



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

**Programa basado en la terapia racional emotiva para el
tratamiento del miedo al COVID-19 en personal policial de una
comisaría en Trujillo – 2020**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Intervención Psicológica**

AUTORA:

Novoa Rojas, Milagros Cecilia (ORCID: 0000-0002-9459-5556)

ASESOR:

Dr. Rodríguez Vega, Juan Luis (ORCID: 0000-0002-2639-7339)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Modelos de intervención psicológica

TRUJILLO – PERÚ

2021

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación se lo dedico en primer lugar a Dios y a mis ángeles en el cielo. En segundo lugar, está dedicado a mi familia y a mi compañero de vida, por ser mi inspiración y mi motivación, y en tercer lugar al personal de primera línea de actuación frente a la pandemia por COVID-19, quienes gracias a su labor tan loable se han puesto al servicio del país.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, y a mis ángeles en el cielo que me protegen, bendicen y me brindan la fortaleza espiritual para la consecución de mis metas.

Agradezco a mi familia, por brindarme su apoyo y comprensión en los momentos más difíciles, por ser una fuente de motivación para el logro de mis objetivos.

A mi compañero de vida por su constante e incondicional apoyo, por su paciencia y amor que se refleja en cada paso que damos en el camino de nuestras vidas.

Agradezco a las personas que creyeron en esta investigación y me mostraron su apoyo para la consecución de los trámites y permisos necesarios para su realización.

Agradezco a mis asesores por transmitirme sus conocimientos y generar en mi un aprendizaje significativo que será de gran utilidad para mi vida profesional y que dejará un precedente importante para ser aplicado en la posteridad.

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	4
III. METODOLOGÍA.....	19
3.1. Tipo y diseño de investigación	19
3.2. Variables y operacionalización	19
3.3. Población y muestra:.....	20
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
3.5. Procedimientos:	23
3.6. Método de análisis de datos.....	23
3.7. Aspectos éticos	24
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN.....	31
VI. CONCLUSIONES	36
VII. RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS	38
ANEXOS.....	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Distribución según niveles de la variable miedo al COVID-19 en una muestra de personal policial de una comisaría en Trujillo</i>	25
Tabla 2. <i>Distribución según niveles de la dimensión 1, reacciones al miedo emocional en una muestra de personal policial de una comisaría en Trujillo.</i>	26
Tabla 3. <i>Distribución según niveles de la dimensión 2, expresiones somáticas del miedo en una muestra de policías de una comisaría en Trujillo</i>	27
Tabla 4. <i>Distribución de personas encuestadas de acuerdo al tiempo de servicios, en una muestra de policías de una comisaría en Trujillo.</i>	28
Tabla 5. <i>Distribución de personas encuestadas de acuerdo al nivel de miedo al COVID-19 y al tiempo de servicios prestada en la institución policial en una muestra de policías de una comisaría en Trujillo.</i>	29
Tabla 6. <i>Distribución de personas participantes de acuerdo al nivel de miedo y al sexo.</i>	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>El sistema del miedo</i>	13
Figura 2. <i>Modelo de la terapia racional emotiva conductual</i>	19

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo generar una propuesta de programa de intervención psicológica para el tratamiento del miedo al COVID-19 en el personal policial de una comisaría en Trujillo. Esta investigación es de tipo descriptivo-propositivo. Para la recolección de datos de la línea base del nivel de miedo al COVID-19, se ha aplicado la escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S), en una muestra de 42 miembros del personal policial de una comisaría, logrando así obtener los siguientes resultados, a nivel general el 52,4% de participantes han obtenido un nivel alto de miedo al COVID-19, seguido por el 45,2% que han presentado un nivel medio de miedo al COVID-19. Del análisis de datos se ha logrado obtener información acerca del grupo etareo que presenta un nivel de miedo al COVID-19 más alto, este grupo es el personal policial que tiene de 6 a 15 años de servicio (26%), seguido por el grupo que tiene más de 15 años de servicio en la policía (21%). También se ha podido determinar que el personal policial tiene un nivel más alto de reacciones al miedo emocional (52%), frente a las expresiones somáticas del miedo que se presentan en una mayor proporción en el nivel medio (52%).

Palabras claves: Miedo, COVID-19, coronavirus, cognitivo-conductual, TREC, policía, personal policial.

ABSTRACT

The present research aims to generate a proposal for a psychological intervention program for the treatment of fear of COVID-19 in the police personnel of a police station in Trujillo. This research is descriptive-purposeful. For the collection of data from the baseline of the level of fear of COVID-19, the scale of fear of COVID-19 (FCS-19S) has been applied, in a sample of 42 members of the police personnel of a police station, thus achieving the following results, at a general level, 52.4% of participants have obtained a high level of fear of COVID-19, followed by 45.2% who have presented a medium level of fear of COVID-19. From the data analysis, it has been possible to obtain information about the age group that has a higher level of fear of COVID-19, this group is the police personnel who have 6 to 15 years of service (26%), followed by the group who have more than 15 years of service in the police (21%). It has also been determined that police personnel have a higher level of reactions to emotional fear (52%), compared to somatic expressions of fear that occur in a higher proportion at the medium level (52%).

Keywords: Fear, COVID-19, coronavirus, cognitive-behavioral, TREC, policeman, police personnel.

I. INTRODUCCIÓN

El COVID-19 es un virus que ha afectado a la población a nivel mundial. El primer brote de esta enfermedad surge en diciembre del 2019 en China, específicamente en la provincia de Wuhan; y a partir de allí se ha diseminado a lo largo y ancho de la esfera devastando así a la población de todo el mundo. En marzo de este año la OMS empezó a calificar a esta enfermedad como pandemia y para inicios de mayo de este año, la OMS reportó 3'435,894 casos y 239,604 fallecidos a nivel mundial. En la actualidad (setiembre del 2020) las estadísticas en el Perú son escandalosas reportando alrededor de 722,832 casos y 30,526 decesos según la universidad de Medicina John Hopkins a través de su centro web de información recabada sobre el Coronavirus (Jhon Hopkins University of Medicine, 2020)

El coronavirus es una enfermedad en la que a lo largo de su evolución se han ido descubriendo nuevos síntomas. Los síntomas a nivel físico por lo general están relacionados con tos seca, fiebre, dolor de cabeza, malestar general y dificultades respiratorias. Según refiere Huamán Saavedra (2020) en su artículo la pandemia del COVID-19, para el diagnóstico de esta enfermedad, se usan las denominadas pruebas moleculares que está basada en amplificadores del DNA como la RT-PCR, que se mide en las secreciones respiratorias y también se usan las pruebas serológicas que se realizan en una muestra de sangre y miden los anticuerpos IgM, IgG ó ambos.

Aunque por lo general los pacientes que presentan COVID-19 grave presentan síntomas, la OMS también indica que existen personas que son asintomáticas. Si bien estas últimas no experimentan los síntomas distintivos del COVID-19, diferentes investigaciones indican que tienen un riesgo muy alto de colapsar repentinamente y morir, como lo explica el Dr. Kinnear (2020), quien es director de la Escuela de Medicina de la Universidad Anglia Ruskin en Reino Unido, en una entrevista que brinda a la BBC (Kinnear, 2020). De esta manera al no existir una única manera de experimentar el COVID-19, la población en general presenta un miedo elevado a contraer la

enfermedad y el impacto que eso representa tanto para la salud física, mental y emocional, así como también para la salud de los suyos.

En un estudio realizado en China (Lozano, 2020), al personal de salud y a la población general con respecto al impacto que ha generado el COVID-19, se ha encontrado que ambos grupos investigados han visto afectada su salud mental en problemas tales como estrés, depresión y ansiedad. En el Perú la situación en cuanto a la salud mental no difiere de China. En el artículo denominado “Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia del COVID-19” (Huarcaya-Victoria, 2020), indica que las principales consecuencias psicológicas que derivan de esta situación que vivimos son precisamente las mencionadas con anterioridad en China: ansiedad, depresión y reacción al estrés. Estos cuadros clínicos afectan a las personas que los padecen en diferentes áreas de su vida, como el ámbito familiar, profesional, personal y además en su salud física. De los tres problemas de salud mental más frecuentes en esta pandemia por COVID-19, la ansiedad y la reacción al estrés se encuentran estrechamente ligados al miedo (CIE-11).

Con la finalidad de prevenir la devastación en la salud pública a nivel mundial y según las recomendaciones de la OMS, el estado peruano delegó la tarea de velar por las normas establecidas a la Policía Nacional del Perú, desde el día que empezó el estado de aislamiento social obligatorio (16 de marzo del 2020), bajo el precepto fundamental de la policía que es “garantizar, mantener y restablecer el orden interno” según el artículo N°166 de la Constitución Política (2019). Sin embargo, en sus funciones muchos de ellos han sido contagiados con el virus pandémico, que a la fecha del 15 de agosto la página web El Periódico (2020), informa que al menos 24 mil policías tienen diagnóstico positivo a COVID-19, de los cuales al menos 400 han fallecido. Frente a lo mencionado anteriormente, Valero (2020) refiere que esta pandemia causada por COVID-19 está desencadenando estrés en las personas, además el temor y ansiedad que genera esta enfermedad ya que es nueva y que poco se conoce de ella, resulta angustiante para el colectivo poblacional y genera emociones intensas. De la misma manera concluyen

Huarcaya-Victoria et al. (2020) y Lozano (2020) que el miedo es uno de los principales aspectos psicológicos que ha traído como resultado el COVID-19, generando cuadros clínicos como ansiedad, depresión y reacciones de estrés. Por su parte Shigemura et al. (2020) concluye que el miedo puede generar comportamientos negativos en la sociedad, y esas experiencias pueden evolucionar para incluir una variedad de problemas de salud mental pública, por ejemplo, depresión, ansiedad, angustia y otros. De tal manera es indiscutible hipotetizar que el personal de la policía nacional del Perú también es vulnerable a estas circunstancias emocionales que conlleva consigo la pandemia por COVID-19.

Es así que partiendo de esta realidad que nos acontece frente a la pandemia por COVID-19 y la forma en cómo denota que afecta a los principales profesionales que se encargan por resguardar nuestra salud pública y mantener el orden interno, es que se ha visto la necesidad de generar una propuesta de intervención para mitigar los impactos que genera el miedo a la enfermedad del COVID-19, la que lleva consigo pensamientos y emociones negativas; y como consecuencia incidir en comportamientos negativos perjudiciales para su funcionamiento global personal.

Surge la pregunta ¿Cómo sería el programa basado en la terapia racional emotiva en el tratamiento del miedo al COVID-19 en el personal policial de una comisaría en Trujillo 2020?, la interrogante a esta pregunta nos presenta el objetivo principal que fue diseñar el programa basado en la terapia racional emotiva conductual para el tratamiento del miedo al COVID-19 en el personal policial de una comisaría en Trujillo, para lo cual ha sido necesario en primer lugar, caracterizar el miedo al COVID – 19 en el personal policial, posteriormente se elaboró el programa basado en la terapia racional emotiva para el tratamiento del miedo al COVID-19 en el personal policial de una comisaría y se fundamentó el programa basado en la terapia racional emotiva para el tratamiento del miedo al COVID-19 en el personal policial de una comisaría. La hipótesis de este trabajo es implícita por ser de diseño tipo descriptivo-propositiva.

II. MARCO TEÓRICO

A nivel internacional, Martínez (2018) realizó una investigación de la terapia racional emotiva conductual en la ansiedad y síndrome de burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer que asisten a un programa denominado Fanlyc (organización sin fines de lucro orientada a brindar diversos servicios a niños y niñas que tiene diagnóstico de cáncer y leucemia en Panamá). En esta investigación observaron resultados favorables tras la aplicación de la terapia racional emotiva conductual logrando disminuir la ansiedad y el nivel de estrés laboral en los participantes. La muestra para esta investigación fue de 6 cuidadores que presentaban un rango de edades entre 20 y 60 años de edad. La selección de la muestra fue no probabilístico intencional por conveniencia. Para ellos primero midieron el estado de ansiedad a través del IDARE y el síndrome de burnout a través del inventario de burnout de Maslach y Jackson. El estudio realizado fue explicativo, de diseño pre experimental, aplicaron pre test y post test y fue de grupo único. El programa constó de 10 sesiones grupales de las que de la segunda sesión a la novena se realizó la intervención terapéutica, en la última sesión se aplicó post test.

Reyes et. al (2017) realizaron una investigación enfocada en identificar las estrategias de afrontamiento que usan los adolescentes mexicanos ante situaciones que provocan miedo. El método empleado para esta investigación fue no experimental. La muestra fue de 400 adolescentes de nivel secundaria (50% hombres, 50% mujeres), con una edad promedio de 13.9 años. Para medir la intensidad del miedo en los adolescentes se utilizó un instrumento que propuso nueve tipos de situaciones como lo son miedo a la violencia social, miedo a los animales, miedo a estar solos, miedo a los médicos, a las situaciones sociales, a lo desconocido, a la violencia doméstica, a la escuela y a la muerte; a través de preguntas abiertas para determinar que harían los estudiantes ante estos tipos de situaciones, lo que permitió identificar el tipo de afrontamiento. Los resultados de esta investigación indican que las mujeres presentaron mayor miedo que los hombres en todas las situaciones, excepto el miedo a la escuela, donde ellas

tuvieron mayor puntaje. Se observó que la pauta general fue que las mujeres usan más estrategias de desahogo emocional y búsqueda de apoyo, mientras que los hombres usan estrategias directas al problema, con maneras agresivas y estrategias de distracción. En lo que respecta al miedo a la muerte, los hombres usan estrategias evitativas, distracción y búsqueda de apoyo, mientras que las mujeres usan estrategias directas al problema, desahogo emocional, búsqueda de apoyo, evitativas, distracción y agresivas. Ante lo que corresponde el miedo a lo desconocido, los varones usan estrategias de distracción, agresivas y directas al problema, mientras que las mujeres usan desahogo emocional, directo al problema y agresivas. Los autores concluyen que las estrategias de afrontamiento no son positivas ni negativas, la ventaja de cada cual depende del beneficio que proporcione para resolver determinada situación que genere o cause miedo.

Por su parte, Landívar (2017) realizó una investigación orientada a la disminución del estrés, aplicando el modelo TREC de Ellis y la técnica TRE de Bercei en los bailarines del centro artístico Yesenea Mendoza, que es una institución de danza en Ecuador. En esta investigación notaron que las bailarinas de alto rendimiento presentaban bajo rendimiento artístico, constantes lesiones y además un conjunto de síntomas relacionados al estrés como lo son la fatiga constante, insomnio, irritabilidad, sudoraciones, fluctuaciones del estado de ánimo, dificultad para concentrarse y miedo al fracaso. Para ello se propusieron diseñar un programa TREC (terapia racional emotiva conductual) y TRE (trauma releasing exercises). Esta investigación fue de diseño cuasiexperimental con pre test, post test y grupo de control. La población fue de 16 bailarinas con un rango de edad de entre 18 y 24 años del grupo de alto rendimiento, a las que se les aplicó para la línea base la escala de Apreciación del Estrés (EAE). La autora concluye la intervención contribuyó a la reducción de la percepción de las situaciones que les parecían estresantes a las bailarinas, además en el post test se evidenció una disminución de los eventos relacionados con el estrés en el ámbito laboral y económico. De los 15 eventos con alta intensidad sólo quedaron 3 posterior a la intervención lo que indica una alta disminución de sucesos estresantes relacionados al estilo de vida.

Bedoya y García (2015) hicieron una investigación denominada efectos del miedo en los trabajadores y la organización. La investigación que realizaron fue una revisión bibliográfica sobre los estudios del miedo en la organización y lo que esto implica en el trabajo. Algunos descubrimientos que hicieron fueron algunos reportes que indicaban que la emoción del miedo es negativa para quien lo siente (trabajadores) y para la organización, por ello concluyen que es necesario identificar y precisar los efectos que tiene el miedo en la organización, de esta manera se favorecerá la comprensión del rol que tienen en el contexto organizacional y en su funcionamiento.

Carvajal y Cáceres (2015) diseñaron un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja que presentaban estrés postraumático. Este estudio se realizó en Colombia y el objetivo de esta investigación fue valorar la eficacia del programa para mujeres víctimas de violencia de pareja. La investigación fue cuasiexperimental, el programa aplicado a 8 participantes y hubo 4 personas que formaron parte del grupo de control. La teoría en que sustentaron el programa es cognitivo - conductual y utilizaron técnicas multicomponente. Se midió el trastorno de estrés post traumático (TEPT), depresión y ansiedad, y el cuestionario del síndrome de la mujer maltratada. De esta investigación se concluye que se redujo la sintomatología TEPT, la sintomatología de ansiedad y de la misma manera de la depresión. Estos resultados se mantuvieron hasta los tres meses que se hizo una nueva evaluación. Sin embargo, los autores recomiendan que es importante una revisión de la guía para criterio de evitación.

Edo et. al (2011) realizaron una investigación cuyo objetivo era evaluar en los estudiantes de enfermería de España, el miedo a la muerte, la propia y la ajena, y sus relaciones con diversas variables sociodemográficas como sexo, edad, curso académico, origen geográfico, estado civil y experiencias previas con la muerte. El método que emplearon fue el diseño observacional, descriptivo y transversal. La muestra fue de 243 estudiantes de enfermería los que respondieron a un cuestionario sobre las variables sociodemográficas y la forma española de la escala de miedo a la muerte de

Collet- Lester (CLFDS). Se obtuvieron correlaciones negativas entre la prueba de miedo a la muerte y a la edad, la creencia y la práctica religiosa correlacionan negativamente con el miedo a la propia muerte. Los investigadores resaltan que para planificar la formación de los estudiantes de enfermería en competencias específicas para el acompañamiento al final de la vida, es muy importante que se conozcan a sí mismos en las actitudes que tienen frente a la muerte y a las variables que se relacionan, así como las circunstancias que producen en ellos mayores reacciones de miedo y/o ansiedad que podrían afectar la calidad de los cuidados que proporcionarán en su futuro profesional.

Bayés, et. al (1998) realizaron una investigación en España, cuyo objetivo fue encontrar la relación existente entre el nivel de información, grado de preocupación y comportamiento discriminatorio ante la presencia de un niño seropositivo de VIH en la misma aula escolar que un familiar próximo (hijo o hermano). La muestra fueron 54 estudiantes de psicología de segundo ciclo de la universidad autónoma de Barcelona y 29 padres de dichos estudiantes. Del grupo de estudiantes, el 78% tenía menos de 25 años y el 22% era mayor de 25 años. Del grupo de padres el 17% tenía menos de 45 años y el resto era mayor de 45 años. Para medir la marginación se consideró tres aspectos importantes: la información que poseen los participantes, la preocupación que genera en ellos la situación y los comportamientos con los que pretenden solucionar el problema. La situación hipotética que se planteó fue: "Tienes un hermano (hijo en el caso de los padres de los alumnos) de 6 años. Este año ha empezado a ir a una nueva escuela. Aún no lleva ni un mes yendo a clase y te enteras de que el compañero de pupitre de tu hermano (hijo) es portador del virus del SIDA". Ante este escenario, se debía responder un cuestionario con preguntas concernientes al niño infectado y las actitudes que tomaría frente a la situación presentada. Los resultados indican que las personas de 40 a 50 años están peor informadas, perciben más temor y muestran mayor tolerancia ante la adopción de medidas discriminatorias, que los estudiantes de 20 a 30 años. En el comportamiento promotor, inhibitorio o tolerante de medidas marginadoras, parece que el temor juega un papel más importante que la información.

