

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y
Humanidades
Escuela Profesional de Psicología



**CORONAFOBIA, SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PERUANA Y
MEXICANA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**Garcia Bringas, Diana Lucia de
los Angeles**

Meza Astorga, Adriana Carolina

Para optar el Título Profesional de:
Licenciada en Psicología

Asesor:

**Mg. Ramos Vargas, Luis
Fernando**

Arequipa- Perú

2022

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PSICOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 30 de Mayo del 2022

Dictamen: 004061-C-EPSIC-2022

Visto el borrador del expediente 004061, presentado por:

2016601112 - GARCIA BRINGAS DIANA LUCIA DE LOS ANGELES

2016600302 - MEZA ASTORGA ADRIANA CAROLINA

Titulado:

**CORONAFOBIA, SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PERUANA Y MEXICANA DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1653 - VILCHES VELASQUEZ FLOR ALEIDA
DICTAMINADOR**



**1785 - GUZMAN GAMERO RUFINO RAUL LIZANDRO
DICTAMINADOR**



**3154 - GOMEZ CORNEJO BAZAN ROSALUZ YANET
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

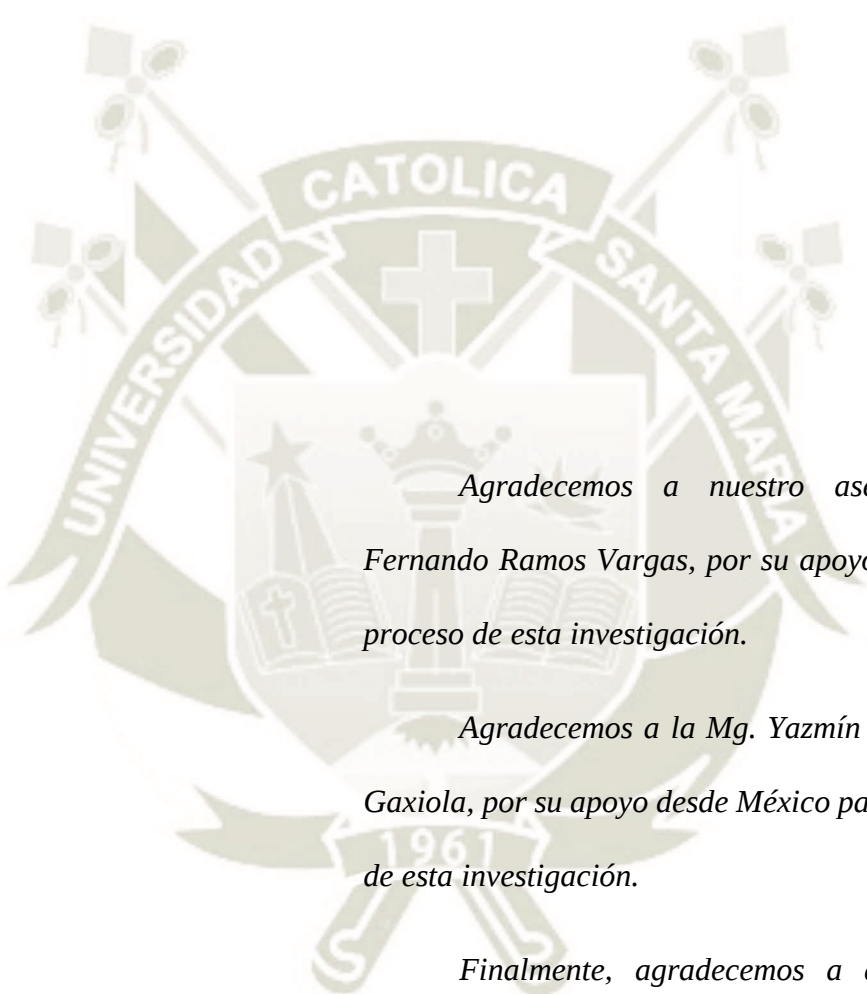
Dedico con mucho cariño este trabajo a mis padres, por siempre estar para mí, apoyándome y dándome consejos. A mi Tía María por ser un guía en mi vida estudiantil y personal, gracias por ser un pilar fundamental en el logro de mis objetivos; gracias por el amor incondicional que me dan. También lo dedico a mis hermanos Andrea y Álvaro por estar a mi lado siempre. Finalmente agradezco a mis amigos por escucharme y ayudarme, especialmente a mi compañera de tesis por estar conmigo en este viaje llamado universidad.

Adriana Carolina Meza Astorga

Dedico esta tesis a mis padres, quienes están siempre a mi lado, me impulsan a salir adelante y a cumplir todas las metas que me planteo. De igual manera lo dedico a mis amigos que siempre creyeron en mí, a los docentes que me acompañaron durante la carrera, a mis compañeros y a todos aquellos que fueron parte de esta tesis en particular a mi compañera de tesis por el tiempo y dedicación que le pusimos a este trabajo y por su amistad incondicional.

Diana Lucia Garcia Bringas

AGRADECIMIENTOS



Agradecemos a nuestro asesor Mg. Luis Fernando Ramos Vargas, por su apoyo constante en el proceso de esta investigación.

Agradecemos a la Mg. Yazmín Evelia Gonzales Gaxiola, por su apoyo desde México para la realización de esta investigación.

Finalmente, agradecemos a ambas Escuelas Profesionales de Psicología por ser partícipes en la presente.

RESUMEN

En la presente investigación se tuvo como objetivo determinar si existe una correlación entre coronafobia y la sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva en estudiantes de Psicología de una universidad peruana y mexicana durante la pandemia por Covid-19; para ello se utilizó un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental de tipo transeccional correlacional en una muestra de 581 personas dividiéndose en 282 estudiantes peruanos y 299 estudiantes mexicanos con edades de entre 18 y 30 años; para ello se utilizaron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y el cuestionario Fear of Covid-19 Scale (FCV-19). Para el análisis de los datos se usó el programa estadístico Jamovi en la versión 1.2.27. En los resultados se encontró una correlación positiva entre las variables de coronafobia, sintomatología ansiosa ($\rho=.18$, $p<.001$) y sintomatología depresiva ($\rho=.365$, $p<.001$) en la población general. Además, se evaluó los niveles elevados de las tres variables en función al sexo, número de convivientes en el hogar, número de familiares contagiados, familiares fallecidos, su ocupación y si han sido vacunados. Y por último, se realizó una comparación entre los resultados obtenidos en ambos países, donde se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la cantidad de estudiantes con presencia de sintomatología ansiosa ($X^2 = .033$) y diferencias que no fueron estadísticamente significativas en cuanto a coronafobia ($X^2 = .088$) y sintomatología depresiva ($X^2 = .611$).