A nivel nacional; Mejía et. al (2020) realizaron una investigación orientada a estudiar la percepción del miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID-19. Los medios de comunicación son importantes para informar de temas relevantes en la población, sobre todo en esta crisis sanitaria mundial. Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar y encontrar asociaciones de la percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la pandemia del COVID-19 en diferentes ciudades del Perú. El método utilizado para realizar la investigación fue mediante un estudio transversal analítico y multicéntrico. Se realizó una encuesta virtual a 4009 personas, en 17 ciudades del Perú, del 15 al 20 de marzo del 2020. El instrumento, previamente validado, evaluó tres factores: la exageración de los medios, el miedo generado y la comunicación que provenía del personal de salud, familiares y amigos. Los participantes percibieron que las redes sociales (64%) y la televisión (57%) exageraban la información; también, los participantes manifestaron que la televisión (43%) y las redes sociales (41%) aumentaron la percepción del miedo. En cuanto a su familia/amigos, percibían que exageraban la situación (39%) y generaban miedo (25%). Al análisis multivariado, las mujeres que tuvieron secundaria completa, las universitarias y con postgrado tuvieron un menor puntaje total de miedo y percepción de exageración. La percepción de exageración y generación de miedo en la población fueron en mayor medida ocasionados por la televisión y las redes sociales.

Por su parte, Pérez (2019) generó una propuesta de un programa basado en la terapia racional para mejorar la inteligencia emocional en adolescentes de Ferreñafe. Esta investigación fue de tipo descriptiva propositiva. La muestra fue de 100 estudiantes adolescentes de una institución educativa, de ambos sexos, matriculados en el 3° grado de secundaria de edades entre 14 y 16 años; para la evaluación de la línea base se utilizó la escala de Baron Ice. Los resultados obtenidos en la evaluación de la inteligencia emocional muestran que el nivel preponderante es el nivel “por mejorar” con un 49%. En los cinco componentes que consta la escala, que son el componente intrapersonal (59%), componente interpersonal (45%), componente

adaptabilidad (47%), componente manejo de estrés (40%) y estado de ánimo (41%). Como propuesta para mejorar los resultados obtenidos se diseñó un programa de terapia racional de 15 sesiones.

Castañeda (2018) diseñó un programa TREC para intervenir en la agresividad de estudiantes de tercer grado del nivel secundario de una institución educativa privada de Cajamarca. Se empleó el método cuasiexperimental, de tipo empírica-manipulativa. La muestra estuvo conformada por 24 estudiantes, divididos en un grupo experimental y un grupo control, con rango de edades de entre 13 a 15 años de edad, quienes fueron seleccionados por obtener mayores puntajes en el Cuestionario de Agresión de Buss – Perry en el pre-test. Con el grupo experimental se aplicó el programa, el que tuvo diez sesiones desarrolladas en noventa minutos cada una, durante un mes y medio. Los resultados muestran que la aplicación del programa fue efectiva logrando reducir la agresividad de los participantes, mejorando el autocontrol de la agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad.

Vereau (2018) realizó una investigación del uso de la terapia racional emotiva para determinar su influencia en las secuelas psicológicas del aborto en alumnas del 5to. ciclo de enfermería de un instituto en la ciudad de Lima. La población está conformada por 25 estudiantes de sexo femenino de rango de edades de entre 17 y 20 años de edad. Se utilizó el Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith para medir la autoestima. El diseño de la investigación fue de tipo cuasi experimental con pre test y post test. Los resultados indican que el uso de la terapia racional emotiva ha incidido en la disminución de las secuelas del aborto en el aspecto social, familiar y personal; sin embargo, no hay disminución significativa en el rendimiento académico.

A nivel local, Soplopucó (2020) realizó una investigación con el propósito de valorar el efecto de un taller de terapia racional emotiva en adolescentes de una institución educativa. La población objeto de estudio fueron 24 adolescentes entre hombres y mujeres, distribuidos de manera equitativa en un grupo experimental y un grupo de control. Para la obtención de la línea

base de la variable de estudio se utilizó el cuestionario de depresión para niños (CDS). Y los resultados de este estudio indican que después de la intervención en el grupo experimental la sintomatología depresiva disminuyó drásticamente. Los resultados indican que después de iniciado el tratamiento los participantes disminuyeron la sintomatología de la depresión y aumentando los recursos positivos, por lo tanto, se encontró que el programa tenía efectos favorables sobre la población de estudio.

En cuanto al marco teórico, se consideran las siguientes teorías: según refiere Valero et al. (2020) “En las circunstancias actuales, serán muy frecuentes, en la mayoría de las personas, emociones como la ansiedad, el miedo, la tristeza, el enfado o la impaciencia”. Lo que ocurre con estas emociones es que tienen la principal función de la preservación de la vida y mantenernos a salvo a lo que consideramos un peligro para nuestra existencia como lo es la enfermedad del COVID-19 en la actualidad. El miedo según Goleman (2000) es una emoción y tiene una función fundamental para la supervivencia; así como lo que refiere Ferrer (2013) “el fenómeno del miedo remite, irremediabilmente, a la cuestión general de la seguridad de la existencia”.

El miedo es la emoción más primitiva del ser humano, desde tiempos remotos, el miedo era el responsable de salvaguardar la vida de los seres humanos gracias a que les permitía responder frente a una situación que era considerada como riesgosa para la vida. Así también, el miedo es considerado como la anticipación de una amenaza o peligro (real o imaginario, racional o irracional) que produce incertidumbre, sensación de inseguridad y ansiedad, y depende del proceso cognitivo de la persona que lo experimenta, de su percepción, de su sistema de creencias y de los recursos con los que cuenta para que así pueda sentir que tiene un sistema de seguridad, el que ha sido construido mediante las representaciones de experiencias anteriores como lo precisa Bedoya y García (2016)

El miedo es una emoción normal y en cierta medida es saludable sentirlo, ya que nos permite tener una respuesta adaptativa frente a acontecimientos que lo requieran, como resguardarnos y/o protegernos frente al peligro, así como

también evita que en ciertas situaciones nos hagamos daño haciendo algo considerado como arriesgado para nuestra integridad física y/o emocional. Sin embargo, cuando la percepción de que cualquier estímulo puede generar un daño en la persona, existe un miedo descomunal y esto puede crear un desequilibrio frente a la respuesta adaptativa normal y traer consigo consecuencias nocivas para la persona que lo experimenta, tanto para su salud física y emocional, como para su funcionamiento general.

Goleman (2000), en su libro *Inteligencia Emocional* explica las bases neuropsicológicas del miedo que me permitiré ejemplificar a través de la siguiente situación: “está entrada la noche y usted está caminando en una calle angosta y oscura, no ve nadie alrededor, cuando de pronto escucha el sonido de unos pasos que se acercan con velocidad. Lo que ocurre en su cerebro en los siguientes minutos da pie a la apuesta en marcha del circuito nervioso del miedo y la amígdala cerebral inicia su función como sistema de alarma, entonces se pone en estado de alerta. Este circuito va desde el oído al tronco cerebral y luego al tálamo. Desde allí se abren dos ramas: un bloque pequeño de información se dirige a la amígdala y al hipocampo, y el otro bloque más grande de información se dirige a la corteza auditiva del lóbulo temporal donde los sonidos son interpretados y comprendidos.

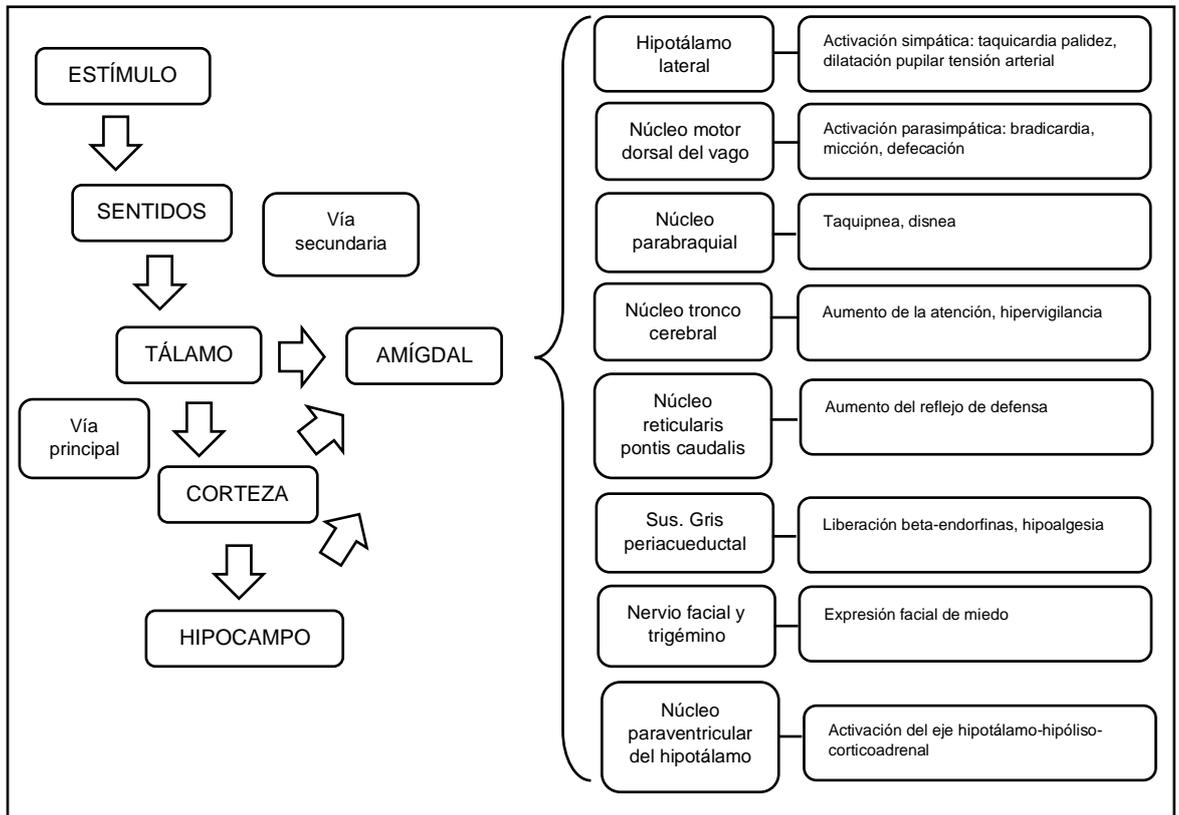
A la par el hipocampo -que es uno de los órganos que es sustancial para la memoria- va haciendo su trabajo y se encarga de comparar ese sonido con otros sonidos similares que usted ha escuchado para determinar si algo le resulta familiar. Mientras tanto la corteza auditiva está haciendo un análisis más sofisticado del sonido para intentar comprender la fuente de donde proviene, ¿una persona se acerca?, ¿un ladrón? Entonces la corteza auditiva hace su hipótesis: podría ser una persona a la que también se le ha hecho tarde, o podría ser un ladrón que quiere atracarle, envía de nuevo el mensaje a la amígdala y al hipocampo de modo que es comparado rápidamente con recuerdos similares. Si la conclusión a la que llega logra tranquilizar a la persona – por ejemplo, solamente es una persona que va con prisa en la misma dirección -, entonces la alerta general no escala al siguiente nivel, pero si aún se mantiene inseguro de lo que podría ser, se

repite el mismo proceso aumentando más su incertidumbre, dejándolo aún más preocupado”.

En síntesis, las bases neuropsicológicas del miedo siguen el siguiente proceso: en primera instancia se presenta un estímulo que es captado por nuestros sentidos, esta información es procesada en vías, la vía principal (Tálamo- corteza- Amígdala), que permite procesar los estímulos con más lentitud, y la vía secundaria (Tálamo- Amígdala) que permite dar una respuesta rápida pero menos precisa para responder al estímulo que se considera perjudicial, incluso antes de saber qué es.

Figura 1.

Sistema del miedo



Nota: Adaptado de “El miedo: prevención – advertencia” (p. 1) por Neuroequipo, 2016, NeuroAutoGestiónEmocional.

La expresión de la respuesta al miedo se lleva a cabo por la activación del Sistema Nervioso Autónomo y la respuesta hormonal (endocrina) por parte de la amígdala. La activación del SNA estimula la liberación de la adrenalina y noradrenalina, y lo que se genera al aumentar estas Catecolaminas es que nos preparemos para luchar o huir, de acuerdo con la figura 1. De modo tal que la concentración sanguínea es desviada hacia los músculos (desde las partes no fundamentales como la piel, por ello es que la persona que experimenta miedo se torna pálida), el corazón late con más fuerza, la respiración se vuelve más profunda y rápida, y se interrumpe la digestión y la secreción de los fluidos y los sentidos se agudizan (por ello se puede observar las pupilas dilatadas en las personas que están experimentando miedo).

Además, existen otras áreas involucradas en la sensación del miedo según Ávila y Fullana (2015), tal como lo es el caso de la ínsula (que se encuentra en la superficie lateral de ambos hemisferios cerebrales, detrás de la cisura de Silvio) y esta se encarga de integrar toda la información cognitiva, las sensaciones fisiológicas y procura anticiparse con pronósticos de lo que pasará. También procesa la información de los sentidos y las emociones que provienen de la amígdala. La corteza cingulada anterior dorsal tiene un rol importante en el aprendizaje del miedo y en la conducta de evitación, además en la experiencia subjetiva de la ansiedad. Los autores refieren que a esta estructura se le atribuye el papel de “mediador racional” en situaciones de conflicto cognitivo debido a que analiza la importancia que tiene el estímulo y hace que dirijamos la atención a este. Entonces cuanto más se activa esta área, mayor es la atención que dedicamos hacia el estímulo y por lo tanto también aumenta la respuesta de miedo. Los autores además sugieren que la corteza prefrontal dorsolateral participa en la regulación emocional del miedo como vía de salida de las respuestas fisiológicas procesadas inicialmente en la ínsula.

Ahora bien, en el ejemplo anterior, partiendo del supuesto que usted ha considerado que podría ser un ladrón, entonces su cuerpo se prepara para adoptar las medidas necesarias para protegerse y empieza a sudar, su ritmo

cardíaco se acelera y los músculos de sus piernas se preparan para correr en dirección de huida, entonces esta respuesta del miedo puede salvarle la vida, no obstante, también puede convertirse en un problema si a partir de ahí evita a toda costa salir a partir de cierta hora, o deja de salir a la calle por temor a que le pase algo aun sabiendo que no existe un peligro real.

Cuando la percepción del estímulo es procesada continuamente como peligrosa estas estructuras cerebrales se activan y generan un aumento de los neurotransmisores que generan cortisol en nuestro sistema, y cuando el nivel esta hormona es elevada las personas empiezan a sentir los efectos del estrés en su cuerpo y en su funcionamiento general. La proliferación del miedo genera comportamientos erráticos entre las personas durante los brotes infecciosos, que es un fenómeno esperado (Ho et al. 2020)

Específicamente en cuanto al tema del miedo al COVID-19 se debe, probablemente, a que es algo novedoso, una enfermedad de la que se va teniendo más información a medida que transcurre el tiempo y esto genera incertidumbre puesto que no se sabe de las amenazas en los diferentes ámbitos que esta plantea (Huarcaya et al. 2020). Para intervenir en esta problemática actual se ha decidido utilizar el enfoque cognitivo conductual, en el modelo de la terapia racional emotiva conductual.

La terapia racional emotiva ha sido creada por Albert Ellis, quien en 1982 en un estudio realizado entre psicólogos norteamericanos lo situó como el segundo psicoterapeuta más influyente de la historia, al lado de Carl Roger en primer lugar y Sigmund Freud en el tercero. El método que Albert emplea, busca descubrir la irracionalidad de los pensamientos y de esta manera sanar las emociones que puedan resultar dolorosas, dramatizadas o exageradas. (Ruiz et al., 2012)

Dentro de los fundamentos de la TREC Ellis (Ruiz et al., 2012) considera que el ser humano tiene dos metas básicas que son permanecer vivo y obtener el mayor bienestar posible evitando el malestar innecesario. Las cogniciones, las emociones y las conductas no se experimentan de forma aislada si no que se intercalan y esto pasa con más énfasis cuando existe

alguna alteración psicológica. Lo que ha logrado La TREC es demostrar que la forma en cómo percibimos las situaciones o acontecimientos interactúa en la forma en que los procesamos cognitivamente, emocional y conductualmente (Dryden y Ellis,1989). Una de las contribuciones fundamentales de la TREC al enfoque cognitivo conductual consiste en las creencias racionales e irracionales. Las creencias racionales son aquellas que se expresan mediante: “desearía”, “no me gustaría”, “preferiría” y que la consecución o no del deseo no interfiere con el logro de las metas u objetivos que tenga la persona; por el contrario las creencias irracionales, que son aquellas que tienen la forma de “debería”, “tengo que”, producen emociones negativas e impiden la consecución de las metas u objetivos, puesto que se convierten en factores desencadenantes de aspectos clínicos como la depresión, la ansiedad, la culpa o el miedo)

Ellis propone que todos los seres humanos tenemos una tendencia natural o biológica a manifestar creencias irracionales por más educados que nos encontremos en la racionalidad (Ellis, 1976). Por lo que Ellis presenta lo que denomina una hipótesis sobre la base biológica de la irracionalidad humana, por mencionar algunos de estos postulados: sin exceptuar todos los seres humanos por más educados que se encuentren en la racionalidad, por más brillantes y lúcidos que sean, demuestran tener pensamientos irracionales; muchas de las conductas irracionales que llevamos a cabo van en contra de las enseñanzas de nuestro entorno próximo, y por último, las personas encuentran más fácil emprender conductas de autodestrucción que de autovaloración, por ejemplo, algunas personas no encuentran dificultad en consumir más de la cuenta, pero sí en tener hábitos más saludables en su vida.

Este postulado también sostiene que los seres humanos manifiestan una tendencia básica a elegir y a ocuparse de los pensamientos irracionales. Y esto consiste en tres habilidades básicas: la capacidad de darse cuenta que se perturban por la idea que tienen de lo que ocurre, el darse cuenta que tienen el poder de cambiar lo que piensan y la capacidad de hacer algo para

cambiar la perspectiva que tienen de las situaciones y por ende sus emociones y su conducta.

Ellis ha identificado más de 200 creencias irracionales que influyen en los trastornos psicológicos y por ende en el malestar de una persona. Algunos de ellos que van relacionados con el objeto de estudio son: “realmente es terrible y catastrófico que las cosas no salgan o no sean como yo deseo”, “los seres humanos no podemos hacer nada o casi nada para evitar controlar las desgracias y sufrimientos que padecemos porque son producidos por causas externas sobre las que tenemos escasa influencia”, y “cuando ocurre algo peligroso o amenazante debo sentirme tremendamente preocupado y pensar constantemente que puede ocurrir lo peor”; estas creencias irracionales concretas están relacionadas con estas formas de pensamiento irracional: el catastrofismo, la baja tolerancia a la frustración y la depreciación o condena global de la valía humana y son las que más se vivencian en el miedo al COVID-19.