Palabras clave: Coronafobia, Sintomatología ansiosa, Sintomatología depresiva, estudiantes, pandemia, Covid-19.

ABSTRACT

The present research had the objective of determining a possible correlation between coronaphobia and anxious and depressive symptomatology in psychology students of a Peruvian and Mexican university during the Covid-19 pandemic; For this purpose, we used a quantitative approach with a non-experimental design of transectional correlational type in a sample of 581 students divided into 282 Peruvian students and 299 Mexican students between 18 and 30 years of age; we used the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Fear of Covid-19 Scale (FCV-19) questionnaire. For the data analysis, we used Jamovi statistical software version 1.2.27. The results showed a positive correlation between the variables of coronaphobia, anxious symptomatology ($\rho=.18$, $p<.001$) and depressive symptomatology ($\rho=.365$, $p<.001$) in the general population. In addition, the high levels of the three variables were evaluated according to sex, number of people living in the household, number of family members infected, deceased family members, their occupation and if they had been vaccinated. Finally, we compared the results obtained in both countries, where we found a statistically significant difference in the number of students with anxious symptoms ($X^2 = .033$) and non-statistically significant differences in coronaphobia ($X^2 = .088$) and depressive symptoms ($X^2 = .611$).

Key words: Coronaphobia, Anxious symptomatology, Depressive symptomatology, students, pandemic, Covid-19.

ÍNDICE

DICTAMEN APROBATORIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	4
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
VARIABLES	5
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	5
Variable 1. Coronafobia.....	5
Variable 2. Sintomatología Ansiosa	5
Variable 3. Sintomatología Depresiva	6
OBJETIVOS	6
Objetivo General	6
Objetivos específicos	6
ANTECEDENTES TEÓRICO-INVESTIGATIVOS	8
Coronafobia.....	8
Sintomatología Depresiva	10
Sintomatología Ansiosa	12
Coronafobia, Sintomatología ansiosa y depresiva	14
HIPÓTESIS	19
CAPITULO II: MÉTODO	20
INSTRUMENTOS	21
The Fear of Covid-19 Scale (FCV-19S)	21

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)	22
PARTICIPANTES	23
Población.....	23
Muestra	23
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	25
Tabla 1	25
PROCEDIMIENTO.....	26
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
ANÁLISIS DE DATOS.....	27
CAPITULO III: RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES	57
SUGERENCIAS.....	58
LIMITACIONES.....	59
REFERENCIAS.....	59
ANEXOS	69
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	70
ANEXO 2: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA.....	70
ANEXO 3: ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS).....	73
ANEXO 4: CUESTIONARIO FEAR OF COVID-19 (FCV-19).....	75

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Datos sociodemográficos	25
Tabla 2: Prueba de normalidad Shapiro-Wilk.....	29
Tabla 3: Correlación entre Coronafobia, S. Ansiosa y S. Depresiva- Perú-México	30
Tabla 4: Correlación entre Coronafobia, S. Ansiosa y S. Depresiva- Perú.....	31
Tabla 5: Correlación entre Coronafobia, S. Ansiosa y S. Depresiva-México	32
Tabla 6: Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y sexo - Perú.....	33
Tabla 7: Coronafobia, sintomatología ansiosa , sintomatología depresiva y Familiares contagiados - Perú.....	34
Tabla 8: Coronafobia, sintomatología ansiosa , sintomatología depresiva y convivientes con Covid-19 - Perú	35
Tabla 9: Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y Familiares fallecidos - Perú.....	36
Tabla 10: Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y Personas vacunadas – Perú.....	37
Tabla 11: Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y ocupación - Perú	38
Tabla 12: Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y sexo - México ..	39
Tabla 13: Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y Familiares contagiados - México.....	40
Tabla 14: Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y convivientes con Covid-19 - México	41
Tabla 15: Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y Familiares fallecidos - México.....	42
Tabla 16: Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y Personas vacunadas – México.....	43
Tabla 17: Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y ocupación - México	44
Tabla 18: Coronafobia entre México y Perú	45
Tabla 19: Sintomatología ansiosa entre México y Perú.....	46
Tabla 20: Sintomatología depresiva entre México y Perú.....	47

Introducción

A finales del 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (China) informó sobre 27 casos de etiología desconocida (los cuales presentaban en común la asistencia a un mercado mayorista de pescados, mariscos y animales vivos), donde posteriormente se identificó el contagio del virus SARS-Cov-2 generando así la enfermedad denominada Covid – 19 (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2020). Posteriormente el Director General de la OMS la declaró una pandemia mundial el 11 de marzo del 2020, debido a este acontecimiento se buscó maximizar las medidas de cuidado en diferentes países del mundo para evitar una creciente propagación de la enfermedad en la población.

El 27 de febrero del 2020 en Ciudad de México se reportaron los tres primeros casos positivos de Covid-19; ante la alerta por la cantidad de contagios el 23 de marzo el gobierno mexicano establece el programa “*Sana distancia*” teniendo como principales acciones la suspensión de clases en escuelas y universidades a nivel nacional, así como la suspensión de actividades no esenciales u actividades que generasen aglomeración de personas. (Gobierno de México, 2020).

Meses después, el 6 de marzo del 2020, en Perú se presenta el primer caso confirmado de Covid-19. El día 16 de marzo del 2020 con 86 casos positivos el gobierno peruano establece la medida de contención denominada “*Aislamiento social obligatorio*” y el inicio del estado de emergencia nacional donde quedaban restringidos los derechos constitucionales con respecto a la libertad y seguridad personal además de la inmovilidad obligatoria, solo pudiendo transitar para fines de adquisición de productos esenciales (Gobierno del Perú, 2020).

Como hemos podido apreciar estos últimos años, el impacto en el sistema educativo fue global. Según las estimaciones de la Jhon Hopkins University (2020) más de 1.500 millones de estudiantes de 165 países no pueden asistir a los centros de enseñanza debido a la Covid-19, obligando a la colectividad académica internacional a investigar nuevas líneas de enseñanza y aprendizaje, incluida la educación a distancia en línea, los retos se acrecentaron tanto para los alumnos como para padres de familia y profesores; implicando así un compromiso por parte del estudiante buscando la adquisición de autonomía y responsabilidad; a pesar de que existen varios factores que dificultan esta labor, el estar encerrados la gran parte del día, no interactuar con más personas fuera de su ambiente familiar, estar constantemente sentados frente al computador, las distracciones constantes que existen en el internet, problemas de conectividad, una rutina repetitiva, entre otros.