Entonces para estudiar las interrelaciones que existen entre los acontecimientos, las cogniciones y las consecuencias, Ellis propone el modelo ABC, en donde: (A) Son los eventos activadores, que por sí mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas. Es la situación tal cual. (B) Es la percepción del acontecimiento que es procesado por nuestra mente en base a nuestras experiencias o la información previa que tengamos. (C) Es la respuesta cognitiva emocional o conductual que expresamos en base al análisis mencionado anteriormente.

La TREC postula que no existen emociones negativas o positivas, sino más bien funcionales o disfuncionales, de acuerdo a lo que representa para la situación que presenta un problema. Lo que indica es que hay emociones adecuadas que experimenta el individuo en el transcurso de su vida y no interfieren con el establecimiento de objetivos o metas en el individuo.

La TREC tiene un protocolo de intervención (Ruiz et al., 2012) que se divide en 5 etapas y son las siguientes:

Evaluación psicopatológica: Cuando se observa que un cliente podría tener un trastorno clínico se realiza una evaluación de acuerdo a los criterios diagnósticos de los manuales pertinentes. En la actualidad se trabaja con el DSM-V y en Perú específicamente con el CIE-10, aunque ya está en proceso la vigencia del CIE-11.

Evaluación Racional-Emotiva: Ésta se inicia haciendo una lista de los problemas que tiene el cliente, para determinar si son problemas externos (principalmente los ambientales), internos (cuando los sucesos ambientales provocan reacciones emocionales intensas o conductuales disfuncionales, como es el caso del miedo a la enfermedad del COVID-19) y si estos son primarios (como padecer una fobia social o miedo al abandono) o si son secundarios (que estas circunstancias antes mencionadas desencadenen por ejemplo una depresión).

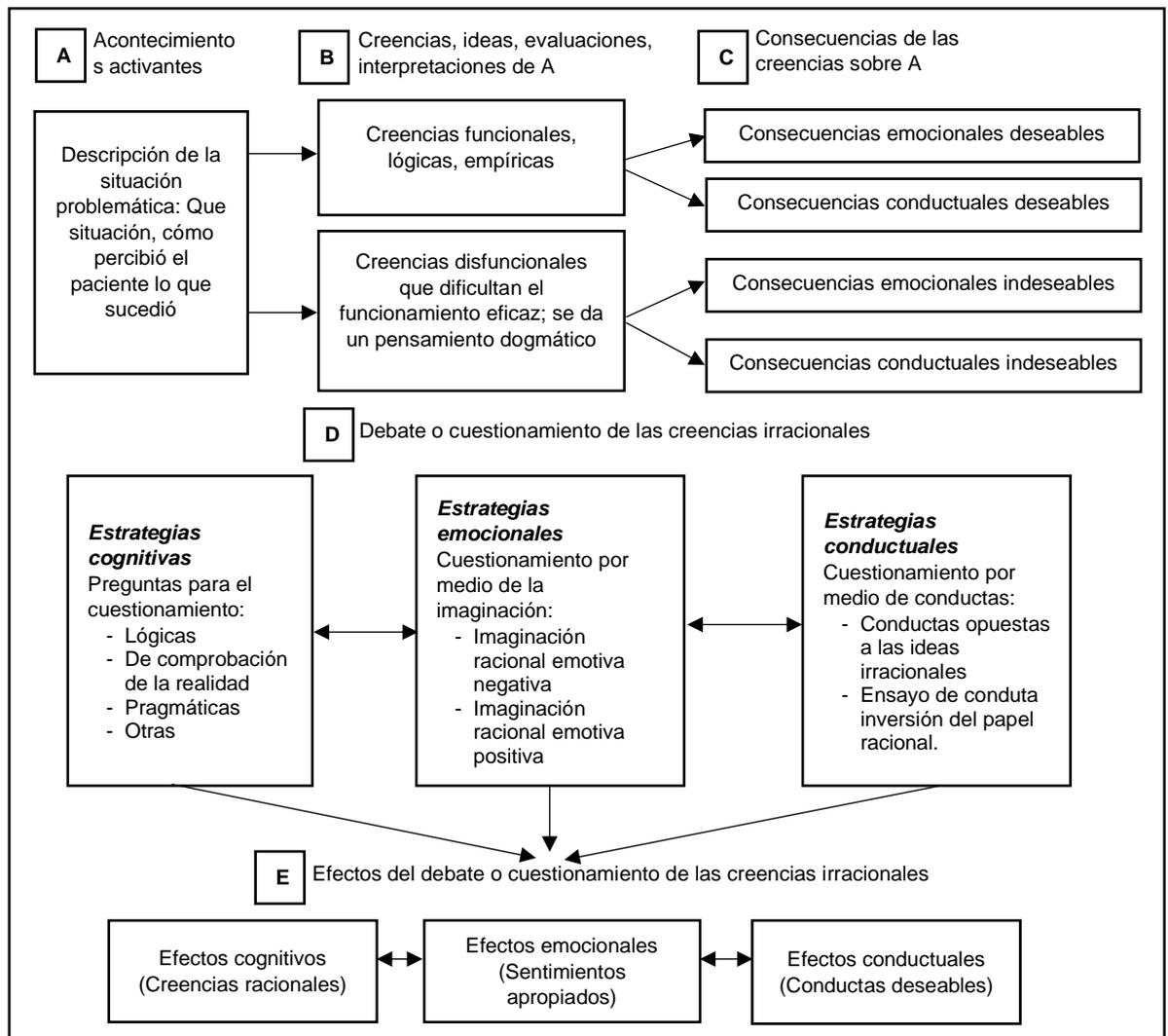
Insight Racional-Emotivo: Luego se explica el modelo teórico de la TREC, es decir que las situaciones que ocurren no son las que producen malestar o sufrimiento, si no la perspectiva que tenemos de estas. Y estas se denominan creencias irracionales y se activan frente a circunstancias similares. Se explica también que el cambio depende de la responsabilidad al cambio que tiene la persona para trabajar en esta problemática.

Aprender una base de conocimiento racional: aquí es donde se lleva a cabo la TREC propiamente dicha, en este proceso se enseña y entrena al cliente para aprender a debatir sus pensamientos que le resultan disfuncionales y generar creencias racionales que son las alternativas de pensamiento que ayudan a un funcionamiento más adaptativo.

Y por último aprender una nueva filosofía de vida: Aquí se pretende dos cosas, la primera de ellas es lograr que las creencias racionales que se han ido trabajando en el transcurso de las sesiones se arraiguen a su modo de percibir la vida y la segunda es lograr fortalecer el hábito de detectar, debatir y refutar las creencias irracionales que puedan surgir en el continuo de su vida.

Figura 2.

Modelo de la terapia racional emotiva conductual



Nota: Adaptado del libro Teoría y práctica de la terapia racional emotiva conductual (p.21) por Lega, Caballo y Ellis; 1997)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de tipo descriptivo-propositivo ya que se trabajó en base al análisis de los hechos y sus características fundamentales; para lo cual se encargó de definir las variables y las características principales del objeto de estudio que en este caso es el miedo al COVID-19 en el personal policial de una comisaría para lo cual se hizo uso del registro a través de una escala de medición psicológica (FCV-19S), el análisis de estos datos, la interpretación del fenómeno que ocurre, para luego proponer un método de solución que en esta investigación se encuentra bajo el enfoque cognitivo conductual basado en la terapia racional emotiva conductual (Estela; 2020).

Se utilizó el diseño descriptivo propositivo puesto que la investigación se realizó con la intención de caracterizar la información en un tiempo y espacio determinado, esta investigación tuvo el propósito de recoger información de esta situación en particular (miedo al COVID-19) en el que se hace un diagnóstico y evaluación del fenómeno a través de la recolección de datos por la escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S) para analizar y fundamentar las teorías que se han presentado.

3.2. Variables y operacionalización

Variable independiente: Miedo al COVID-19

Definición conceptual: Es un estado emocional desagradable que se desencadena por la percepción de estímulos amenazantes. (Pakpour y Griffiths, 2020)

Definición operacional: Hace referencia a las reacciones de miedo emocional y las expresiones somáticas del miedo.

Dimensiones e indicadores: Esta variable es bidimensional, se estudian las reacciones al miedo emocional de la que los

indicadores que presenta esta dimensión es el miedo al coronavirus, incomodidad al pensar en el coronavirus, miedo de perder la vida a causa del coronavirus y el insomnio a causa de la preocupación de contagiarse, además la dimensión de las expresiones somáticas del miedo que incluye los indicadores de sudoración, nerviosismo o ansiedad, aceleración cardíaca.

La escala de medición de esta variable es ordinal.

Variable dependiente: Programa basado en la terapia racional emotiva conductual

Definición conceptual: El programa basado en la terapia racional emotiva tiene como objetivo tratar el miedo al COVID-19 como resultado de la disminución de los indicadores de miedo en el personal policial de una comisaría de Trujillo. Un programa es un plan o proyecto organizado de las actividades que se tienen en mente realizar. (Significados, 2018)

Definición operacional: El programa está basado en la teoría de la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis que propone el método ABC que se encuentra bajo el enfoque cognitivo conductual.

Las dimensiones de esta variable están basadas en las estrategias cognitivas, estrategias emocionales y estrategias conductuales, que se fundamentaron en 10 sesiones en las que se trabajan las creencias irracionales relacionadas al miedo, se proporciona estrategias relacionadas a reconocer el miedo y a expresarlo, y estrategias relacionadas al afrontamiento adecuado del miedo.

La escala de medición de esta variable será la lista de cotejo.

3.3. Población y muestra:

La población está compuesta por 73 miembros del personal policial de una comisaría en la ciudad de Trujillo.

Criterios de inclusión: participantes de la investigación los

miembros de la policía de la comisaría que aceptaron firmar el consentimiento informado indicando su aprobación para participar de la investigación.

Criterios de exclusión: se excluyó de la investigación a aquel personal que no aceptó firmar el consentimiento informado y/o no completó la escala de medición.

Muestra: La muestra estuvo conformada por 42 miembros del personal policial.

Muestreo: La selección de la muestra se realizó a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que esta técnica permite seleccionar a aquellas personas que consienten ser incluidos y participar de la investigación, ya que es conveniente por la accesibilidad y proximidad de los evaluados. (Otzen y Manterola; 2017).

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la técnica de campo, el instrumento que se utilizó para la presente investigación es la escala de miedo al COVID-19 (FCS-19S) que ha sido traducida al español y está validado por Huarcaya-Victoria et al. (2020). Presenta validez y confiabilidad, la prueba se encuentra baremada en Lima- Perú. Este instrumento tiene dos dimensiones: la reacción emocional al miedo y las expresiones somáticas del miedo. Consta de 7 ítems que permiten obtener una noción del estado emocional de la población que se pretende estudiar. Todos los ítems se evalúan en una escala de Likert de 5 puntos desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), las puntuaciones totales van desde 7 hasta 35; cuanto más alta es la puntuación mayor es el miedo al COVID-19. El tiempo de aplicación de la escala es de es de entre 5 y 7 minutos.

La escala de miedo al COVID-19 ha sido comparada con cuestionarios que miden ansiedad depresión y angustia. Las correlaciones con PHQ-9, GAD-7 e IES-R sugieren que la versión

española del FCV-19S tiene una adecuada validez convergente. Además, esto insinúa que las personas con miedo severo al COVID-19 tienen simultáneamente niveles más altos de ansiedad, depresión y angustia. Estos resultados son similares a los informados por Ahorsu et al. 2020, quienes encontraron que el FCV-19S se correlacionó con la depresión y la ansiedad (medida con HADS) y la infectividad y aversión percibidas a los gérmenes (medida con PVDS) (Ahorsu et al. 2020). En un estudio utilizando la versión árabe, también se informó de una asociación entre las FCV-19S y los niveles de ansiedad y depresión medidos a través de HADS (Alyami et al. 2020).

Así también existe validez en cuanto al factor general así como los factores específicos (F1 y F2) estos presentan una correlación moderada con las variables relacionadas con el estrés postraumático ($r > 0,5$), y la relación de estas dimensiones es mayor en comparación con los síntomas depresivos y ansiosos. Los hombres tienen un coeficiente de correlación más bajo en comparación con las mujeres.

En lo que respecta a la confiabilidad, la versión en español de la FCV-19S presentó una consistencia interna de 0,87, que es similar a la 0,82 reportado para la escala original (Ahorsu et al. 2020), 0,88 para la versión Árabe (Alyami et al. 2020), 0,85 para el turco (Vendedor et al. 2020), 0,87 para la versión Bangla (Sakib et al. 2020), 0,81 para la versión rusa (Reznik et al. 2020), 0,86 para la versión hebreo (Tzur Bitan et al. 2020), y 0,87 para el Versión italiana (Soraci et al. 2020). En los hallazgos encontrados se puede inferir que en las diferentes versiones las mediciones del FCV-19S son inherentemente estables. En lo que respecta a la escala propia, el factor general del FCV-19S ($\omega = 0,94$, $\alpha = 0,88$, 7 ítems), en el factor específico de reacciones de miedo emocional (F1) ($\omega = 0,91$, $\alpha = 0,85$, 4 ítems), y el factor específico de somático las expresiones de miedo (F2) ($\omega = 0,89$, $\alpha = 0,83$, 3 ítems) tienen

un nivel óptimo de consistencia interna. La correlación de ítems totales corregidos fue alta en todos los casos ($r_{\text{cit}} > 0.50$), y los valores de consistencia interna entre hombres y mujeres fueron los mismos.

La técnica de gabinete que se empleó es la escala de miedo al COVID-19, se adaptó la escala a la herramienta denominada formulario de Google, que permite interactuar con la población de una manera indirecta debido a la coyuntura en la que nos encontramos. Todo acorde a la Resolución Rectoral N°0216-2020/UCV en la que se autoriza, permite, dispone y norma la sustentación de trabajos de investigación en entornos virtuales.

3.5. Procedimientos:

Se procedió a enviar la solicitud de autorización a la comisaría para que se pueda realizar la investigación en la población que es objeto de estudio. Se le presentó los objetivos de esta investigación y se le recalcó el compromiso de la investigadora para con la misma. Además, se le explicó el procedimiento de recolección de datos y plan de trabajo. Luego de ello se recabó información, y acorde a ello se preparó la propuesta de programa.

Se aplicó el pre test a la muestra establecida y se fijó una línea base de la variable independiente que es el miedo al COVID-19, para lo cual se aplicará el FCV-19S, que es una escala que se encuentra validada en nuestra realidad peruana. Posteriormente se procesó la información y se obtienen las conclusiones. Consecutivamente se presenta el programa basado en la terapia racional emotiva conductual en el miedo al COVID-19.

3.6. Método de análisis de datos

Se recolectó la información utilizando las técnicas de la estadística descriptiva y esta información se procesó mediante el programa Excel 2016.

3.7. Aspectos éticos

Para el desarrollo de la investigación y la recolección de datos se presentó el consentimiento informado, que es un documento mediante el cual las personas, sujetos de estudio, firmaron aceptando su participación.

Para el tratamiento de la información y recolección de datos que forma parte de la investigación se toma en consideración el respeto por la confidencialidad de los datos proporcionados por la población que es evaluada para obtener la línea base de datos relacionados al miedo al COVID-19.

El código de ética del psicólogo peruano en su artículo 2, nos proporciona potestad para incursionar en la investigación con la salvedad de que haya una mínima posibilidad de error en los resultados. Así también en el título IV de dicho documento, específicamente en el artículo 20 se exhorta al psicólogo a salvaguardar la información que fuese, en este caso proporcionada por la muestra que será objeto de estudio y por último en el artículo 25 indica que la información obtenida se puede utilizar en la enseñanza y en publicaciones sin revelar la identidad de las personas involucradas.

Por lo tanto, se concluye que esta investigación se rige a los lineamientos del código de ética del colegio de psicólogos del Perú.

IV. RESULTADOS

4.1 Análisis sobre los niveles de miedo en una muestra de policías de una comisaría en Trujillo

Tabla 1.

Distribución según niveles de la variable miedo al COVID-19 en una muestra de personal policial de una comisaría en Trujillo.

VARIABLE	NIVELES	N°	%
<i>Miedo al Covid-19</i>	Nivel bajo	1	2.4
	Nivel medio	19	45.2
	Nivel alto	22	52.4
	TOTAL	42	100

Nota: En la tabla 1. se presenta el análisis de la variable de miedo en el personal policial de una comisaría en Trujillo, se observa que de la muestra participante el 52.4% manifiestan un nivel alto de miedo al COVID-19, el 45.2% evidencian un nivel medio y tan sólo el 2.4% evidencian un nivel bajo de miedo al COVID-19

4.2 Análisis sobre los niveles de miedo de acuerdo a las dimensiones en una muestra de policías en una comisaría en Trujillo.

Tabla 2.

Distribución según niveles de la dimensión 1, reacciones al miedo emocional en una muestra de personal policial de una comisaría en Trujillo.

DIMENSIÓN 1	REACCIONES AL MIEDO EMOCIONAL	
	N°	%
<i>Bajo</i>	2	5
<i>Medio</i>	18	43
<i>Alto</i>	22	52
TOTAL	42	100

Nota: En la tabla 2. Se examinan las puntuaciones del nivel bajo, medio y alto de la dimensión reacciones al miedo emocional. Los resultados de la muestra indican que el 52% de policías pertenecientes a la muestra presentan un nivel alto de reacciones al miedo emocional, el 43% de policías de la muestra presentan un nivel medio de reacciones al miedo emocional y tan sólo el 5% presentan un nivel bajo de reacciones al miedo emocional.

Tabla 3.

Distribución según niveles de la dimensión 2, expresiones somáticas del miedo en una muestra de policías de una comisaría en Trujillo.

DIMENSIÓN 2	EXPRESIONES SOMÁTICAS DEL MIEDO	
	N°	%
NIVEL		
<i>Bajo</i>	4	10
<i>Medio</i>	22	52
<i>Alto</i>	16	38
TOTAL	42	100

Nota: En la tabla 3. Se analizan los datos con respecto a la dimensión 2, que son las expresiones somáticas del miedo. De los datos obtenidos se puede observar que el 52% de policías tienen un nivel medio en las expresiones somáticas al miedo, el 38% obtiene un nivel alto en expresiones somáticas al miedo y el 10% tiene un nivel bajo de expresiones somáticas al miedo.

4.3 Análisis sobre los niveles de miedo de acuerdo a las variables de tiempo de servicios y sexo, en una muestra de policías de una comisaría en Trujillo.

Tabla 4.

Distribución de personas encuestadas de acuerdo al tiempo de servicios, en una muestra de policías de una comisaría en Trujillo.

TIEMPO DE SERVICIOS	N°	%
3 meses – 3 años	5	12
3 años – 6 años	5	12
6 años – 15 años	18	43
15 años a más	14	33
TOTAL	42	100

Nota: En la tabla 4. Se examinan los datos con respecto al tiempo de servicio que tienen los policías que son parte de la muestra, para lo cual se han agrupado en 4 categorías. La primera categoría corresponde al personal que tiene un tiempo de servicio de 3 meses a 3 años en la institución y la muestra para esta categoría está conformada por 5 personas que equivalen al 12 % de la muestra, la segunda categoría corresponde al personal que se encuentra laborando de 3 a 6 años en la institución y esto corresponde al 12% de la muestra, la tercera categoría corresponde al personal que se encuentra laborando de 6 a 15 años en la policía que es una cantidad de 8 personas y representa el 43% de la muestra y por último la cuarta categoría que corresponde al personal que tiene más de 15 años de servicio, son 14 personas que representan el 33% de la muestra.