La pandemia por Covid-19 ha cambiado la vida como la conocíamos, forzándonos a modificar nuestros hábitos de limpieza, rutinas diarias y obligándonos a ejercer el distanciamiento social como la principal táctica para evitar ser una cifra más en las estadísticas de infección, este virus trajo consigo muchos problemas psicológicos y consecuencias importantes en términos de salud mental como estrés, ansiedad, depresión, frustración e incertidumbre que fueron surgiendo gradualmente, las reacciones psicológicas a la pandemia pueden variar desde un comportamiento de pánico o histeria colectiva a sentimientos generalizados de desesperanza y desesperación que están asociados con resultados negativos.

A raíz de las causas ya expuestas, las autoras del presente estudio consideramos de alta importancia poder evaluar las afectaciones psicológicas causadas por la pandemia de Covid-19; además de investigar cómo la salud mental de los estudiantes latinoamericanos universitarios se ha visto afectada, con la finalidad de determinar si existe una correlación entre la coronafobia y

la sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva en estudiantes de Psicología de una universidad peruana y mexicana, logrando así conocer los resultados de una muestra de dos países con comunidades socioculturalmente similares, las cuales tuvieron que afrontar de manera inesperada una pandemia mundial que desdichadamente, deja a su paso un golpe económico, educativo y social.

Adicionalmente se busca instar a la sociedad de investigación peruano-mexicana a fortalecer los lazos de integración y desarrollo intelectual. Como destacó el portal de la UAM en una pregunta hacia el embajador de México en Perú Víctor Hugo Morales Meléndez “los encuentros interuniversitarios son siempre relevantes para el diálogo, la reflexión y la formulación de nuevas propuestas de acción, más aún si se considera que las dos naciones son muy cercanas en historia y en cultura.” (*La UAM y La UNMSM Crearán El Centro de Estudios Comparativos México-Perú*, n.d.). De tal manera se aportaron a la comunidad nuevos datos científicos sobre los efectos psicológicos negativos en la población estudiantil universitaria que se desarrollaron estos últimos años; brindando aportes científicos que desarrollen posibles futuras nuevas líneas de investigación.



CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

Problema de investigación

¿Existe una correlación entre la coronafobia, la sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva en estudiantes de Psicología de una universidad peruana y mexicana durante la pandemia por Covid-19?

Variables

Definición operacional de las variables

Variable 1. Coronafobia

Según Arora et al. (2020) coronafobia es una respuesta excesiva desencadenada por el miedo a contraer el virus que causa la Covid-19, lo que conduce a una preocupación excesiva acompañada por los síntomas fisiológicos que aumentan las conductas y la búsqueda de seguridad al igual que la evitación de lugares públicos y situaciones.

La variable fue medida a través de la escala Fear of Covid-19 Scale (FCV-19S) donde surgirán las puntuaciones totales de 7 a 35, donde la mayor puntuación sugiere mayor miedo al Covid-19.

Variable 2. Sintomatología Ansiosa

Según Beck & Emery (1985) La sintomatología ansiosa es la alteración del afecto subjetivamente desagradable, la cual está caracterizada por una sensación de tensión, nerviosismo y otros síntomas fisiológicos.

La variable de sintomatología ansiosa fue medida a través de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) con las subescalas que miden la sintomatología ansiosa (HADS –A) donde la puntuación mínima es de 0 hasta la máxima de 21 puntos siendo la

calificación de 0 a 7 normal, de 8 a 10 como posible caso, y de 11 a más como presencia de sintomatología ansiosa.

Variable 3. Sintomatología Depresiva

Beck et al. (1996) definen la sintomatología depresiva como una alteración del estado de ánimo persistente, caracterizado por un bajo estado de ánimo e incidentes en las esferas del pensamiento, conducta y actividad psicomotora que posee efectos somáticos.

La variable de sintomatología depresiva fue medida a través de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) con la subprueba que mide la sintomatología depresiva (HADS –B) donde la puntuación mínima es de 0 hasta la máxima de 21 puntos siendo la calificación de 0 a 7 normal, de 8 a 10 como posible caso, y de 11 a más como presencia de sintomatología depresiva.

Objetivos

Objetivo General

Determinar si existe una correlación entre la coronafobia, la sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva en estudiantes de Psicología de una universidad peruana y mexicana durante la pandemia por Covid-19.

Objetivos específicos

- Determinar si existe una correlación entre la coronafobia, la sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva en estudiantes de Psicología de una universidad peruana durante la pandemia por Covid-19.

- Determinar si existe una correlación entre la coranafobia, la de sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva en estudiantes de Psicología de una universidad mexicana durante la pandemia por Covid-19.
- Establecer los niveles de coranafobia, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva en Estudiantes de Psicología de una universidad peruana durante la pandemia por Covid-19, en base a los datos sociodemográficos de sexo, número de convivientes en el hogar, número de familiares contagiados, familiares fallecidos, su ocupación y si han sido vacunados.
- Establecer los niveles de coranafobia, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva en Estudiantes de Psicología de una universidad mexicana durante la pandemia por Covid-19, en base a los datos sociodemográficos de sexo, número de convivientes en el hogar, número de familiares contagiados, familiares fallecidos, su ocupación y si han sido vacunados.
- Comparar los niveles de coranafobia, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva en Estudiantes de Psicología de una universidad peruana y mexicana durante la pandemia por Covid-19.

Antecedentes teórico-investigativos

Coronafobia

Desde la aparición de la Covid-19 a nivel mundial se han generado secuelas tanto físicas como emocionales, generando que la salud mental de la población general se vea afectada por pensamientos e información asociada a la nueva enfermedad, formando en la población general un miedo excesivo e incontrolable por no contraer el virus y por los estragos generados a nivel mundial a raíz de la pandemia.

Asu vez, Arora et al. (2020) nos mencionan tres componentes esenciales que refuerzan el proceso del miedo. Primeramente, desde el área Fisiológica, donde podemos ver una respuesta de lucha o huida frente a una situación de peligro, donde se puede activar diferentes procesos fisiológicos (palpitaciones, sudoraciones, problemas para respirar, etc.). Continuando con el área Cognitiva; donde encontramos rumiaciones del tipo catastróficas; “me contagiaré, mi familia enfermará”, lo cual, desencadena respuestas emocionales de tristeza, impotencia, etc. Y finalizando con el área comportamental, se describe las conductas evitativas, por ejemplo, el transporte público, tocar superficies no desinfectadas, hacer cola, salir a reuniones públicas, entre otros. Además de tener conductas de seguridad como lavarse constantemente las manos, desinfectar, y conductas tranquilizadoras como controlar los signos vitales y/o automedicarse, etc.

Este temor extremo puede ser clasificado dentro de las fobias específica ya que según la American Psychological Association (2014) una fobia es el temor persistente e irracional sobre una situación específica, objeto o actividad, la cual se evita o se soporta con una marcada angustia. Es así como a finales del año 2019 e inicios del 2020 se comienza a usar el término coronafobia, el cual según Arora et al. (2020) se puede definir como la respuesta excesiva y

desencadenada por el miedo a contagiarse, la cual genera una preocupación excesiva acompañada por sintomatología fisiológica, estrés significativo sobre la pérdida personal y ocupacional así como un aumento de las conductas de seguridad y evitación de lugares públicos causando un marcado deterioro en el funcionamiento de la vida cotidiana.

Lee (2020) en su estudio halló que durante el brote de esta pandemia la población universitaria fue la más afectada debido a que corren un alto riesgo de sufrir depresión leve, desesperanza, ansiedad, ideación suicida y deficiencias funcionales las cuales se encuentran ligadas a la coronafobia. Por su parte Uvais (2021) realizó un estudio donde se evaluó a estudiantes universitarios en el cual se encontró que la mayoría de los evaluados tenía un nivel significativo de coronafobia, además observó que el nivel de coronafobia era mayor entre las mujeres evaluadas.

Se sabe que América Latina se encuentra en el puesto tres con respecto a los continentes con mayor afección por la pandemia de Covid-19. Entre estas afecciones la que más resalta en esta pandemia fue el deterioro de la salud mental en la población, los diferentes sucesos que se tuvo causaron niveles altos de miedo lo cual generó a la larga afecciones psicológicas como la ansiedad, estrés, depresión entre otros. En un estudio Moya-Salazar et al. (2021) analizó los niveles de miedo al Covid-19 en diferentes países como Argentina, Bolivia, Colombia, España, Guatemala, México, y Perú; donde encontró niveles bajos de miedo al Covid-19 en todos los países evaluados esto indica que es debido a que no existe una contextualización de las conductas de miedo como parte del bienestar psicológico de las personas. Entre los ítems evaluados en el cuestionario resalta que el 30% de los evaluados en todos los países indicó estar de acuerdo con el ítem de “tener miedo al coronavirus” y el 26% está de acuerdo con “tener miedo a perder la vida a causa del coronavirus” por otro lado el 50% de los encuestados estuvo

de acuerdo con el ítem “mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus”. El estudio concluyó que los mayores niveles de miedo al Covid-19 se encontraron en países latinos esto se le atribuyó a la tardía atención a la salud mental que se le dio a esta población durante la pandemia.

Los estudios citados en el presente trabajo sobre la ansiedad y la depresión durante la pandemia hacen en su mayoría, referencia a la sintomatología ansiosa y depresiva, motivo por el cual se decidió usar investigaciones que utilicen dichas denominaciones.

Sintomatología Depresiva

Los conocimientos sobre la depresión se remontan a la época grecorromana cuando se hablaba de la melancolía. Esto comienzan con Hipócrates quien indicaba que los problemas hoy conocidos como psiquiátricos, no eran más que la reacción conjunta de cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, siendo el resultado del exceso de bilis negra, la melancolía. Hipócrates definió la melancolía como el exceso de bilis negra en la sangre lo que causaría estragos en el cuerpo y alma de la persona enferma, lo cual crearía un estado de tristeza y abatimiento (Calderón, 1999).

Depresión proviene del latín *depressio* que significa hundimiento. Con ella suele designarse tanto al cuadro clínico caracterizado por la presencia de diversos componentes como el pesimismo, autorreproche e inhibición, así como al estado afectivo de la tristeza (Estalovski, 2004).

Desde la definición de melancolía dada por Hipócrates se ha definido de diferentes maneras y según el contexto, para algunos autores esta es una enfermedad, otros la discurren como una dolencia y otros la consideran un síntoma o síndrome. En el Manual Diagnóstico y

Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) en el que se describe a la depresión como un síndrome caracterizado fundamentalmente por el humor deprimido y la pérdida del interés o placer, a esto también se le suma síntomas como la pérdida o ganancia de peso en el lapso de un mes; insomnio o hipersomnia diaria; agitación o retraso psicomotor notable; falta de energía; poca habilidad para concentrarse o indecisión y pensamientos recurrentes de muerte (American Psychological Association, 2014).

Existen diversos modelos teóricos que explican la depresión. En la Teoría Cognitiva de Beck menciona que la depresión es resultado de una interpretación errónea de acontecimientos y situaciones que el sujeto vive, la teoría gira en torno a tres conceptos la cognición, el contenido cognitivo, y los esquemas (creencias centrales) Mostrando cuatro elementos que explican la depresión 1. La triada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro 2. Errores en el procesamiento de la información y la percepción 3. Pensamientos automáticos negativos y 4. Disfunción en los esquemas (Beck et al., 2010)

En teorías Biológicas que explican la depresión Caballo et al. (2014) mencionan la subdivisión de dos categorías, las teorías endocrinas y teorías de la neurotransmisión. De la cual en las teorías endocrinas se centran en dos ejes el adrenal y el eje tiroideo, donde mencionan que la secreción excesiva de hormonas como el cortisol está asociada característicamente con los trastornos depresivos. El otro gran bloque relacionado con alteraciones en diferentes neurotransmisores o un déficit bioquímico como el noradrenérgico, serotoninérgico, dopaminérgico y de naturaleza no biológica, que sería sinónimo de psicológica, cabe resaltar la importancia de la una alimentación saludable, actividad o ejercicio físico y descanso.

Sintomatología Ansiosa

La palabra “ansiedad” tiene origen en la raíz griega “angh”, que se puede encontrar en palabras griegas que significan “apretar, estrangular, oprimido por el sufrimiento” (Freeman & Freeman, 2012).