Tabla 5.

Distribución de personas encuestadas de acuerdo al nivel de miedo al COVID-19 y al tiempo de servicios prestada en la institución policial en una muestra de policías de una comisaría en Trujillo.

NIVEL DE MIEDO POR TIEMPO DE SERVICIOS

TIEMPO DE SERVICIOS	NIVEL ALTO	%	NIVEL MEDIO	%	NIVEL BAJO	%	TOTAL	%
3 meses – 3 años	0	0	5	12	0	0	5	12
3 años – 6 años	2	5	2	5	1	2	5	12
6 años – 15 años	11	26	7	17	0	0	18	43
15 años a más	9	21	5	12	0	0	14	33
TOTAL	22	52	19	45	1	2	42	100

Nota: En la tabla 5. Se muestran los datos referentes al nivel de miedo al COVID-19 que tienen las personas participantes de acuerdo al tiempo de servicios que tienen trabajando en la institución policial. En los resultados se puede observar que 11 personas tienen un nivel de miedo alto y se encuentran en el rango de tiempo de servicios de 6 a 15 años, es el 26% de la muestra. Otro dato importante de resaltar es que el grupo etareo que tiene 15 años a más laborando en la institución policial el 21% de la muestra tiene un nivel alto de miedo frente al COVID-19, comparado a los más jóvenes que tienen un tiempo de servicios de 3 meses hasta los 6 años que tan sólo el 5% muestra un nivel alto de miedo.

Tabla 6.

Distribución de personas participantes de acuerdo al nivel de miedo y al sexo.

NIVEL DE MIEDO POR SEXO								
SEXO	NIVEL ALTO	%	NIVEL MEDIO	%	NIVEL BAJO	%	TOTAL	%
<i>MASCULINO</i>	18	7.6	15	6.3	1	0.4	34	81
<i>FEMENINO</i>	4	1.7	4	1.7	0	0.0	8	19
TOTAL	22	9.2	19	8.0	1	0.4	42	100

Nota: En la Tabla 6. Se puede analizar que la muestra está distribuida de la siguiente manera, 81% son del sexo masculino, de los cuales el 7.6% de la muestra presenta un nivel alto de miedo al COVID-19, el 6.3% presenta un nivel medio y el 0.4% presenta un nivel bajo de miedo al Covid-19. Por otro lado, de la muestra presentada el 9% son del sexo femenino, de las cuales el 1.7% presentan un nivel alto de miedo al COVID-19, de la misma manera el 1.7% presentan un nivel medio de miedo al COVID-19 y ninguna de ellas presenta un nivel bajo.

V. DISCUSIÓN

Se ha logrado determinar la línea base del nivel de miedo frente al COVID-19 en el personal policial de una comisaría en Trujillo, en el que se puede resaltar que de la muestra participante el 52% tiene un nivel alto de miedo al COVID-19. De acuerdo a lo hallado por Bedoya y García (2015) esta emoción del miedo es negativa tanto para el personal, como para la institución. Los autores refieren que el miedo en las organizaciones puede conllevar implicancias relacionadas a las relaciones laborales, la toma de decisiones, el liderazgo y por ende también a los resultados que derivan de los factores anteriormente descritos como son la productividad, la innovación y el desempeño laboral.

En el personal, el miedo genera reacciones psicológicas, fisiológicas y conductuales las que determinan su desempeño y la forma de relacionarse con sus pares y con la institución.

Por otro lado, Mejía et al. (2020) en su investigación indica que las redes sociales y la televisión son el principal medio por el que se transmite la información y esto puede incidir en la percepción del miedo frente a la enfermedad del COVID-19, ya que el impacto de las noticias puede causar o exacerbar la ansiedad y/o la depresión, que como bien sabemos, estas patologías se pueden originar debido a un miedo intenso y prolongado.

Silvia Barei, por su parte refiere que los medios de comunicación pueden ser los principales propulsores de la propagación del miedo. Según refieren los autores, en esta pandemia por la enfermedad de COVID-19, no sólo el virus se esparció rápidamente si no también noticias falsas sobre el virus que se viralizaron.

El VIH ha sido considerado hace algunos años como una pandemia, así lo dice la investigación realizada por Begoña et al. (1998), al igual que durante la pandemia del COVID-19, la población se ha encontrado a la expectativa frente a la enfermedad y esto ha

ocasionado marginación a quienes se encontraban más predispuestos a contraer la enfermedad como lo son el personal de primera línea, personal de salud, personal policial e inclusive personal de limpieza urbana. Mostrando actitudes inclusive humillantes para estas personas.

Por otro lado, en estudios realizados en China, se ha encontrado que hay un impacto psicológico en la población. La información que obtenían acerca del brote del coronavirus, la obtuvieron a través del internet y de la televisión, sin embargo, a diferencia nuestra ellos se sentían más satisfechos con la información que recibieron, es decir no tenían una percepción de la exageración de la información, por el contrario, esta información que recibían les proporcionaba más calma frente a la situación pandémica, disminuyendo sus niveles de miedo y ansiedad.

Lo que es real es que ya sea a causa de los medios de comunicación o no, la pandemia por COVID-19 ha generado un impacto psicológico de significancia en la población a nivel mundial. En un estudio realizado por Valero et al. (2020) destaca que se ha visto afectada la salud mental y emocional, e inclusive las formas de afrontamiento ante la situación que por lo tanto generan otros impactos significativos en la vida del ser humano.

Esta enfermedad es una situación completamente nueva para el común denominador y una de los efectos que ha generado un impacto psicológico determinante es la cantidad de muertes que hasta la fecha siguen incrementando a nivel mundial. Hasta la fecha del día de hoy, 3 de diciembre del 2020 según el Centro de recursos del coronavirus de la Universidad Johns Hopkins son 1'504,401 las personas fallecidas a nivel mundial por COVID-19.

Los grupos más expuestos desde el inicio de la pandemia por COVID-19 han sido el personal de salud, en el que se han realizado diferentes investigaciones, y el personal policial quienes han estado encargados

de velar por el cumplimiento de las normas impuestas por el estado en un intento de frenar la propagación del virus del COVID-19, sin embargo, en este último grupo no se han encontrado investigaciones que puedan dar un alcance preciso de los factores relacionados con el impacto psicológico que los aqueja.

Las características de ambos grupos frente al virus son las mismas, presión de trabajo, jornadas irregulares, alta exposición al virus y por ende riesgo alto de contraerlo, además de otros factores como la discriminación que en un inicio sufrieron muchas de estas personas por el mismo hecho de estar expuestos, el aislamiento por enfermedad, la situación de interactuar con personas con actitudes negativas frente a la situación, la pérdida del contacto con la familia, además a eso sumarle la fatiga física y emocional. Con esta similitud en las condiciones y características de ambos grupos (personal de salud y policial) se pueden determinar algunas evidencias de investigaciones que se han realizado a nivel mundial como es el caso de una investigación realizada en China, para obtener información del impacto de la epidemia en la salud mental en el personal de salud y como resultados de esa investigación observaron que estas circunstancias pueden desencadenar problemas en su bienestar general y en la calidad de vida, relacionado con incertidumbre, insomnio, ira, entre otros.

Para determinar los datos correspondientes respecto al grupo que se ha investigado, se ha encontrado similitudes con las investigaciones presentadas anteriormente en cuanto al factor miedo. En los resultados que se desprenden se observa que el 52% de personas encuestadas presenta un nivel de miedo alto, seguido por un 45% en nivel de miedo medio.

En la investigación del impacto del COVID-19 en la salud mental de la población China, se ha obtenido los resultados que el personal femenino muestra indicadores de miedo y ansiedad con una tasa más alta que los hombres, a diferencia de nuestra investigación en la que

se observa que el personal policial masculino con más tiempo de servicio – eso implica mayor rango etareo – tienen una mayor tasa de miedo en nivel alto.

En el año 2007 en Colombia, se realizó una investigación para conocer acerca de las actitudes y miedo a la muerte en los adultos mayores. Esta investigación permitió tener un acercamiento con respecto a los datos obtenidos, ya que, en nuestra población se puede observar que las personas con más edad muestran un miedo más alto a contraer la enfermedad y, por lo tanto, morir. Esta investigación propone que las personas concebimos a la muerte como un ataque directo a la supervivencia, y es entonces que se produce el miedo como la respuesta más natural. Sin embargo, también indican que estas actitudes pueden ser adecuadas si es que las conductas que desencadenan son necesarias para preservar la vida, esto significa que, el miedo se puede convertir en un impulso motivador del autocuidado si es entendido y direccionado adecuadamente. Los autores indican que, si bien es cierto, el miedo hacia la muerte se encuentra presente a lo largo de nuestra vida, es importante centrar las intervenciones con la población adulta mayor, debido a que ellos tienen la consciencia de que la llegada de la misma es más probable que en otras etapas.

En la investigación realizada en el personal policial, se verificaron en dos dimensiones, la primera de ellas es reacciones al miedo emocional que incluye características como tener miedo del coronavirus propiamente dicho, ponerse incómodo de pensar en el coronavirus, tener miedo de perder la vida a causa de la enfermedad del Covid-19 y no poder dormir por estar preocupado de contagiarse del coronavirus, hallándose como resultados que el 52% de personas encuestadas presenta un nivel alto de reacciones al miedo emocional. Por otro lado, en la segunda dimensión denominada expresiones somáticas del miedo que implica que las manos se pongan húmedas al pensar en el coronavirus, cuando ve noticias o historias sobre el

coronavirus en redes sociales se pone nervioso o ansioso y que el corazón se acelera o palpita cuando piensa en contagiarse del coronavirus se observa que las personas encuestadas presentan una tasa más alta (52%) en el nivel medio de la dimensión. No hay información contundente al respecto, sin embargo, se podría presumir que la preparación castrense que tiene el personal policial bloquea en cierta medida la capacidad para percatarse de las respuestas basales de las emociones.

VI. CONCLUSIONES

1. Se logró determinar la línea base del miedo al COVID-19 en el personal policial de una comisaría en Trujillo, obteniendo como resultados una mayor incidencia en el nivel alto del miedo.
2. Se identificó diferencias en los resultados de la evaluación de las dimensiones que componen la prueba por separado. En la primera dimensión: reacciones al miedo emocional se ha logrado observar que los efectivos policiales han obtenido una incidencia más alta en el nivel alto de la dimensión. De manera diferente se ha podido observar que ha ocurrido en la medición de la dimensión de expresiones somáticas del miedo que se ha obtenido una mayor tasa en el nivel medio, estos datos presumiblemente podrían estar relacionados con en el entrenamiento policial.
3. De la misma manera se ha logrado establecer las diferencias en cuanto al nivel de miedo de acuerdo a los grupos etareos, dicho análisis arrojó que el personal policial con mayor tiempo de servicios presenta un nivel de miedo alto frente a los más jóvenes que presentan un nivel de miedo medio.
4. Por otra parte, no se ha logrado obtener datos estadísticamente significativos con respecto al nivel del miedo de acuerdo al sexo de la persona encuestada, debido a que la muestra representativa ha sido insuficiente.
5. En todo caso, debido a la problemática encontrada con respecto al miedo al covid-19 se está proponiendo el programa basado en la terapia racional emotiva conductual el cual se encuentra detallado en los anexos 7 y 8 de esta investigación.

VII. RECOMENDACIONES

Es importante y necesario dar a conocer a la institución policial los resultados obtenidos en la investigación para que se consideren las actividades pertinentes frente a la situación que acontece con el personal.

Es de relevancia ejecutar las sesiones del programa en la población encuestada priorizando la atención en el personal policial que ha obtenido un nivel alto de miedo al COVID-19.

Se recomienda realizar investigaciones de diferente índole en la población que es sujeta de causa de estudio en esta investigación, debido a que no existen estudios preliminares que permitan comparar información con esta población de estudio.

Es recomendable también la aplicación del programa en contextos similares con la finalidad de mitigar el miedo, y corroborar si es factible aplicar el programa en situaciones de miedo diferente al miedo por COVID-19.

REFERENCIAS

- Ávila-Parcet, A. & Fullana-Rivas, M. (2015) El miedo en el cerebro humano: La sensación de temor depende de una compleja red cerebral, no solo de la amígdala, como se pensaba hasta ahora. *Mente y Cuerpo*, N°78-2016, 50-51. <https://www.investigacionyciencia.es/files/23528.pdf>
- Bayés, Comellas, Lorente, & Viladrich (1998). Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA. *Psicothema*, 10(1),127-134 ISSN: 0214-9915. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72710111>
- BBC News Mundo (Ed.) (2020). *Asintomáticos con coronavirus: qué se sabe del daño del COVID-19 puede causar en los pacientes que no desarrollan síntomas*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-53403871>
- Bedoya, C. & García, M. (2015) *Efectos del miedo en los trabajadores y la organización*. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2015.10.002>
- Benavides (2014) *Intervención psicoterapéutica cognitiva conductual basada en TREC para el mejoramiento de conductas impulsivas*. [Tesis de maestría, Universidad de Panamá] Repositorio
- Carvajal, A. & Cáceres, E. (2015) *Eficacia de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático - resultados de un estudio piloto*. [Tesis de maestría, Universidad Católica de Colombia] Repositorio Institucional UCC. <http://hdl.handle.net/10983/2561>
- Castañeda, Y. (2018) *Efectos de un programa de Terapia Racional Emotiva Conductual en la agresividad de estudiantes de tercer grado del nivel secundario de una institución educativa privada de Cajamarca*. [Tesis de licenciatura, Universidad Antonio Guillermo Urrelo] Repositorio Institucional UPAGU. <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/779>
- Colegio de psicólogos del Perú (2017). *Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano*. Recuperado de: http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

- Constitución Política del Perú (Ed.) (2019). *Constitución Política del Perú, promulgada el 9 de diciembre de 1993*. <http://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/Constitucion-politica-08-04-19.pdf>
- Cuidate Plus (Ed.) (2020) *Claves para el manejo emocional del miedo al coronavirus*. <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2020/03/13/claves-manejo-emocional-miedo-coronavirus-172371.html>
- Dahab, J; Minici, A; y Rivadeneira, C. (2020) Pandemia, confinamiento social y depresión. *Revista de Terapia cognitivo conductual* N°38, abril 2020. <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/pandemia-confinamiento-social-y-depresion.pdf>
- Dahab, Rivadeneira y Minici (2016) La relación funcional entre el pensamiento y la emoción. *Revista de terapia cognitivo conductual* N° 29, agosto 2016.
- Gestión (Ed.) (2020) *Perú contra el tiempo ante inminente segunda ola y retraso en llegada de vacunas*. <https://gestion.pe/peru/peru-contra-el-tiempo-ante-proxima-llegada-de-segunda-ola-y-retraso-de-vacunas-segunda-ola-vacuna-contra-el-covid-19-noticia/>
- Dryden, W. & Ellis, A. (1989) *Práctica de la terapia racional emotiva*. https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/ellis - 1989 - _prc3a3c2a1ctica de la terapia racional emotiva1.pdf
- Edo-Gual, M; Tomás-Sábado, J. & Aradilla-Herrero, A. (2011) Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería clínica Elsevier Doma*, Doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.01.007>
- El Periódico (Ed. 2020) (2020, Agosto 15) *Unos 400 policías y 125 médicos han muerto en Perú por COVID-19*. <https://www.elperiodico.com/es/internacional/20200815/policias-medicos-muerto-peru-coronavirus-8076370>
- Estela-Paredes, R. (2020). *Investigación propositiva – Módulo 1*. <https://www.calameo.com/books/006239239f8a941bec906>

- Ferrer, A. (2013) Temblor sin temor: miedo y angustia en la filosofía de Martin Heidegger. *Revista de Filosofía Factótum* 10-2013, 55-67. http://www.revistafactotum.com/revista/f_10/articulos/Factotum_10_5_Alberto_Ferrer.pdf
- Ho, CS; Chee, CY. & Ho, RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Ann AcadMed Singapore*, 49(1):1-3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32200399/>
- Huamán-Saavedra, JJ. (2020) *La pandemia del COVID-19*. *Rev méd Trujillo* 2020;15(2):53-4. Doi: <http://dx.doi.org/10.17268/rmt.2020.v15i02.01>
- Huarcaya-Victoria J. (2020) *Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19*. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):327-34. Doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Huarcaya-Victoria, J; Villareal-Zegarra, D; Podestá, A. & Luna-Cuadros, M. (2020) *Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru*. Published Online: 22 June 2020. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
- Instituto de Defensa Legal (Ed. 2020) (2020, Abril 14) *En primera línea de combate: la situación de la Policía frente a la pandemia*. <https://www.idl.org.pe/en-primera-linea-de-combate-la-situacion-de-la-policia-frente-a-la-pandemia/>
- Jhon Hopkins University of Medicine (Ed. 2020) *Jhon Hopkins An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time*. *Coronavirus Resource Center 2020 [Publicación en avance]*. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Landívar, M. (2017) *Disminución del estrés, aplicando el modelo TREC de Ellis y técnica TRE de Bercei en bailarines del Centro Artístico Yesenea Mendoza*. [Tesis de maestría sin publicar]. Universidad de Guayaquil.
- Landívar, M. (2017). *Disminución del estrés, aplicando el modelo TREC de Ellis y técnica TRE de Bercei en bailarines del Centro Artístico Yesenea*

- Mendoza. [Unpublished doctoral dissertation]. Universidad de Guayaquil.
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/reduq/26524>
- Lega, L; Caballo, V. & Ellis, A. (1997) *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva y conductual*.
- Lega, L; Sorribes, F. & Calvo, M. (2017) *Terapia racional emotiva*.
- Martinez, J. (2018) *Terapia racional emotiva conductual para ansiedad y síndrome de burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC*. [Tesis de maestría, Universidad de Panamá] Repositorio Institucional UP. <http://up-rid.up.ac.pa/id/eprint/1485>
- Mejía, C; Rodríguez-Alarcón, J; Garay-Ríos, L; Enriquez-Anco, M; Moreno, A; Huaytán-Rojas, K; Huanchuari-Ñañacc, N; Julca-Gonzales, A; Álvarez, C; Choque-Vargas, J. & 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://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/698>
- Organización Mundial de la Salud (Ed. 20) *Clasificación Internacional de Enfermedades 11.a revisión*. <https://icd.who.int/es>
- Otzen, T. & Monterola, C. (2017) Técnicas de muestreo sobre una población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. Doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Palomino-Ccasa, J; Santiago-Echenique, N. & Zarate, P. (2017). Revisión Bibliográfica de la Efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT). *Apuntes Científicos Estudiantiles de Psicología*, Vol.1 Núm.1, 2017. https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r_psicologia/article/view/934
- Pakpour, A. & Griffiths, M. (2020) The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*. Vol. (TBD) No. (TBD), 2020 (pp. TBD) <http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/39561>

- Pérez, M. (2019) *Propuesta del programa de terapia racional para mejorar la inteligencia emocional en adolescentes de una I.E. de Ferreñafe*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo] Repositorio Institucional UNPRG <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/6821>
- Plataforma digital única del Estado (Ed. 2020) *Síntomas del coronavirus, conocer si puedo haber contraído el COVID-19*. <https://www.gob.pe/8665-sintomas-del-coronavirus-conocer-si-puedo-haber-contraido-el-covid-19>
- Reyes, V., Reséndiz, A., Alcázar, R. & Reidl, L. (2017). Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. *Psicogente*, 20(38), 240-255. <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2544>
- Ruiz, M; Díaz, M. & Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. https://www.academia.edu/10436026/MANUAL_DE_T%C3%89CNICAS_DE_INTERVENCION_COGNITIVO_CONDUCTUALES
- Shigemura, J; Ursano, R; Morganstein, J; Kurosawa, M & Benedek, D. (2020) *Respuesta pública frente al nuevo coronavirus (2019-nCoV) en Japón: consecuencias de Salud mental y población objetivo*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 74: 277–283, 2020 Doi: <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Significados (Ed) (2018) *Significado de la palabra programa*. <https://www.significados.com/programa/>
- Soplopucó, B. (2020) *Terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo] Repositorio UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/31358>
- Template COVID-19 Pandemic Data (Ed.) En *Wikipedia*. [Publicación en avance] https://en.wikipedia.org/wiki/Template:COVID-19_pandemic_data

Valero, N; Vélez, M; Durán, A; Portillo, M. (2020) *Afrontamiento del COVID-19: Estrés, miedo, ansiedad y depresión*. *Enferm Inv.* 2020;5(3):63-70.