La ansiedad como variable ocupa predominantemente la literatura psicológica, en diferentes áreas (educativa, clínica, organizacional, social, etc.). Como mencionan Walentina & Gaudêncio (1997) se le considera un elemento central en psicopatología por la cual, muchas personas acuden a consulta médica de atención primaria. Igualmente se debe hacer una diferenciación entre términos que suelen confundirse, como angustia, miedo, frustración, temor, entre otros. Sin embargo, se debe realizar la separación con el objetivo de evitar confusiones. Denominando a la ansiedad como la respuesta emocional o patrón de respuesta que engloba aspectos cognitivos displacenteros de tensión y aprensión, aspectos fisiológicos que activan el Sistema Nervioso Central y aspectos motores que implicarían conductas desadaptativas (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1985).

Como mencionan Beck y Clark (2012) en su modelo cognitivo de la ansiedad muestra que es una distorsión en el procesamiento de información, es así, que hay una sobreestimación del grado de peligro y una infravaloración de las capacidades para enfrentarlo. De entre los principios básicos de su modelo están 1. Las valoraciones exageradas que se le da a una amenaza, 2. Mayor indefensión (evaluación imprecisa de los propios recursos), 3. Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad (reducción del daño o amenaza percibida), 4. Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo, 5. Procesamiento automático y estratégico, 6. Procesos auto - perpetuantes (aumento de atención centrada en uno mismo), 7. Primacía cognitiva (serie de situaciones o estímulos adicionales que son malinterpretadas como

amenazante y varias respuestas defensivas fisiológicas y conductuales inapropiadamente movilizadas para manejar la amenaza) y finalmente 8. Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad.

Según el APA (2014) los trastornos de ansiedad comparten dos características. La primera es el miedo, que se considera como una respuesta emocional frente a una amenaza inminente (real o imaginaria), y la segunda característica es la ansiedad excesiva que se considera una respuesta anticipatoria frente a una amenaza futura. Los cuales deben presentar una persistencia durante 6 meses o más, los síntomas generales entre las diferentes clasificaciones van desde preocupación excesiva, malestar excesivo y recurrente, malestar físico, evitación de una situación específica y aparición súbita de síntomas físicos (palpitaciones, sudoración, sensación de mareo, náuseas, miedo a perder el control, etc.).

Gonzales (2021) realizó un estudio en estudiantes universitarios del área de salud, ingenierías y sociales donde se encontró que la mayoría de los evaluados presentaban síntomas de ansiedad mayor, siendo el área de sociales la que obtuvo la mayor cantidad de evaluados con puntajes que indicaban sintomatología ansiosa.

La vida estudiantil universitaria implica procesos de estrés prolongados debido a las exigencias presentes en el día a día, actualmente con la pandemia los estudiantes tuvieron que adaptarse a una nueva metodología, sin salir de casa, interrumpiendo el correcto desenvolvimiento de su proceso de aprendizaje y con posibles afectaciones familiares referentes a la pandemia, como indica Díaz y Castro (2020) varios factores desencadenan la ansiedad, comúnmente durante el comienzo de periodos de estrés; además se debe tomar en cuenta la vulnerabilidad y predisposición que tienen cada persona. Las exigencias determinadas en un ambiente caótico pueden generar estados de ansiedad o depresión en los estudiantes.

Coronafobia, Sintomatología ansiosa y depresiva

A raíz del confinamiento dado a inicios de la pandemia a nivel global se encontró altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. La pérdida del control sobre las emociones, en este contexto, es frecuente debido a que la situación impide que la persona conozca con certeza el tiempo de duración de la crisis. La sensación de incertidumbre aunada a las limitaciones como el aislamiento social, cambio de planes a futuro y la crisis económica son catalizadores de cuadros depresivos y ansiosos (Xiang et al., 2020).

El grado de implicancia por parte del estado influye en gran medida en la población, ya que un estado poco comprometido con el bienestar general de su población genera desconfianza y estados de preocupación constantes, además de la baja capacidad de reacción frente a la expansión del coronavirus. Ko (2006) llevó a cabo una investigación en Taiwán durante la emergencia sanitaria formada por el brote de SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) durante el año 2003, encontrando que los niveles más altos de depresión en la población se relacionaron con la falta de apoyo social, el impacto económico y la percepción de vulnerabilidad ante el contagio por contar con deficiencias personales en la salud. Demostrando que la salud pública debe recibir atención primordial durante emergencias sanitarias que a su paso dejan no solo daños a la estructura de un gobierno, si no, también a la salud mental de la población.

Durante la pandemia se investigó las diversas afecciones psicológicas de las poblaciones estudiantiles y como estas afecciones tenían relación entre sí, como lo muestra Maia & Dias (2020) en su investigación, la cual midió la ansiedad, depresión y estrés en los estudiantes universitarios a raíz de la Covid-19, donde los resultados muestran un impacto psicológico negativo en los alumnos que participaron en el estudio durante el periodo de la pandemia en

comparación con los periodos normales. Lo que nos ayuda a ver el gran impacto en las vidas de la población que requerirá de apoyo psicológico para lograr superar situaciones traumáticas y de gran afectación emocional.

Se debe tomar en cuenta que, a pesar de las situaciones independientes de los estudiantes, existe una diferente implicación psicoemocional de acuerdo con, el género y la edad. Como menciona Gonzales et. al. (2020) quienes evaluaron estudiantes universitarios mexicanos durante 7 semanas de confinamiento donde encontraron que síntomas de estrés, depresión, problemas para dormir y disfunción social en la actividad diaria que iban de moderados a severos en una población de mujeres y de los estudiantes más jóvenes en comparación con la población masculina.

No es una novedad que durante el periodo de confinamiento uno de los factores que resulto más afectado fue la salud mental y por ende podemos ver un aumento en los niveles de ansiedad y depresión. Como se observa en un estudio realizado en España donde se analiza el impacto psicológico de la Covid-19 en la comunidad universitaria durante las primeras semanas de encierro, se encontró que más del 50% de los encuestados presento un impacto moderado a severo de ansiedad y una puntuación de moderada a extremadamente grave de depresión durante el brote de Covid-19 (Odriozola-González et al., 2020).

Apaza et al. (2020), investigaron los factores psicosociales en 296 estudiantes universitarios peruanos durante el confinamiento por la Covid-19, donde muestran como resultado la presencia de estrés en el 37.8% de estudiantes destacando sintomatologías como; cansancio, fatiga, pesadillas, insomnio, dolor de cabeza, falta de motivación, sensibilidad excesiva ante eventos cotidianos, entre otros. Con respecto a la depresión encontraron que 45.9% de los estudiantes estaban en condiciones de depresión-leve; un 48% depresión-moderada y el

4% en depresión grave con mayor incidencia en mujeres que en varones. Finalmente, referente a la ansiedad encontraron que el 65.2% de los estudiantes mostraba un nivel moderado; el 26.4% con ansiedad grave y el 8.1% mostró una ansiedad total.