Doi: <http://dx.doi.org/10.31164/enf.inv.v5i3.913.2020>

Vereau, J. (2018) *Uso de la Terapia Racional Emotiva y su influencia en las secuelas psicológicas del aborto en alumnas del 5to. Ciclo de enfermería del I.E.S. Daniel Alcides Carrión*. [Tesis de maestría, Universidad Inca Garcilaso de la Vega] Repositorio Institucional UIGV.

<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3006>

World Health Organization (Ed.) (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report - 105*. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200504-covid-19-sitrep-](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200504-covid-19-sitrep-105.pdf?sfvrsn=4cdda8af_2)

[105.pdf?sfvrsn=4cdda8af_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200504-covid-19-sitrep-105.pdf?sfvrsn=4cdda8af_2)

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de operacionalización de las variables

Tabla 1. Operacionalización de la variable miedo al COVID-19

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
Miedo al COVID-19	Estado emocional desagradable que se desencadena por la percepción de estímulos amenazantes.	Hace referencia a las reacciones del miedo emocional y las expresiones somáticas del miedo	Reacciones al miedo emocional	1, 2, 4 y 6	FCV-19S
			Expresiones somáticas del miedo	3, 5, 7	

Tabla 2. Operacionalización de la variable programa basado en la terapia racional emotiva conductual

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Programa basado en la terapia racional emotiva conductual	El programa basado en la terapia racional emotiva tiene por objetivo disminuir los indicadores de miedo en el personal policial de una comisaría de Trujillo.	El programa está basado en la teoría de Albert Ellis que propone el método ABC que se encuentra bajo el enfoque cognitivo conductual.	Estrategias cognitivas	Son estrategias relacionadas a reconocer las creencias irracionales relacionadas al miedo, a través de técnicas de auto observación, programación de actividades.	Lista de cotejo
			Estrategias emocionales	Estrategias relacionadas a reconocer el miedo, lo expresa y lo comparte con su entorno próximo generando una red de apoyo.	
			Estrategias conductuales	Estrategias relacionadas al afrontamiento adecuado de las emociones, resultando en actividades de autocuidado.	

Anexo 2. Ficha técnica de la prueba

Escala de Miedo al COVID-19

(FCV-19S)

Resumen

La pandemia actual del nuevo coronavirus COVID-19 ha aumentado la ansiedad y el miedo que experimentan muchos. El objetivo principal de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la versión traducida al español de la Escala Miedo a COVID-19 (FCV-19S) utilizando una muestra de población en Perú. Este es un estudio instrumental transversal. Los datos se recopilieron mediante un método de muestreo por conveniencia, lo que resultó en un total de 832 participantes, y la recopilación se llevó a cabo durante 1 semana, del 17 al 23 de abril de 2020. La versión original del FCV-19S se tradujo del inglés al español. Los resultados apoyan un modelo de bifactor que consta de un factor general y dos factores específicos: uno de reacciones de miedo emocional y otro de expresiones somáticas de miedo al COVID-19 (CFI = 0,988, RMSEA = 0,075). Se alcanzó la invariancia entre los trabajadores de la salud y los grupos de edad ($\Delta\text{CFI} < 0.01$), pero no se cumplió la invariancia entre hombres y mujeres ($\Delta\text{CFI} = 0.02$). Se encontró validez convergente con síntomas de estrés depresivo, ansioso y postraumático. 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.

Antecedentes

La pandemia actual del nuevo coronavirus COVID-19 (SARS-CoV-2; enfermedad por coronavirus 2019) se ha extendido a muchos países. El 30 de enero de 2020, el Comité de Emergencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) designó este brote como una emergencia sanitaria mundial en función de las crecientes tasas de notificación de casos en China y otros países (Velavan y Meyer 2020). En Perú, al 3 de junio de 2020, se han confirmado 17 8914 casos; 4894 muertes reportadas; y la tasa de mortalidad fue del 2,74% (Gobierno del Perú 2020). Un aspecto psicológico de la pandemia de COVID-19 es el miedo, que se define como

un estado emocional desagradable que se desencadena por la percepción de estímulos amenazantes (Pakpour y Griffiths 2020). La relación entre enfermedad infecciosa y miedo está directamente relacionada con su forma de transmisión (rápida e invisible) y tasa de mortalidad (Ahorsu et al. 2020). Debido a la alta comunicabilidad de COVID-19 y al creciente número de casos confirmados y muertes en todo el mundo, las emociones y pensamientos negativos se han vuelto más frecuentes (Duan y Zhu 2020). Los comportamientos negativos en la sociedad a menudo son impulsados por el miedo. Esta experiencia de miedo puede evolucionar hacia una variedad de problemas de salud mental, que incluyen reacciones de angustia (insomnio, ira, irritabilidad), conductas de riesgo para la salud (aumento del consumo de alcohol y tabaco) y trastornos mentales (trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad y depresión). entre otros (Shigemura et al. 2020). La proliferación del miedo genera comportamientos erráticos entre las personas durante los brotes infecciosos, que es un fenómeno esperado (Ho et al. 2020). Los profesionales de la salud deben brindar una atención oportuna y suficiente a los sentimientos de miedo en la población en general. Para lograrlo, es necesario contar con instrumentos adecuados para evaluar el miedo que genera el COVID-19.

La escala Fear of COVID-19 (FCV-19S) se desarrolló para evaluar este miedo en la población general de Irán y mostró propiedades psicométricas adecuadas. Esta escala ha sido validada en italiano (Soraci et al. 2020), árabe (Alyami et al. 2020), bengalí (Sakib et al. 2020) y turco (Satici et al. 2020). Sin embargo, no existe una validación de esta escala en el idioma español, lo que limita la posibilidad de una investigación transcultural. Además, estudios recientes han demostrado que los modelos bidimensionales podrían explicar mejor la estructura de los FCV-19S (Reznik et al. 2020; Tzur Bitan et al. 2020), por lo que se deben realizar análisis de la estructura interna del FCV-19S para determinar si un modelo unidimensional o un modelo bidimensional es el más adecuado.

Aunque se han realizado diferentes estudios sobre el FCV-19S, no se ha evaluado la evidencia sobre la invarianza de medición de esta escala. La invarianza es una propiedad de medición muy importante, ya que permite realizar comparaciones entre grupos (Putnick y Bornstein 2016). Si se satisface la invarianza, se puede

comparar la cantidad de miedo entre hombres y mujeres o entre los trabajadores de la salud y la población en general.

El objetivo principal de este estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de la versión traducida al español del FCV-19S utilizando una muestra de la población general de Lima, Perú. Nuestro estudio evalúa diferentes indicadores de validez como la estructura interna, la invarianza de la medición y la relación con otras variables (validez convergente). La fiabilidad también se evalúa mediante coeficientes de consistencia interna.

Métodos

Diseño del estudio y población objetivo

Esta es una investigación transversal. La población de estudio fue la población general de Lima, Perú. Se utilizó una estrategia de muestreo por conveniencia. Siguiendo la recomendación de distancia social, los participantes fueron reclutados a partir de anuncios en línea, correo electrónico y redes sociales. La recolección de datos se llevó a cabo durante una semana, del 17 al 23 de abril de 2020, un mes después de que se declaró el estado de emergencia y se ordenó la cuarentena obligatoria en Perú. Los criterios de inclusión incluyeron: 18 a 80 años y un acuerdo para participar en la encuesta en línea.

Instrumentos de medida

Miedo a la escala COVID-19

El FCV-19S es una escala unidimensional novedosa de siete ítems con buenas propiedades psicométricas que se utiliza para evaluar los temores al COVID-19 entre la población general. Todos los ítems se califican en una escala de 5 puntos, que van de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Las puntuaciones totales van de 7 a 35. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el miedo al COVID-19 (Ahorsu et al. 2020). 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 validez concurrente fue respaldada por la Escala de

ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) (depresión, $r = 0,425$, y la ansiedad, $r = 0,511$) y la vulnerabilidad percibida a escala de Enfermedades (PVDS) (infectabilidad percibido, $r = 0,483$, y la aversión germen, $r = 0,459$) (Ahorsu et al. 2020). En este estudio, la versión original del FCV-19S fue traducida del inglés al español por un autor con experiencia clínica y de investigación (A. Podestá). Posteriormente, los autores discutieron los significados matizados de la traducción y acordaron una versión final en español de esta escala. La versión traducida al español del FCV-19S se envió luego a un profesional independiente bilingüe (inglés / español) para su revisión.

Estrés post traumático

Para evaluar los niveles de angustia, se utilizó la escala de autoevaluación del impacto de eventos: revisada (IES-R), donde cada uno de los 22 elementos se califica en una escala Likert que va de 0 (nada) a 4 (extremadamente), (Weiss y Marmar 1997). En el presente estudio, el IES-R tuvo una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,964).

El IES-R tiene tres subdimensiones. La primera subdimensión es Intrusión. Se compone de ocho ítems (ítems 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16 y 20) y evalúa los indicadores de pensamientos intrusivos, pesadillas, sentimientos e imágenes intrusivos y una nueva experiencia de tipo disociativo. La segunda subdimensión, Evitación, consta de ocho ítems (ítems 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22) que se utilizan para evaluar indicadores de capacidad de respuesta adormecida y evitación de sentimientos, situaciones e ideas. La tercera subdimensión es hiper excitación. Compuesto por seis ítems (ítems 4, 10, 15, 18, 19, 21), analiza los indicadores de ira, irritabilidad, hipervigilancia, dificultad para concentrarse y respuesta de sobresalto intensificada.

Síntomas depresivos

Para la evaluación de los síntomas depresivos se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9). El PHQ-9 también es una escala autoadministrada que consta de nueve ítems calificados en una escala Likert que van desde 0 (nada) a 3 (casi todos los días). En estudios realizados en América Latina, el PHQ-9 ha demostrado ser una herramienta válida y fiable para la detección de síntomas depresivos en varias poblaciones (Cassiani-Miranda et al. 2017; Saldivia et al.

2019). El PHQ-9 fue validado en Perú. Los indicadores de validez incluyen estructura interna, invariancia de medición y valores adecuados de consistencia interna (Villarreal-Zegarra et al. 2019). El presente estudio confirmó una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,877).

Síntomas ansiosos

El trastorno de ansiedad generalizada-7 (GAD-7) es una escala autoadministrada válida y eficaz para evaluar la gravedad de los trastornos de ansiedad en la práctica clínica (Spitzer et al. 2006). La escala ha sido previamente traducida al español y validada (García-Campayo et al. 2010). Consta de siete ítems diseñados para medir la sintomatología de la ansiedad durante las 2 semanas previas a la autoaplicación. Cada ítem se califica en una escala Likert que va de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). En el presente estudio, el GAD-7 tuvo una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.898).

Análisis de los datos

Características de los participantes

Se realizó un análisis descriptivo de las características de los participantes. Se utilizaron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión con puntajes promedio de los ítems.

Análisis factorial

Se realizaron dos tipos de análisis factoriales; el primero, explorar cómo se relacionan los ítems entre sí (análisis factorial exploratorio), y el segundo, confirmar diferentes modelos teóricamente válidos del FCV-19S (análisis factorial confirmatorio). Para realizar estos análisis en el mismo grupo, la muestra se dividió en dos grupos aleatorios correspondientes a la mitad de la muestra en cada grupo (método de la mitad dividida) (Anderson y Gerbing 1988; Lloret-Segura et al. 2014). Con la mitad de los participantes, se puede explorar la relación de los ítems y con la otra mitad de los participantes, se pueden confirmar los resultados.

El análisis factorial exploratorio utilizó el estimador robusto de máxima verosimilitud (MLR) (Brown 2015), las matrices de Pearson y la rotación oblicua (quartimin). Se utilizó la prueba de análisis paralelo para determinar el número más apropiado de dimensiones (Timmerman y Lorenzo-Seva 2011). Dado que diferentes investigaciones y modelos teóricos sobre el miedo sugieren que se trata de un constructo multidimensional, se evaluaron diferentes soluciones factoriales; Las dimensiones confirmadas por un mínimo de tres ítems se consideraron estables (Muñiz 2018).

El análisis factorial confirmatorio (AFC) se realizó mediante matrices MLR y Pearson. Los modelos evaluados en el análisis confirmatorio fueron los producidos por análisis factorial exploratorio y los generados por posibles entidades superiores (modelos bifactoriales y de segundo orden).

La evaluación de los diferentes modelos se realizó en tres pasos. Primero, se evaluaron diferentes índices de bondad de ajuste (GFI). El índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de Tucker-Lewis (TLI), ambos con valores apropiados $\geq 0,90$; el Residual Cuadrático Medio Estandarizado (SRMR); y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), con un intervalo de confianza del 90% y con valores adecuados $< 0,08$, se utilizaron para comparar el ajuste del modelo (Brown 2015 ; Hu y Bentler 1998). Utilizando el criterio de información de Akaike (AIC) y el criterio de información bayesiano (BIC), se interpretó que los modelos con los valores más bajos tenían el mejor ajuste.

En segundo lugar, para los modelos multidimensionales, para asegurar que las dimensiones sean constructos diferentes, se espera que las dimensiones tengan correlaciones latentes moderadas o bajas entre ellas. Si la proporción es muy alta ($> 0,80$), sugiere que las dimensiones se superponen y no se pueden diferenciar claramente (Brown 2015).

En tercer lugar, en los modelos bifactoriales, se evaluó la relevancia del factor general (bifactorial) y los factores específicos. Se utilizaron los índices omega jerárquicos (ω_H s), el porcentaje de correlaciones no contaminadas (PUCs) y la varianza común explicada (ECV). Se consideró un buen ajuste cuando ω_H tuvo un valor $\geq 0,70$ en el factor general y un valor $\geq 0,30$ en los factores específicos, un

PUC $\geq 0,70$ y un VCE $\geq 0,70$ (Dominguez-Lara y Rodríguez 2017; Rodríguez et al. 2016).

Se evitó el uso de modelos con errores correlacionados porque implican el supuesto de hipótesis que no siempre son posibles de probar, y estos modelos pueden inflar artificialmente los índices de bondad de ajuste (DeShon 1998).

Invarianza de medición

Se evaluaron múltiples modelos de la invarianza de medición de AFC a través de grupos definidos por variables relevantes, por ejemplo, sexo, edad, trabajo en salud. Se compararon cuatro modelos de medición con restricciones progresivas entre categorías dentro de estos grupos, por ejemplo, entre personas de 18 a 39 años y personas mayores de 40 (Putnick y Bornstein 2016; Widaman y Reise 1997). Si dos o más grupos alcanzan la invarianza, se supone que se pueden hacer comparaciones entre estos grupos (Putnick y Bornstein 2016). El cambio en el CFI (Δ CFI) se utilizó como criterio principal para comparar los modelos con más restricciones con los modelos con menos restricciones. Se utilizó un Δ CFI de $<0,01$ como punto de corte (Putnick y Bornstein 2016). Se prefirió el criterio Δ CFI sobre las comparaciones χ^2 , ya que el primero no es sensible a tamaños de muestra grandes (Putnick y Bornstein 2016; Widaman y Reise 1997).

Validez convergente

La validez convergente se evaluó mediante análisis de correlación entre las escalas FCV-19S y PHQ-9, GAD-7 e IES-R. Se esperaba que el FCV-19S tuviera una relación moderada o fuerte con las otras escalas. Esta correlación fue determinada por el rho (r_s) de Spearman ya que no se cumplieron los supuestos de normalidad. Una relación grande ($r_s > 0,70$), moderada ($r_s > 0,50$) o pequeña ($r_s > 0,30$) se determina en función del tamaño del coeficiente de correlación.

Fiabilidad

La confiabilidad se evaluó mediante dos coeficientes de consistencia interna (α y ω). Ambos son aceptablemente fiables cuando los coeficientes tienen valores superiores a 0,80 (Kelley y Pornprasertmanit 2016; McDonald 1999).

Software

Todos los análisis se realizaron en RStudio, con los paquetes lavaan, semTools, GPArotation, BifactorIndicesCalculator y semPlot.

Resultados

Características de los participantes

Se incluyó en el estudio a un total de 832 participantes. Inicialmente, se evaluaron 838 participantes, pero aquellos que no cumplieron con los criterios de inclusión, es decir, no aceptaron participar ($n = 2$), estaban en mejor situación ($n = 2$) o tenían más de 80 años ($n = 2$) —Fueron eliminados. La edad media de los participantes fue de 38,37 años (DE $\pm 12,75$). La mayoría de los participantes eran mujeres (65,6%), solteras (49,0%), con estudios universitarios (76,4%) y empleo formal (66,9%). Las características sociodemográficas detalladas se pueden encontrar en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio ($n = 832$)

		norte	%
Años	18 a 19	20	2,4
	20 hasta 29	220	26,4
	30 hasta 39	275	33,1
	40 hasta 49	135	16,2
	50 hasta 59	111	13,3
	60 y más	71	8,5
Sexo	Hombres	286	34,4
	Mujer	546	65,6
Estado civil	Casado	345	41,5
	Divorciado	71	8,5
	Soltero	408	49,0
	Viudo	8	1,0
Nivel educacional	Primario	1	0,1
	Secundario	83	10,0
	Técnico	112	13,5
	Universidad	636	76,4
Situación laboral	Empleo formal	557	66,9
	Empleo informal	96	11,5
	Desempleados	179	21,5
¿Tienes una religión?	No	258	31,0
	si	574	69,0
¿Diagnóstico de un problema de salud mental?	No	716	86,1
	si	116	13,9

¿Trabajador de la salud?	No	640	76,9
	si	192	23,1
Número de síntomas inseparables de COVID *	Ninguna	569	68,4
	1	175	21,0
	2	54	6,5
	3	29	3,5
	4 o más	5	0,6

1. * Tos, fatiga, dolor muscular, dolor de cabeza o diarrea.

Análisis de factores exploratorios

En el modelo de dos factores, el primer factor tiene ítems de reacciones de miedo emocional (F1) y el segundo factor tiene ítems de expresiones somáticas de miedo a COVID-19 (F2). Los análisis factoriales exploratorios determinaron que las cargas factoriales para el modelo de un factor y el modelo de dos factores eran adecuadas ($\lambda > 0,49$) (ver Tabla 2). En el caso del modelo de dos factores, la correlación entre sus factores fue de 0,72. El análisis paralelo sugiere un modelo bidimensional.

Tabla 2. Cargas factoriales del análisis factorial exploratorio con el modelo de un factor y el modelo de dos factores ($n = 416$)

	Modelo de un factor	Modelo de dos factores		METRO	Dakota del Sur
	λ F1	λ F1	λ F2		
Artículo 1	0,711	0,933	-	2.9	1.3
Elemento 2	0,677	0,686	-	2,7	1.2
Artículo 3	0.595	-	0,672	1,6	0,9
Tema 4	0,744	0,656	-	2.5	1.3
Tema 5	0,778	0.489	-	2.5	1.3
Tema 6	0,720	-	0,860	1.8	1.0
Tema 7	0,766	-	0,824	1.8	1.0

1. λ = cargas factoriales. F1 = primer factor. F2 = segundo factor. M = media. SD = desviación estándar

Análisis de factores confirmatorios

El modelo de un factor, el modelo de dos factores y el modelo de segundo orden con dos factores de primer orden tienen un nivel inadecuado de RMSEA (> 0.08). El modelo de bifactor fue adecuado en todos los índices de ajuste (CFI y TLI > 0.90 y RMSEA y SRMR < 0.08) (ver Tabla 3). El análisis del modelo de bifactor muestra que la varianza común explicada (ECV = 0,725) es adecuada, pero el porcentaje de correlaciones no contaminadas es bajo (PUC = 0,571). La ω_H es adecuada en el factor general pero baja en los factores específicos (ver Fig. 1). Además, el ítem 5 contribuye muy poco a las reacciones de miedo emocional (F1).

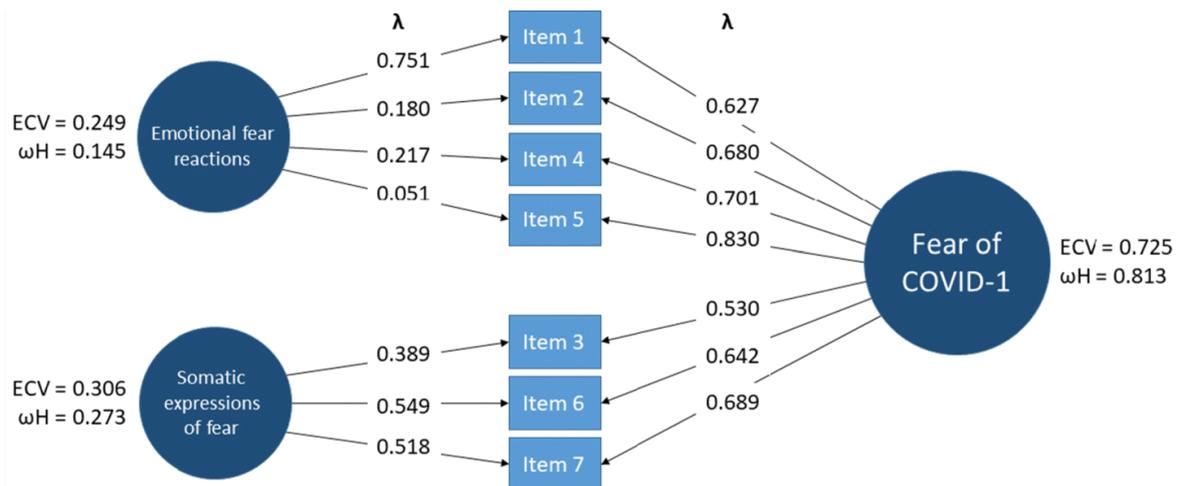
Tabla 3. Tasas de análisis factorial confirmatorio para el modelo de un factor, el modelo de dos factores, el modelo de segundo orden y el modelo de bifactor ($n = 416$)

	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA [90% CI]	SRMR	AIC	BIC
Español (nuestro estudio)								
Modelo de un factor	362,44	14	0,825	0,738	0,173 [0,160– 0,186]	0,080	15.459,1	15.525,2
Modelo de dos factores	117,61	13	0,947	0,915	0,098 [0,084– 0,113]	0,044	15.101,5	15.172,3
Modelo de segundo orden	108,57	12	0,952	0,915	0,098 [0,084– 0,113]	0,044	15.103,5	15.179,1
Modelo bifactor	39,85	7	0,988	0,964	0,075 [0,054– 0,098]	0,022	15.008,8	15.108,0
Árabe (modelo de un factor)								

	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA [90% CI]	SRMR	AIC	BIC
Modelo de un factor	-	-	0,957	-	0,152 [0,135– 0,170]	0.066		
Modelo de un factor *	-	-	0,991	-	0.081 [0.061– 0.102]	0,035		
Modelo de un factor **	-	-	0,995	-	0.059 [0.037– 0.083]	0,024		
Turco (modelo de un factor)	299,47	13	0,915	-	-	0.061		
Bangla (modelo de un factor)	554,75	14	0,964	0,947	0.071	-		
Italiano (modelo de un factor) ***	26.07	12	0,99	0,99	0.069 [0.032– 0.105]	0.047		

1. χ^2 = chi-cuadrado. *df* = grado de libertad. *CFI* = índice de ajuste comparativo. *TLI* = índice de Tucker-Lewis. *RMSEA* = error cuadrático medio de aproximación. *SRMR* = raíz cuadrada media estandarizada
2. * Errores 3, 6, 7 correlacionados
3. ** Errores 3, 6, 7, 1, 2 correlacionados
4. *** Errores 1, 5, 2, 7 correlacionados

Figura 1



Note: λ = factorial loads, ECV = explained common variance, ω_H = hierarchical omega
 Cargas factoriales y tasas de ajuste del modelo bifactor ($n = 416$). λ = cargas factoriales, ECV = varianza común explicada, ω_H = omega jerárquico.

Invariancia

El modelo bifactorial con dos factores específicos es invariante entre trabajadores sanitarios y no sanitarios y entre personas menores de 40 años y mayores de 40 años ($\Delta CFI < 0,01$) (ver Tabla 4). Por lo tanto, se pueden hacer comparaciones entre estos grupos. Sin embargo, no se cumple la invariancia entre hombres y mujeres. Por lo tanto, no se pueden realizar comparaciones entre estos grupos y los análisis futuros deben realizarse de manera estratificada por sexo.

Tabla 4. Análisis de invarianza de la escala Miedo a COVID-19 ($n = 832$)

	Invariancia	Bondad de ajuste robusta χ^2			CFI	RMSEA	ΔCFI	DIFFTEST		
		Valor	df	pags				Valor	df	pags
Sexo	Configural	47,8	14	<0,001	0,989	0,076	-	-	-	-
(hombres vs mujeres)	Métrico	68,1	25	<0,001	0,985	0,064	-0,003	20,3	11	0,041

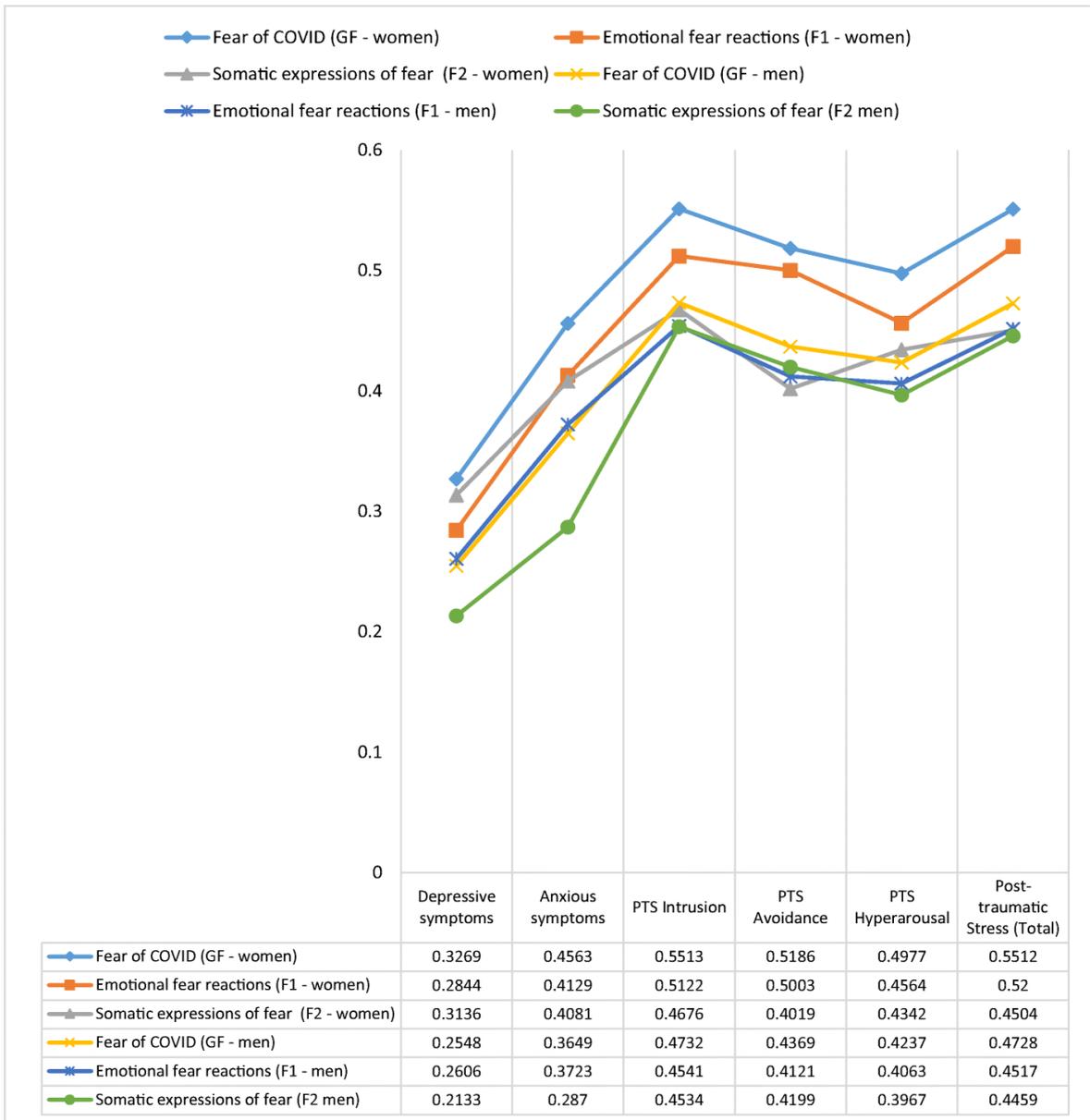
	Invariancia	Bondad de ajuste robusta χ^2			CFI	RMSEA	ΔCFI	DIFFTEST		
		Valor	df	pags				Valor	df	pags
	Fuerte	145,6	32	<0,001	0,962	0.092	-0,024	77,5	7	<0,001
Trabajador de la salud	Configural	54,7	14	<0,001	0,986	0.084	-	-	-	-
(si vs no)	Métrico	64,6	25	<0,001	0,987	0.062	0	9,9	11	0.539
	Fuerte	78,9	32	<0,001	0,984	0,059	-0,002	14,4	7	0,045
Años	Configural	54,5	14	<0,001	0,986	0.083	-	-	-	-
(18 a 39 frente a 40 y más)	Métrico	65,2	25	<0,001	0,986	0.062	0	10,7	11	0.471
	Fuerte	78,8	32	<0,001	0,986	0,055	0	7,6	7	0.364

1. *df* = grados de libertad; *CFI* = índice de ajuste comparativo; *RMSEA* = error cuadrático medio de aproximación; ΔCFI = variación del índice de ajuste comparativo; *DIFFTEST* = prueba de diferencia ANOVA

Validez convergente

El factor general así como los factores específicos (F1 y F2) presentan una correlación moderada con las variables relacionadas con el estrés postraumático ($r > 0,5$), y la relación de estas dimensiones es mayor en comparación con los síntomas depresivos y ansiosos. Los hombres tienen un coeficiente de correlación más bajo en comparación con las mujeres (ver figura 2). Los coeficientes de correlación del valor general (hombres y mujeres combinados) se encuentran en el Suplemento 1.

Figura 2.



Note: GF = General factor. F1 = First factor. F2 = Second factor. PTS = Posttraumatic Stress.

Correlación entre las dimensiones de la Escala Miedo a COVID-19 y síntomas depresivos, síntomas de ansiedad y estrés postraumático por sexo ($n = 832$). GF = factor general. F1 = primer factor. F2 = segundo factor. PTS = estrés postraumático

Fiabilidad

El factor general del FCV-19S ($\omega = 0,94$, $\alpha = 0,88$, 7 ítems), el factor específico de reacciones de miedo emocional (F1) ($\omega = 0,91$, $\alpha = 0,85$, 4 ítems), y el factor específico de somático las expresiones de miedo (F2) ($\omega = 0,89$, $\alpha = 0,83$, 3 ítems) tienen un nivel óptimo de consistencia interna. La correlación de ítems totales corregidos fue alta en todos los casos ($r_{\text{cit}} > 0.50$), y los valores de consistencia interna entre hombres y mujeres fueron los mismos.

Discusión

Hallazgos principales

Los resultados del presente estudio indican que la versión española del FCV-19S tiene buenas propiedades psicométricas y presenta evidencia de validez y confiabilidad. Por tanto, se recomienda su uso en diferentes contextos.

Los resultados de este estudio apoyan un factor general, compuesto por siete ítems, y dos factores específicos: reacciones de miedo emocional, compuesto por cuatro ítems, y expresiones somáticas de miedo al COVID-19, compuesto por tres ítems. Se pueden hacer comparaciones entre los trabajadores de la salud y la población en general, así como entre diferentes grupos de edad. Sin embargo, como lo demuestra el hecho de que no se satisfaga la invarianza de medición, los hombres y las mujeres tienen diferentes percepciones y temen al COVID-19, por lo que los análisis deben estratificarse por sexo.

Estructura factorial

Los resultados del AFC en este estudio sugieren el uso de un modelo bifactorial para análisis de escala (el factor general y los factores somáticos y emocionales específicos). Esto difiere de los análisis reportados en la escala de notificación estudio creación que los FCV-19S tiene una estructura unidimensional estable (Ahorsu et al. 2020; Sakib et al 2020). El primer factor incluye diferentes preocupaciones causadas por un factor emocional específico relacionado con COVID-19. El segundo factor específico incluye componentes somáticos

(sudoración, palpitaciones, insomnio). Debido a que existe una asociación lógica entre las manifestaciones psicológicas y somáticas, la evaluación de estos dos factores específicos tiene sentido. Los hallazgos de este estudio apoyan la idea de que el miedo al COVID-19 es una construcción multidimensional; por lo tanto, es útil emplear una puntuación de escala general para el factor general y puntuaciones separadas para cada factor específico.

Cabe señalar que las versiones árabe, turca y bengalí no informan las mismas GFI. En general, el modelo de dos factores de la versión en español del FCV-19S reporta ajustes similares de los índices CFI, TLI y SRMR en comparación con las otras versiones univariadas del FCV-19S. Sin embargo, la RMSEA no se ajustó adecuadamente; Los análisis en este estudio identificaron problemas de medición en los modelos unidimensionales y en los modelos bidimensionales de la escala basados en un RMSEA muy alto en la versión unidimensional. Este problema ha sido registrado en otro estudio (Alyami et al. 2020). Los intentos de solucionar este problema mediante el uso de errores correlacionados pueden estar inflando artificialmente los GFI. El uso del modelo bifactor proporciona una solución factorial más simple con GFI óptimos; esto supera las limitaciones identificadas en estudios previos que presentaban un RMSEA muy alto.

Invariancia

No se encontraron estudios que evaluaran la importancia de la invarianza factorial del FCV-19S, por lo que este es el primer estudio que afirma la capacidad de realizar comparaciones entre grupos utilizando esta escala. Los resultados de este estudio indican que hombres y mujeres entienden el constructo del miedo al COVID-19 de manera diferente y, por lo tanto, no son invariantes. Esto puede deberse a que las mujeres experimentan una mayor prevalencia de problemas emocionales basados en el miedo en comparación con los hombres (Villarreal-Zegarra y Bernabe-Ortiz 2020). Por lo tanto, la investigación posterior que incorpore el FCV-19S debe incluir análisis estratificados por sexo. Cabe señalar que otros instrumentos de evaluación del estudio psicométrico de problemas emocionales también han observado que el sexo no es invariante. Por ejemplo, el PHQ-9, un estudio que utilizó una Escala Breve de Síntomas Depresivos, encontró que

hombres y mujeres tenían entendimientos diferentes del mismo constructo y no se logró la invariancia (Baas et al. 2011). Sin embargo, hay algunas pruebas contradictorias; varios estudios han encontrado invariancia entre los sexos para problemas emocionales tales como síntomas depresivos utilizando el PHQ-9 (González-Blanch et al. 2018; Keum et al 2018; Villarreal-Zegarra et al. 2019).

Dado que los resultados de este estudio confirmaron que se pueden hacer comparaciones justas entre trabajadores sanitarios y no sanitarios y entre diferentes grupos de edad, se recomienda que los futuros usuarios de la escala se centren en estos análisis.

Validez convergente

Las correlaciones con PHQ-9, GAD-7 e IES-R sugieren que la versión española del FCV-19S tiene una adecuada validez convergente. Además, esto sugiere que las personas con miedo severo al COVID-19 tienen simultáneamente niveles más altos de ansiedad, depresión y angustia. Estos resultados son similares a los informados por Ahorsu et al., Quienes encontraron que el FCV-19S se correlacionó con la depresión y la ansiedad (medida con HADS) y la infectividad y aversión percibidas a los gérmenes (medida con PVDS) (Ahorsu et al. 2020). En un estudio utilizando la versión árabe, también se informó de una asociación entre las FCV-19S y los niveles de ansiedad y depresión medidos a través de HADS (Alyami et al. 2020). El miedo puede generar comportamientos negativos en la sociedad, y esas experiencias pueden evolucionar para incluir una variedad de problemas de salud mental pública, por ejemplo, depresión, ansiedad, angustia y otros (Shigemura et al. 2020).

Fiabilidad

La consistencia interna de los españoles FCV-19S fue de 0,87, que es similar a la 0,82 reportado para la escala original (Ahorsu et al. 2020), 0.88 para la versión Árabe (Alyami et al. 2020), 0,85 para el turco (Vendedor et al. 2020), 0.87 para la versión Bangla (Sakib et al. 2020), 0.81 para la versión rusa (Reznik et al. 2020), 0.86 para la versión hebreo (Tzur Bitan et al. 2020), y 0,87 para el Versión italiana

(Soraci et al. 2020). De la consistencia entre las versiones, se puede inferir que las mediciones del FCV-19S son inherentemente estables.