En una investigación realizada por Belen (2022) en estudiantes universitarios se encontró que los estudiantes que registraron un nivel alto de miedo al Covid-19 también registraban niveles altos de ansiedad y depresión indicando que el miedo o pánico que se pueda sentir frente a la actual situación de pandemia elevaban la probabilidad de presentar problemas en relacionados a la salud mental.

Entre los factores que pueden hacer más vulnerable a una persona frente al miedo al Covid-19, la sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva, contéplanos el sexo, numero de familiares contagiados y si han sido vacunados

También encontramos como posible factor la cantidad de conviviente y el tipo de convivencia que se dio durante el tiempo de confinamiento, en un estudio realizado en familias de un complejo habitacional en Ecuador se encontró que durante el inicio del confinamiento las relaciones familiares mejoraron debido a la cantidad y calidad de tiempo que se podía brindar a la familia, con el pasar de los meses la situación se fue transformado causando estrés en la familia entre los motivos cuestionados encontraron a la escasez de recursos alimenticios, el miedo al contagio y el encierro (Molina, 2020).

Entre los factores que incrementan la vulnerabilidad de un estudiante también se encuentra el fallecimiento de un familiar debido a que la experiencia cercana a la muerte puede afectar severamente la salud mental, la pérdida de un ser querido adicionado a lo inesperado que

puede ser el evento aumenta el impacto que esta pandemia puede estar trayendo para cada persona (Joaquim et al., 2021).

También se encontró como posible factor a las diferentes ocupaciones que presentan los estudiantes a la actualidad, es muy común que a la par de los estudios muchos universitarios tengan trabajos para poder solventarse económicamente y tener una mayor sensación de independencia (Christiansen et al., 2019). El inicio de la pandemia trajo consigo una ola de despidos e inestabilidad económica, lo cual volvió más vulnerables a aquellos estudiantes que trabajan para poder sostenerse económicamente.

Desde un enfoque psicológico, diversas investigaciones mencionan el daño a la salud mental global durante los últimos años, aunque también es importante identificar objetivos para una intervención psicoterapéutica. Inclusive investigadoras como Moses & Wootton (2021) mencionan como la Terapia Cognitiva Conductual puede desempeñar un papel importante en el tratamiento para la angustia de la Covid-19, ya que identifica patrones desadaptativos de pensamiento y comportamiento que causan y mantienen la enfermedad. Cabe destacar que se requiere continuar investigando acerca de las mejores líneas de intervención para el tratamiento psicológico de la Covid-19.

La carga emocional de estar pasando por una pandemia mundial es sustancial, donde día a día podemos ver en las noticias como las cifras de mortandad se elevan poco a poco, con el tiempo vemos que todos tenemos o conocemos algún familiar amigo o conocido que fue afectado por la covid-19, como autoras nos centramos en la población estudiantil y cómo ellos fueron afectados. En investigaciones como las de Carrasco et al., (2021). Donde muestra en una

población estudiantil niveles elevados de ansiedad y depresión debido a varios factores como el aprendizaje electrónico en el hogar, la mala calidad de conexión, el costo de internet, el tener que compartir una computadora, los habitantes por hogar y la duración del programa académico.

Bakioğlu et al. (2021) investiga como la pandemia afecta a las personas evaluando así variables como el miedo al Covid -19, la positividad y como estos se relacionaban con la depresión, ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre, que es la tendencia a negarse a admitir que algo negativo, aunque improbable podría ocurrir; el estudio se realizó en personas de entre 18 a 76 años; dando como resultado que se presentan mayores efectos a nivel psicológico en mujeres y en población con enfermedades previas. Donde podemos ver que la salud mental de la población se vio afectada, concluyendo que hoy más que nunca se requiere implementar programas de intervención de salud mental en los servicios de salud pública.

Ogliastri (2020) considera la pandemia como un evento de crisis ya que es un conjunto de experiencias percibidas como amenazadoras donde las personas utilizan diversos métodos de protección que los ayuden a enfrentarse a situaciones difíciles, cada experiencia es subjetiva, el tener una red de apoyo, seguridad y ser resilientes son factores predictores en la superación de estos escenarios. La pérdida de un familiar o amigo influye en gran medida, encontrando así que la sensación de perder la seguridad, la calma, la autoeficacia, la conexión social y la esperanza impactan en nuestra salud mental dificultando el proceso de duelo.

Los avances científicos en pleno siglo XXI ayudaron a crear una respuesta a la pandemia, como nunca visto, se pudo generar una vacuna en un tiempo récord, pero a pesar de las diferentes investigaciones que avalan su efectividad y eficiencia se ve diferentes retos para su

aplicación y difusión en el continente latinoamericano existiendo muchas abstenciones por parte de la población. Dreser (2021) nos mencione varios de los retos, desde la debilidad del sistema de salud hasta la información errónea que se presenta en los medios de comunicación.

Hipótesis

Existe una correlación positiva entre la coronafobia, la sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva en estudiantes de Psicología de una universidad peruana y mexicana durante la pandemia por Covid-19.





CAPITULO II. MÉTODO

Capítulo II.

Método

El presente estudio muestra un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, ya que, se evaluó dos comunidades en un contexto determinado ya existente (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018), siendo así de tipo transeccional correlacional debido a que busca describir la relación entre los niveles de coronafobia, sintomatología ansiosa y depresiva durante la pandemia por Covid-19 entre un grupo de estudiantes peruanos y mexicanos.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para la presente investigación fueron la escala Fear of Covid-19 Scale (FCV-19S) para evaluar la variable de coronafobia y la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión para medir las variables de ansiedad y depresión. Adicionalmente, se tomará una ficha sociodemográfica para la recolección de datos de los participantes.

The Fear of Covid-19 Scale (FCV-19S)

La escala de FCV-19S fue elaborada por Ahorsu et al. (2020). Se trata de una escala unidimensional que fue tomada en una muestra de 717 participantes iraníes. La encuesta presenta 7 ítems, que pretenden evaluar el temor al Covid –19; contruidos en base a una revisión exhaustiva de diversas escalas (HADS, Escala de Vulnerabilidad Percibida a la Enfermedad y la escala de aversión a los gérmenes), además de revisiones de expertos y entrevistas a los participantes.