Relevancia para la salud pública

Eventos extraordinarios como las pandemias pueden generar miedo en la población y generar diversos problemas de salud mental. El miedo al COVID-19 probablemente se deba a su novedad e incertidumbres sobre la gravedad de las amenazas que plantea. La prioridad inmediata es la recopilación de datos de alta calidad sobre la salud mental y los efectos psicológicos de la pandemia de COVID-19 en la población general y en grupos específicamente vulnerables (p. Ej., Trabajadores de la salud, personas con síntomas físicos, población desempleada) (Holmes et al.2020; Wang et al.2020). Por lo tanto, el FCV-19S podría ayudarnos a encontrar personas con las mayores vulnerabilidades psicológicas, como la intolerancia a la incertidumbre y la vulnerabilidad percibida a la enfermedad (Asmundson y Taylor 2020). Sin una comprensión del miedo que evoca COVID-19 entre los diferentes grupos sociodemográficos, será difícil saber qué programas de prevención y educación son útiles y necesarios (Pakpour y Griffiths 2020). Con una base de comprensión correcta, los temores se pueden abordar de manera efectiva mediante la difusión de información relevante a través de varios medios (Chung-Ying 2020).

Fortalezas y limitaciones

Debido a los recursos limitados y la necesidad de generar rápidamente información sobre los efectos de esta pandemia en la salud mental, se empleó una estrategia de muestreo por conveniencia; como resultado, los hallazgos pueden no ser representativos de la población general. Además, como la mayor parte de la muestra estaba formada por participantes con formación universitaria y con un empleo formal, los resultados no deben ser generalizados. Las investigaciones futuras deberían evaluar la invarianza de medición de la versión en español del FCV-19S entre los participantes con menos educación, que están desempleados o empleados en trabajos informales o desempleados y que no tienen acceso a Internet. Este estudio no incluyó diagnósticos formales de problemas del estado de

ánimo, por lo que la sensibilidad y la especificidad no pudieron abordarse, pero deberían considerarse en investigaciones futuras. Finalmente, como estudio transversal, no se evaluó la estabilidad del FCV-19S a lo largo del tiempo y se requieren futuros estudios longitudinales. A pesar de estas limitaciones, este estudio proporciona información valiosa sobre la utilidad de la traducción al español del FCV-19S y su aplicación en la población peruana.

Conclusiones

En resumen, este estudio muestra que la versión en español del FCV-19S cuando se administró a una población limitada de Lima, Perú, demostró un modelo bifactorial con propiedades psicométricas adecuadas. Por tanto, se recomienda su uso dentro de la población general.

Anexo 3. Cuestionario FCV-19S

Escala Miedo al Coronavirus (COVID-19) – Versión Peruana (Huarcaya-Victoria, Villarreal-Zegarra, Podestá, Luna-Cuadros, 2020)

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. Carta de aceptación de realización de la investigación

Trujillo, 19 de setiembre del 2020

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR
INVESTIGACIÓN CON PERSONAL
POLICIAL

CARGO

CAP. WEIDER RODRIGUEZ ROJAS
CPNP BELLAVISTA – LA ESPERANZA

La suscrita, Milagros Cecilia Novoa Rojas, con DNI 45334471, licenciada en Psicología, con C.Ps.P. 20923 y estudiante de maestría de intervención psicológica de la Universidad César Vallejo, con respeto me presento y digo:

Me dirijo a usted para saludarle cordialmente, manifestándole reconocimiento por la labor prestada a nuestra comunidad dentro del marco del Estado de Emergencia y cuarentena debido a la pandemia del Covid-19, siendo esta una enfermedad fatal que ha causado pérdidas y generado impacto emocional en toda la población a nivel mundial, sobre todo al personal que se ha encontrado en primera línea de atención, como son los miembros de la fuerza policial.

Si bien es cierto, el personal policial está debidamente capacitado para afrontar diversas situaciones, sin embargo, este es un contexto excepcional que excede las capacidades de afrontamiento de los seres humanos, por lo que la solicitante se ha interesado en plantear y ejecutar un plan de soporte que tiene como objetivo: intervenir en el aspecto emocional, cognitivo y conductual, frente al miedo al Covid-19.

Siendo así, conforme a sus facultades como autoridad máxima de la dependencia policial que dirige, SOLICITO me conceda autorización para realizar la investigación denominada: "Programa basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual en el miedo al COVID-19, en el personal policial de la comisaría Bellavista de la Esperanza – 2020", por lo que requiero obtener información sobre el miedo frente a la enfermedad Covid-19 y poder coordinar acciones para mitigar el impacto del mismo, respecto del personal a su cargo.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para reiterarle mis sentimientos de especial consideración y estima personal.

Atentamente,




Lic. Milagros C. Novoa Rojas
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 20923

22 SET 2020
09.00 hrs.

Anexo 5. Carta de presentación



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

Trujillo, 03 de octubre de 2020

CARTA N° 037-V-2020/JEPGT-UCV

CAP. Weider Rodriguez Rojas

CPNP Bellavista - La Esperanza

Presente. -

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTOS PARA EL DESARROLLO DE TESIS

Es grato dirigirme a Ud. para saludarle cordialmente, y al mismo tiempo presentar a la estudiante **MILAGROS CECILIA NOVOA ROJAS**, del programa de **MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**, de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo.

La estudiante en mención solicita autorización para aplicar los instrumentos necesarios para el desarrollo de su tesis denominada **“PROGRAMA BASADO EN LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL EN EL MIEDO AL COVID-19 EN EL PERSONAL POLICIAL DE UNA COMISARÍA EN TRUJILLO – 2020”**, en la institución que Ud. Dirige.

El objetivo principal de este trabajo de investigación es diseñar un programa basado en la terapia racional emotiva conductual (TREC) para reducir el miedo al COVID-19 en el personal policial de una comisaría en Trujillo 2020.

Agradeciendo la atención que brinde a la presente, aprovecho la oportunidad para expresarle mi consideración y respeto.

Atentamente. -

DR. CARLOS ENRIQUE VÁSQUEZ LLAMO
JEFE DE LA ESCUELA DE POSGRADO-TRUJILLO
Universidad César Vallejo

ADJUNTO:

- Instrumentos de recolección de datos.

Anexo 6. Formulario de Google

docs.google.com/forms/d/1bt



Escala de miedo al Coronavirus (COVID-19)

(Huarcaya-Victoria et al. 2020)

***Obligatorio**

Dirección de correo electrónico *

Tu dirección de correo electrónico

Consentimiento informado

Estimado participante, el objetivo de esta investigación es diseñar un programa basado en la terapia racional emotiva conductual (TREC) para reducir el miedo al COVID-19 en el personal policial de una comisaría en Trujillo-2020. Para lo cual será necesario en primer lugar caracterizar el miedo al COVID-19 en el personal policial. Su participación consistirá en completar un cuestionario de 7 preguntas con 5 alternativas de respuesta, lo que le tomará un tiempo de entre 5 y 10 minutos. Es importante hacer de su conocimiento que los datos que nos proporcionará serán utilizados en los procedimientos estadísticos que requiere el estudio y que se encuentran bajo una cláusula de confidencialidad y serán usados sólo para el fin de esta investigación. Es necesario indicar que su participación es completamente voluntaria y no se registrarán las respuestas hasta que usted seleccione "enviar". Le agradezco anticipadamente su colaboración.

Acepto participar en esta investigación *

Sí

No

Sexo *

Femenino

Masculino

Edad *

De 18 a 25 años

De 26 a 40 años

De 41 a más años

Tiempo de trabajo como miembro de la policía: *

De 3 meses a 3 años

De 3 años a 6 años

De 6 años a 15 años

De 15 años a más

Siguiente

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Go Solicitar acceso de edición



Escala de miedo al Coronavirus (COVID-19)

Instrucciones

A continuación se le presentaran afirmaciones a las que usted deberá responder con lo que crea que es verdadero para sí mismo. Marque:
"Totalmente en desacuerdo" cuando considera que definitivamente no se asemeja a usted, "en desacuerdo" cuando no se asemeja a usted, "ni de acuerdo ni en desacuerdo" cuando no esté de acuerdo ni en desacuerdo, "de acuerdo" cuando se parece a usted o "totalmente de acuerdo" cuando realmente se asemeje a usted.

Atrás

Siguiente

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios



Sección sin título

Para poder visualizar todas las opciones de respuesta puede deslizar en su celular hacia la derecha.

*

35 puntos

Ni de acuerdo ni De Totalmente en acuerdo de acuerdo desacuerdo

Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando veo noticias o historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo ansioso(a) o nervioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo dormir por que tengo miedo de contagiarme del coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por su colaboración!

Ps. Milagros Novoa Rojas

Atrás

Enviar

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) -

Anexo 7. Propuesta

El programa basado en la terapia racional emotiva para el tratamiento del miedo al COVID-19 en personal policial de una comisaría en Trujillo, es una propuesta con relevancia a nivel mundial en las circunstancias que estamos atravesando.

En el Perú, actualmente (17 de diciembre del 2020), ya estamos experimentando los estragos de la segunda ola (Diario Gestión, 2020). Eso indica que sí el miedo se vuelve a reactivar frente a la enfermedad.

Como ya se dijo anteriormente, el personal que se encuentra en primera línea de intervención, personal de salud y personal policial empiezan a experimentar nuevamente en línea directa el impacto de esta pandemia. Por lo que se ha considerado necesario establecer un programa que reduzca el miedo y les permita enfrentar la situación de una manera que les permita conservar la salud, tanto física como mental y emocional.

El modelo de la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis que se ha considerado para esta investigación, es del enfoque cognitivo-conductual, y se ha elegido debido a que de acuerdo a sus fundamentos trabaja el pensamiento, las emociones y la conducta; además tiene como preceptos generar un cambio en el estilo de vida y que la práctica de los estamentos se pueda aplicar a diferentes áreas de la vida de la persona. Generando así independencia en su ejecución y promoviendo un estilo de vida saludable (Reyes et al., 2012).

Anexo 8. Programa de intervención psicológica

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Programa basado en la terapia racional emotiva para el tratamiento del miedo al COVID-19 en personal policial de una comisaría en Trujillo

I. DATOS GENERALES:

1.1. Autor(a): Ps. Milagros Cecilia Novoa Rojas

1.2. Participantes: personal policial de una comisaría en Trujillo.

1.3. N° de Participantes: 42 policías

1.4. N° de sesiones: 10

1.5. Enfoque Psicológico: Cognitivo Conductual – Terapia Racional Emotiva Conductual

1.6. Autor teórico: Albert Ellis (1973)

II. FUNDAMENTACIÓN:

Para el desarrollo de este programa, en primera instancia se obtendrá la línea base de la realidad problemática de los miembros de la fuerza policial en cuanto al miedo. Se examinarán los datos y se propondrá un programa que tiene por finalidad reducir el miedo a la enfermedad y le permitirá introducir estrategias en su vida cotidiana que le permitirán implementar estrategias en su forma de procesar la información de una manera más saludable frente a esta situación y frente a situaciones de similar envergadura.

Entonces el programa basado en la terapia racional emotiva conductual permitirá abarcar los pensamientos, las emociones y le permitirá establecer acciones que serán una respuesta más adaptativa frente a la coyuntura.

III. SUSTENTO TEÓRICO:

Este programa al estar basado en la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis y se trabajará de manera que se cumpla el objetivo de reducir el miedo a la

enfermedad pandémica del Covid-19. Para tener una noción clara de lo que vamos a abarcar definiré brevemente el miedo y el programa que se implementará.

Según Valero (2020) refiere que las circunstancias actuales en las que nos encontramos, las emociones relacionadas más frecuentes serán la ansiedad, la preocupación, el enfado, la tristeza y/o el miedo. Entonces para delimitar aún más nuestra investigación nos vamos a enfocar en el miedo.

El miedo es la emoción más primitiva del ser humano. Desde tiempos remotos, el miedo era el responsable de salvaguardar la vida de los seres humanos gracias a que les permitía responder frente a una situación que era considerada como riesgosa para la vida. El miedo es una emoción adaptativa que nos permite encontrar una respuesta frente a una situación que nos parece peligrosa.

Para intervenir en esta variable que es el miedo, se ha decidido utilizar el enfoque cognitivo conductual, en el modelo de la terapia racional emotiva conductual.

Las dos metas básicas que presenta el modelo TREC: mantenerse con vida y obtener el mayor bienestar posible evitando el malestar innecesario. En base a esas premisas básicas se presentará el esquema de trabajo para las sesiones con el personal policial con la finalidad de afrontar el miedo al Covid-19

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

- Mitigar el miedo en el personal policial de manera que la emoción permita una respuesta más adaptativa frente a la situación, brindándole estrategias de afrontamiento que incluyen el debate de pensamientos.

4.2 Objetivos Específicos:

- Generar un ambiente de confianza
- Determinar indicadores de miedo o indicadores de un cuadro clínico más elaborado en cada participante.
- Conocer acerca del miedo
- Reconocer el miedo a nivel corporal y fisiológico – autoconocimiento
- Fomentar la confianza en el futuro

V. ESTRUCTURACIÓN DEL PROGRAMA

SESIÓN 1: Adivinando			
OBJETIVO	INTERVENCIÓN	TÉCNICA	ACTIVIDADES
Generar un ambiente de confianza y colaboración entre los participantes	Intervención cognitiva	<ul style="list-style-type: none">- Presentación- Encuadre	<ul style="list-style-type: none">- Establecimiento de normas
	Intervención cognitivo – conductual	<ul style="list-style-type: none">- Dinámica mensaje equivocado	<ul style="list-style-type: none">- Interacción entre los participantes
	Intervención cognitivo – conductual	<ul style="list-style-type: none">- Dinámica adivina el personaje	<ul style="list-style-type: none">- Interacción entre los participantes

SESIÓN 2: Conociendo al contrincante 1			
OBJETIVO	INTERVENCIÓN	TÉCNICA	ACTIVIDADES
Informar con bases teóricas acerca del	Intervención cognitiva	<ul style="list-style-type: none">- Expositiva- Discusión y debate de creencias	<ul style="list-style-type: none">- Exposición teórica del miedo- Exposición teórica sobre los cuadros clínicos asociados al COVID

miedo y de sintomatología similar.	Intervención conductual	- Afrontamiento – exposición graduada	- Trabajo grupal acerca de los cuadros clínicos
	Intervención emocional	- Dinámica	- Dinámica del autoelogio.

SESIÓN 3: Conociendo al contrincante 2			
OBJETIVO	INTERVENCIÓN	TÉCNICA	ACTIVIDADES
Informar con bases teóricas acerca de la enfermedad del Covid-19	Intervención cognitiva	- Expositiva - Discusión y debate de creencias	- Aportes de los participantes acerca del Covid-19.
	Intervención conductual	- Afrontamiento – exposición graduada	- Se presentan las noticias acerca del Covid-19 de los últimos tiempos.
	Intervención emocional	- Distracción cognitiva imaginación	- Se les muestra una técnica para distraer la mente del evento o situación perturbadora.

SESIÓN 4: El modelo ABC

OBJETIVO	INTERVENCIÓN	TÉCNICA	ACTIVIDADES
Enseñar los lineamientos del modelo ABC del TREC	Intervención Cognitiva	- Teórica	- Se da a conocer la teoría de la terapia racional cognitiva conductual
	Intervención conductual	- Sesión de aprendizaje	- Los participantes exponen lo aprendido

SESIÓN 5: Tengo mi escaner corporal

OBJETIVO	INTERVENCIÓN	TÉCNICA	ACTIVIDADES
Reconocer a nivel fisiológico la emoción del miedo	Intervención emotiva	Escáner corporal	- Se apela al uso de la imaginación para localizar a nivel corporal el miedo.
	Intervención cognitiva	Discusión y debate de creencias	- Se les pide que manifiesten la experiencia y que aporten desde su perspectiva. Se debaten sus creencias.
	Intervención conductual	Ensayo de conducta	- Se trabajan las actividades más adaptativas frente a la experiencia del miedo.

SESIÓN 6: Venciendo al miedo

OBJETIVO	INTERVENCIÓN	TÉCNICA	ACTIVIDADES
Fomentar confianza en el futuro	Intervención cognitiva	Expositiva Análisis y evaluación lógica	- Asociación de palabras
	Intervención conductual	Ensayo de conducta	- Recopilación de datos
	Intervención emotiva	Hipnotrec	- Fomentar la seguridad y confianza en sí mismo y el futuro.

SESIÓN 7: Aceptando la incertidumbre

OBJETIVO	INTERVENCIÓN	TÉCNICA	ACTIVIDADES
Lograr reconocer que en la vida no existen certezas.	Intervención cognitiva	Expositiva Análisis y evaluación lógica	- Análisis de incongruencias a través del razonamiento inductivo y deductivo

	Intervención conductual	Ensayo de conducta	- Inversión del rol racional
	Intervención emotiva	Técnicas humorísticas	- Se les insta a crear una canción, un lema o un poema.

SESIÓN 8: Estoy comprometido con mi bienestar

OBJETIVO	INTERVENCIÓN	TÉCNICA	ACTIVIDADES
Lograr comprometerse a conductas o actividades benéficas para el (ella) mismo (a)	Intervención cognitiva	Entrenamiento en auto instrucciones	- Uso de tarjetas para apuntes para situaciones concretas de perturbación emocional
	Intervención conductual	Entrenamiento en auto refuerzos	- Establecer con el cliente tipos de refuerzos para la realización de determinadas tareas
	Intervención emotiva	Técnicas humorísticas	- Búsqueda de estrategias para interrumpir los pensamientos autodestructivos.

SESIÓN 9: Veo la vida con lentes de colores

OBJETIVO	INTERVENCIÓN	TÉCNICA	ACTIVIDADES
	Intervención cognitiva	Reducción de lo absurdo	- Se lleva al extremo sus creencias disfuncionales para que pueda ser capaz de reformularla

Desarrollar una actitud positiva frente a la vida	Intervención conductual	Auto refuerzo	- Establecer con el cliente tipos de refuerzos para la realización de determinadas tareas
	Intervención emotiva	Técnicas humorísticas	- Fomentar la calma y reírse de sí mismo.

SESIÓN 10:			
OBJETIVO	INTERVENCIÓN	TÉCNICA	ACTIVIDADES
Poner en práctica todo lo aprendido.	Intervención conductual	Entrenamiento en auto instrucciones	- Se les brinda la oportunidad de hacer afiches de lo aprendido. Se les pide que creen un lema
	Intervención cognitiva	Entrenamiento en auto instrucciones	- Cada uno reconoce los logros y menciona en el grupo un plan de acción para el futuro.

VI. DESARROLLO DEL PROGRAMA:

SESIÓN 1: Adivinando

Objetivo: Generar un ambiente de confianza y colaboración entre los participantes

Actividades:

1. Presentación:
 - Se presenta el programa a los participantes y se brinda información sobre la intervención, así también se informa sobre la relevancia de la misma.
2. Encuadre y establecimiento de normas:
 - Se realizará algunas recomendaciones para llevar a cabo durante las sesiones además se establecerán las normas de convivencia durante las mismas, haciendo énfasis en el respeto por las expresiones de los demás y la confidencialidad de la información que se desprenda de la experiencia de cada participante en las sesiones.
3. Dinámicas para generar confianza y colaboración entre los participantes:
 - Dinámica mensaje equivocado: Los participantes deberán ponerse en fila, la primera persona de la fila es quien recibe el mensaje directamente del facilitador. El que está primero en la fila le dirá el mensaje al segundo y así sucesivamente. El último deberá decir en voz alta el mensaje que le ha llegado. Se comparará lo que se había dicho al inicio con lo que se escuchó al final.
 - Dinámica adivina el personaje: Se les pide a los participantes que se sienten en círculo y se les explica que vamos a jugar a interpretar a personajes. Se elige a una persona al azar y se le indicará el nombre de otro participante, los demás irán haciendo preguntas que sólo podrán ser respondidas con sí o no.
4. Reflexión de la sesión:
 - Se invita ordenadamente a todos los participantes a relatar su experiencia en las actividades realizadas durante la sesión.