Todos los ítems se califican en una escala de 5 puntos, donde 1 equivale a “totalmente en desacuerdo” a 5 que equivale a “totalmente de acuerdo” con puntuaciones totales de 7 a 35, donde la mayor puntuación sugiere mayor miedo al Covid-19.

Los valores de confiabilidad como la consistencia interna fueron de ($\alpha = .82$) la confiabilidad y el anest-retest ($ICC = .72$) fueron aceptables. La validez concurrente fue apoyada por la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (con depresión, $r = .425$ y ansiedad, $r = .511$) y la Escala de Vulnerabilidad Percibida a la Enfermedad (con inafectabilidad percibida, $r = .483$ y aversión a los gérmenes, $r = .459$).

La validación del FCV-19S realizada en Perú por Huarcaya et al. (2020) en un total de 832 participantes donde la consistencia interna de FCV-19S- versión en español- fue de .87, similar al .82 reportado por la escala original. La presente demuestra propiedades psicométricas adecuadas.

La validación del FCV-19S realizada en México por García et al. (2020) muestran que la confiabilidad interna de la escala fue buena, con Alfa de Cronbach de .902. Los ítems de FCV-19S se analizaron mediante un análisis factorial exploratorio (EFA) y un Análisis factorial confirmatorio (AFC) para determinar la idoneidad del modelo dentro de la muestra. Un nivel de probabilidad de $p < .05$ se consideró significativo.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

La escala HADS de Zigmond & Snalth (1983) se divide en dos subescalas que miden la sintomatología ansiosa (HADS – A) y sintomatología depresiva (HADS – B). Durante la aplicación de la escala se le pide al participante que describa los sentimientos presenciados durante los últimos siete días.

Cada subescala cuenta con siete ítems, con las opciones de respuesta tipo Likert que van desde 0 que representa la ausencia o mínima presencia, hasta 3 que indica la máxima presencia de sintomatología, donde la puntuación puede variar entre 0 y 21 puntos siendo la calificación

de 0 a 7 normal, de 8 a 10 como dudoso, y de 11 a más como presencia de sintomatología ya sea ansiosa (HADS-A) o depresiva (HADS-B).

En Perú para la validación del HADS se evaluó a estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, en este estudio se alcanzó una confiabilidad de alfa de Cronbach en .79 para la (HADS – A) y .5 para la (HADS – B) (Mamani, 2018).

En México se validó la prueba HADS en población con TCA (Trastornos de conductas alimentarias), en este estudio se alcanzó una confiabilidad de Cronbach de .81 para la (HADS – A) y .88 para la (HADS – B) (Barriguete-Meléndez et al., 2017).

Participantes

Población

La población está conformada por estudiantes de Psicología de ambos sexos de entre 18 y 30 años, procedentes de una universidad peruana con un total de 1000 alumnos y una universidad mexicana con un total de 2021 estudiantes.

Muestra

La muestra fue seleccionada por un tipo de muestreo no probabilístico intencional debido a que según Hernández-Sampieri & Mendoza (2018) la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. El tamaño de la muestra fue determinado en base a la formula estadística para población finita con un total de 591 encuestados de sexo masculino y femenino, de los cuales se excluyeron un total de 10 personas, a razón de no cumplir con los criterios de inclusión.

La muestra final fue de 282 Estudiantes de la universidad peruana y 299 estudiantes de la universidad mexicana. Dando un total de 581 personas.

Criterios de Inclusión

- Estudiantes de Psicología
- Estudiantes de entre 18 y 30 años
- Estudiantes que hayan cursado actividades académicas durante la pandemia por Covid-19
- Llenar de forma adecuada la ficha sociodemográfica