SESIÓN 2: Conociendo al enemigo 1

Objetivo: Informar con bases teóricas acerca del miedo y acerca de la enfermedad del Covid-19

Actividades:

1. Descarte psicopatológico:
 - Previamente preparada una lista de cotejo con los criterios diagnósticos de los cuadros clínicos de depresión, ansiedad y reacción a estrés agudo, se les brinda a los participantes para que puedan responder. Esto se hace con la finalidad de descartar un cuadro clínico que se pueda estar intensificando con la situación pandémica que estamos viviendo y en ese caso poder prestar atención a la sintomatología que presenta el participante; de tal manera, tener cuidado o tener en consideración las dificultades que lo aquejan para el momento de empezar a trabajar el programa.
2. Se brinda una charla expositiva acerca de los cuadros clínicos que se asocian al miedo.
3. Trabajo de equipo:
 - Se agrupan a los participantes en grupos de 5 y se les indica la siguiente consigna: indicar la diferencia entre miedo, ansiedad, depresión y reacción a estrés agudo.
 - Luego de ellos expone un representante de cada grupo
 - Finalmente se hace un feedback de lo aprendido.
4. Se trabaja la dinámica del autoelogio:
 - La dinámica consiste en hacerle frente a las situaciones, por ende, pensamientos negativos con autoelogios que permitan recordar al participante que posee cualidades que le ayudan a hacerle frente a las situaciones que acontecen. Para ello se le pide a cada participante que le pregunte al siguiente: ¿Cuáles son los atributos o características físicas que mas le gustan de sí mismo?, ¿Cuáles son las dos características de su personalidad que le agradan de sí mismo?, ¿En qué situaciones estas características han sido beneficiosas para afrontar

una situación difícil? ¿Qué capacidad le agrada de sí mismo?

SESIÓN 3: Conociendo al enemigo 2

Objetivo: Informar acerca del COVID-19

Actividades:

1. Se indica que se agruparan en grupos de 5 personas. Las 5 personas se encargarán de colocar en papelotes toda la información que tengan del COVID-19. Luego cada representante del grupo compartirá la información que han detallado. De la información que han compartido, en grupo, se instará a distinguir lo que es noticia de lo que es un mito.
2. Se les brinda recortes de noticias relacionadas al COVID y se les enseña a debatir los pensamientos alrededor de la situación a través de la técnica del ABC de Albert Ellis. Para ello se hará una muestra en un papelote y luego se indicará que trabajen individualmente estas creencias relacionadas. Posteriormente comentarán sus experiencias.
3. Se les enseña una técnica cognitivo-conductual denominada stop, para cuando estos pensamientos intrusivos merodeen su cabeza, tendrán herramientas para usarlos.

SESIÓN 4: El modelo ABC

Objetivo: Enseñar los lineamientos del modelo ABC del TREC

Actividades:

1. Mediante una sesión teórica se explica la terapia racional emotivo conductual y luego el modelo ABC que consiste en:
 - A. Acontecimiento
 - B. Creencias
 - C. Consecuencias
 - D. Debate de las creencias

2. Se forman grupos de 5 personas y se les pide que realicen una exposición del tema
3. Se realiza un feedback de lo aprendido

SESIÓN 5: Escaner corporal

Objetivo: Reconocer a nivel fisiológico la emoción del miedo

Actividades:

1. Recordamos lo aprendido la sesión anterior e invitamos a los participantes a que indiquen algunas oportunidades en las que ha sido necesario aplicar la técnica del stop.
2. Explicamos acerca de como se experimenta el miedo a nivel fisiológico.
3. Escaneo corporal: Se les pide a los participantes que se tumben en el piso, se coloquen cómodos, se les enseña la técnica de respiración apropiada para el ejercicio y se empieza con la dinámica del escaneo corporal indicándoles que deben estar con los ojos cerrados y concentrarse en las indicaciones que se les brinda.
4. Posteriormente al ejercicio, se les invita a que cuenten su experiencia y comenten sus sensaciones, de esta manera aportaran desde su perspectiva.
5. Se les insta a debatir las creencias o mitos que surjan en la práctica a través del método ABC de Albert Ellis.
6. Luego se les brinda papelotes que se repartirán en 5 grupos de 5 participantes y ellos plantearán actitudes de afrontamiento más útiles frente al miedo.

SESIÓN 6: Venciendo el miedo

Objetivo: Fomentar la confianza en el futuro

Actividades:

1. Recordamos la sesión anterior y contamos las experiencias de práctica durante el transcurso de la semana.
2. Se expone acerca de las reacciones que genera el miedo y de la utilidad o

- no que genera de acuerdo a ello.
3. Los participantes se reúnen en grupos y discuten situaciones en las que el miedo les ha sido útil y también discuten de oportunidades en las que el miedo no les ha sido útil.
 4. Se enfatizan los logros anteriores, las historias de éxito pasadas.
 5. Se les invita a anticipar las consecuencias positivas del éxito. Se pide voluntarios para contar la experiencia.
 6. Se reúnen en grupos y se les indica que realizarán un plan de autocuidado, favoreciendo que la situación sea interpretada como un desafío estableciendo objetivos realistas y enfatizando el control personal de la enfermedad.
 7. Se aplica la técnica de hipnosis para fomentar la seguridad y confianza en el futuro (hipnotrec).

SESIÓN 7: Aceptando la incertidumbre

Objetivo: Lograr reconocer que en la vida no existen certezas

Actividades:

1. Se socializa lo acontecido la sesión anterior y lo puesto en práctica durante la semana.
2. Se explican las creencias irracionales, haciendo énfasis en el pensamiento dicotómico.
3. Se pide voluntarios para dar ejemplos de pensamiento dicotómico.
4. Se pide voluntarios para dar ejemplos dicotómicos relacionados al COVID-19.
5. Se reestructura ideas polarizadas o distorsiones (adivinación de futuro, generalización) para que los participantes toleren una emoción ajustada a la realidad y no intensificada por distorsiones.
6. Se buscan pensamientos con anticipaciones negativas para poder reestructurarlos usando la técnica del debate socrático.
7. Se les reúne en grupos y se les pide que generen alternativas o soluciones

en pequeñas acciones para manejar la incertidumbre.

8. En los mismos grupos se les invita a crear un lema o un poema.

**SESIÓN 8: Estoy comprometido con mi
bienestar**

Objetivo: Lograr comprometerse a conductas o actividades benéficas para el (ella) mismo (a).

Actividades:

1. Se realiza la dinámica ¿Quién se atreve? Esta dinámica consiste en que el facilitador comienza pidiendo un número de 3 voluntarios acorde con el tamaño del grupo (mínimo 3 y de ser posible más) Una vez que se ha conseguido el número de participantes voluntarios, se explica que no se trataba de conseguir personas para una actividad o juego específico, si no que lo que se busca es generar un debate sobre las resistencias y miedos que aparecen. Entonces, se pide a todo el grupo que se sienten en el suelo y que por turnos expliquen los que salieron, qué motivaciones tuvieron para salir, qué pretendían al ser voluntarios. Todos los que no se atrevieron también explican sus pensamientos y que les hizo quedarse inmóviles. El objetivo de esta dinámica es que por sí misma facilite la idea de que es más fácil estar motivado y participar, cuando sabemos que se espera de nosotros. Que el compromiso es uno de los indicadores definitivos de nuestra motivación: es decir, cuando estamos motivados, nuestro nivel de compromiso es muy alto, y sólo podemos comprometernos con convicción a algo cuando se tiene el objetivo suficientemente claro.
2. Dinámica buscando soluciones: Se les indica a los participantes que deberán sentarse en el suelo, en una postura cómoda, entonces cada participante anotará en una hoja 3 debilidades o limitaciones que posea (que estén relacionadas con tener un estilo de vida saludable), posteriormente el facilitador recogerá las hojas y las mezclará para luego repartirlas. Cuando todos vuelvan a tener una hoja en sus manos, diferente a la suya, leerán lo que dice en la hoja en voz alta “haciéndolas propias” y a la vez “poseedores”

de ideas para mejorar o superar estas limitaciones o debilidades. Cuando todos terminan se hace un feedback de lo conversado y se hace énfasis en que todos tenemos algo que mejorar y que las soluciones se pueden aportar de diferentes maneras y estas finalmente, suelen funcionar como estrategias motivadoras.

SESIÓN 9: Veo la vida con lentes de colores

Objetivo: Desarrollar una actitud positiva frente a la vida

Actividades:

1. Se pone en práctica lo aprendido, se utiliza la técnica de la reducción de lo absurdo. Se identifican sus creencias disfuncionales con respecto al problema del miedo al COVID-19, y a través del modelo ABC se les invita a reformularlos. Esto lo harán en grupos de 3 personas para luego exponer sus trabajos en un pleno.
2. En grupos de 3 personas se planifican refuerzos a determinadas tareas (que sean de la elección de cada uno). Algunas ideas:
 - Para ello se tendrá en cuenta lo siguiente: Cada vez que se finalice una tarea se buscará algún aspecto positivo sobre la ejecución de la misma.
 - Programarse descansos en varios momentos del día.
3. Entrenamiento en inoculación al estrés y autoinstrucciones. Para ellos se reúnen en grupos de 3 personas. Cada quién anotará en una hoja:
 - La definición de las situaciones que le producen estrés - miedo.
 - Luego elaborarán un plan general de afrontamiento
 - Reinterpretarán el miedo como algo positivo, para ello harán uso de las autoinstrucciones.
 - Harán un plan en caso de aumentar la sintomatología.
 - Y por último se elaborarán frases de autorefuerto evaluando objetivamente el suceso.
4. Finalmente se hará un feedback de lo experimentado y se les remitirá la

tarea para la semana

SESIÓN 10: Sesión de cierre

Objetivo: Poner en práctica todo lo aprendido.

Actividades:

1. Se tomará el post test para identificar el nivel de miedo que presentan ahora, después de la aplicación del programa.
2. Dinámica de cierre:
El facilitador/a le pide a todos los participantes que de manera individual reflexionen sobre algunas preguntas como por ejemplo: que cosas aprendieron del programa, que cosas están siendo útiles actualmente en su vida, que se lleva de la experiencia y del compartir con sus compañeros. Luego se van a formar grupos de 5 personas y se les indicará que hagan un afiche por equipo, para ello se les dará cartulinas, plumones, catálogos, periódicos, etc. La consigna es que en el afiche plasmen las respuestas a las preguntas que se les hicieron en una primera instancia y respondieron de manera individual, para ello tendrán que ponerse de acuerdo primero. Posteriormente se presentarán los quipos en el grupo grande.
3. Para finalizar se les pide a los participantes que se reúnan en círculo y se les entrega un vaso de jugo con la intención de hacer un brindis. Antes de brindar cada uno mencionará su experiencia en el programa y el plan de acción a partir de ahora. Cuando todos hayan finalizado, se realizará el brindis.

Anexo 9. Figuras

Figura 3. *Distribución según niveles de la variable miedo al Covid-19 en una muestra de personal policial de una comisaría en Trujillo.*

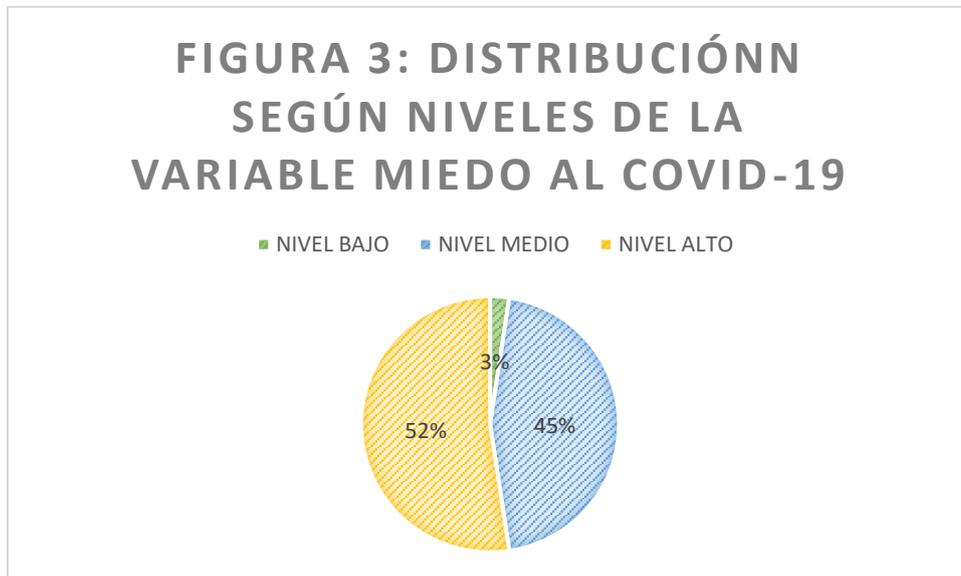


Figura 4. *Distribución según niveles de la dimensión 1, reacciones al miedo emocional en una muestra de personal policial de una comisaría en Trujillo.*

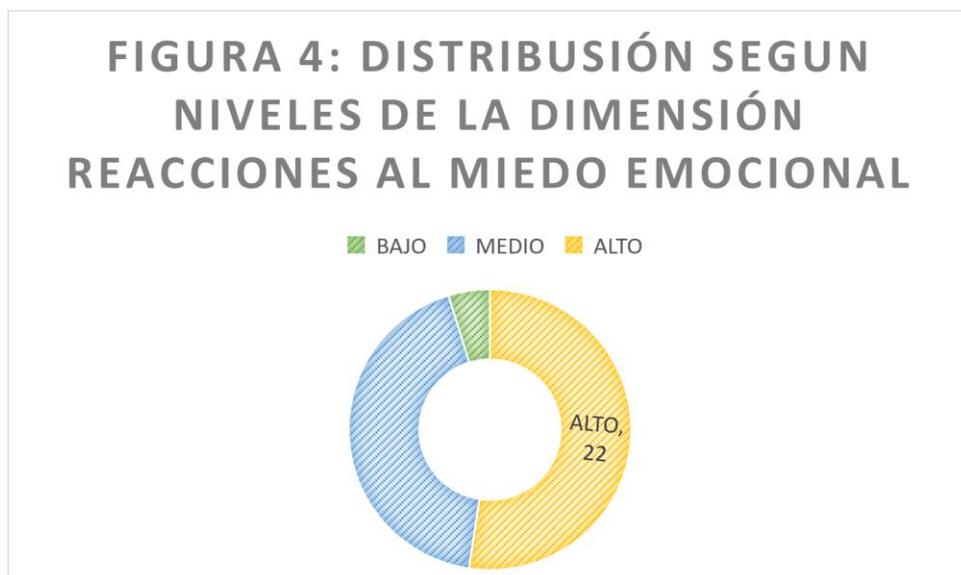


Figura 5. *Distribución según niveles de la dimensión 2, expresiones somáticas del miedo en una muestra de policías de una comisaría en Trujillo*

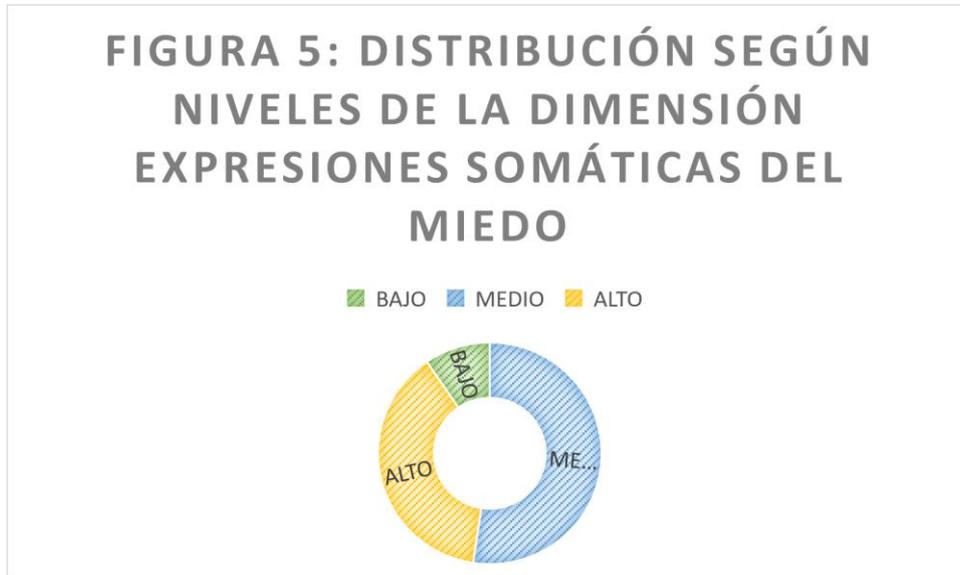


Figura 6. *Distribución de personas encuestadas de acuerdo al tiempo de servicios, en una muestra de policías de una comisaría en Trujillo.*

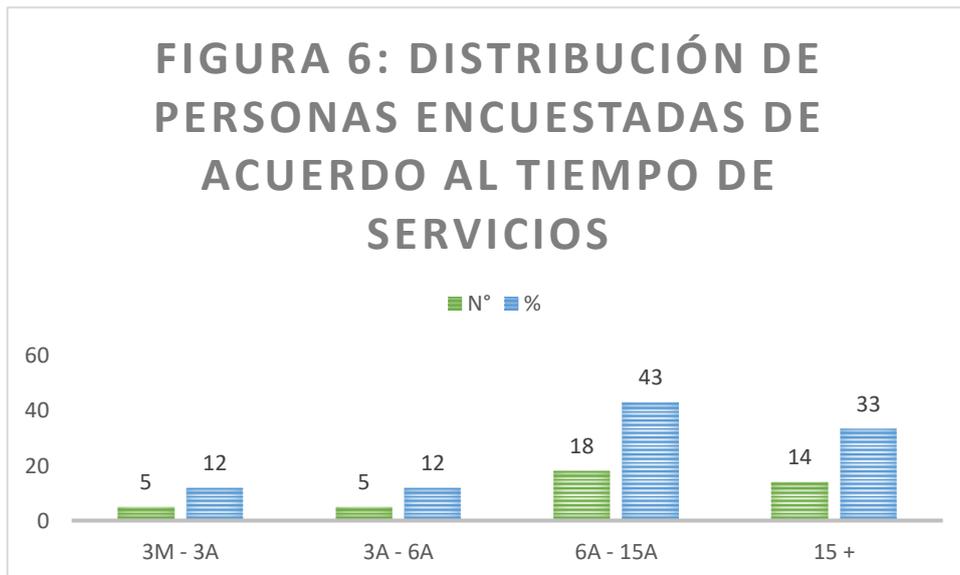


Figura 7. *Distribución de personas encuestadas de acuerdo al grupo etareo*