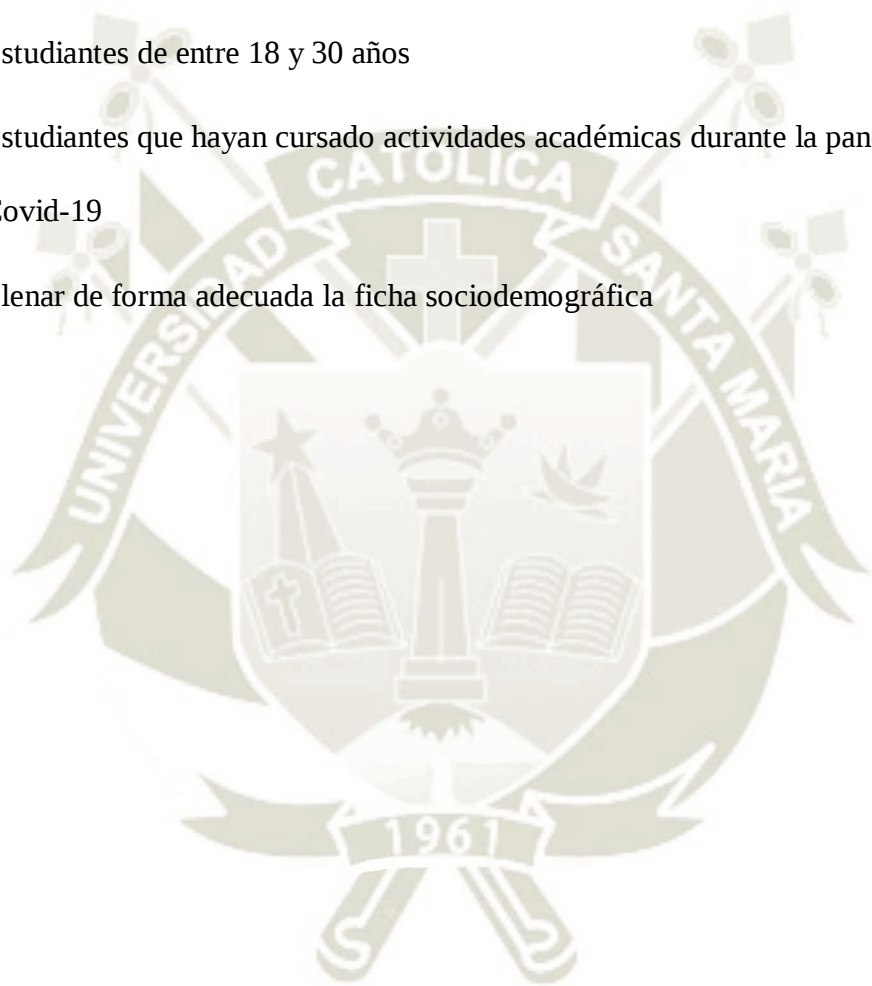


Tabla 1*Datos sociodemográficos*

	<i>Muestra peruana</i>		<i>Muestra mexicana</i>		<i>Muestra Total</i>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo						
Femenino	224	79.4 %	222	74.2%	446	76.8%
Masculino	58	20.6 %	77	25.8%	135	23.2%
Estado Civil						
Casado(a)	1	0.4 %	7	2.3%	8	1.4 %
Conviviente	9	3.2 %	8	2.7%	17	2.9%
Soltero(a)	272	96.5 %	284	95.0%	556	95.7%
Número Familiares						
0 - 2	53	18.8 %	58	19.4%	111	19.1%
3 - 6	209	74.1 %	217	72.6%	426	73.4%
7 - 15	20	7.1 %	24	8.0%	44	7.6%
Familiares con Covid-19						
No	132	46.8 %	162	54.2%	294	50.6%
Si	150	53.2 %	137	45.8%	287	49.4%
Fallecidos						
No	260	92.2 %	289	96.7%	549	94.5%
Si	22	7.8 %	10	3.3%	32	5.5%
Ocupación						
Estudiante	219	77.7 %	144	48.2%	363	62.5%
Estudiante y Trabajador	63	22.3 %	155	51.8%	218	37.5%
Vacunados						
No	36	12.8 %	9	3.0%	45	7.7%
Si	246	87.2 %	290	97.0%	536	92.3%
Procedencia						
México	-	-	-	-	299	51.5%
Perú	-	-	-	-	282	48.5%

Procedimiento

Principalmente se presentó el proyecto de tesis a la dirección de Escuela Profesional de Psicología de la UCSM para su aprobación y su aplicación. Posteriormente se realizó coordinaciones con ambas instituciones donde se les expuso los alcances de la presente investigación y la importancia de esta.

Finalmente, se procedió con la recolección de datos, la cual se llevó a cabo mediante la plataforma Microsoft Forms debido a la situación actual. Los participantes dispusieron de un tiempo aproximado de 20 minutos para llenar el formulario, el cual se dividió por secciones lo que permitió que se presente el consentimiento informado al participante, posteriormente se les presentó una ficha de datos sociodemográficos y por último los dos instrumentos seleccionados.

Una vez concluida la aplicación del formulario se les presentó un agradecimiento por la participación voluntaria en el proyecto y se procedió a descargar la base de datos brindada por el programa.

Consideraciones éticas

Respecto a los aspectos éticos, se buscó resguardar la propiedad intelectual de los autores y sus obras que fueron mencionados previamente en teorías y conocimientos mediante el citado y las referencias del trabajo.

Además, en la presente investigación se garantizó el respeto a la dignidad de las personas, su libertad y autodeterminación, previniendo daños y tensiones para salvaguardar la vida privada. Cada individuo que participó en el presente estudio aceptó el consentimiento

informado que fue brindado previo a la realización de los cuestionarios. La presente investigación se realizó de acuerdo con el Manual de Normas APA 7ma edición.

Análisis de datos

La información recogida fue tabulada a través de una base de datos en Microsoft Excel, donde se filtró los datos según los criterios de inclusión. Posteriormente el análisis estadístico se llevó a cabo en el programa Jamovi en la versión 1.2.27 donde se desarrolló el análisis estadístico de acuerdo con los objetivos planteados, como frecuencias, porcentajes, y las correlaciones entre las poblaciones y variables. Primeramente, se evaluó la normalidad de los datos con la prueba de Shapiro Wilk, luego se utilizó la prueba estadística para muestras no paramétricas de ρ de Spearman para aceptar o rechazar la hipótesis planteada. Y se realizaron tablas de contingencia para identificar la distribución de las tres variables en base a los datos sociodemográficos. Por último, se trabajó con la prueba de chi-cuadrado para evaluar la asociación entre ambos países en base a las variables

A large, faint watermark of the Universidad Católica de Santa María logo is centered in the background. It features a shield with a cross, a book, and a lamp, surrounded by the university's name in Spanish and English, and the year 1961 at the bottom.

CAPITULO III

RESULTADOS

Capítulo III

Resultados

A continuación, se observa los resultados estadísticos que se obtuvieron.

Tabla 2

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk

	Coronafobia	Sintomatología Ansiosa	Sintomatología Depresiva
N	581	581	581
Faltantes	0	0	0
Media	16.6	7.72	5.44
Mediana	17	8	5
Mínimo	7	1	0
Máximo	34	16	16
Shapiro-Wilk W	0.82	0.974	0.958
Shapiro-Wilk p	< .001	< .001	< .001

Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk puesto que, de acuerdo con Hanusz & Tarasińska (2015) se concluye que la presente prueba es la más potente para todos los tipos de distribución y tamaños de muestra. Procediendo con el análisis de normalidad, donde se observa que los grados de significancia, en las tres variables, es menor a .05, por este motivo se deduce que, la muestra no tiene una distribución anormal. Por lo que se realizó el análisis inferencial con estadísticos no paramétricos.

Tabla 3

Correlación entre Coronafofia, S. Ansiosa y S. Depresiva- Perú-México

		Coronafofia	Sintomatología Ansiosa	Sintomatología Depresiva
Coronafofia	<i>Rho</i> de Spearman	—		
	p-valor	—		
Sintomatología Ansiosa	<i>Rho</i> de Spearman	.18	—	
	p-valor	< .001	—	
Sintomatología Depresiva	<i>Rho</i> de Spearman	.365	.449	—
	p-valor	< .001	< .001	—

Como se puede apreciar en la Tabla 3, el coeficiente de correlación de *Rho* de Spearman nos indica que existe una correlación positiva baja entre Coronafofia y Sintomatología ansiosa donde ($rho=.18$, $p<.001$), esto quiere decir que cuanto mayor es el nivel de Coronafofia, mayor es el nivel de Sintomatología ansiosa. Además, nos indica que existe una correlación positiva media-baja entre Coronafofia y Sintomatología depresiva donde ($rho=.365$, $p<.001$), esto quiere decir que cuanto mayor es el nivel de Coronafofia, mayor es el nivel de Sintomatología depresiva.

Tabla 4

Correlación entre Coronafofia, S. Ansiosa y S. Depresiva- Perú

		Coronafofia	Sintomatología Ansiosa	Sintomatología Depresiva
Coronafofia	<i>Rho</i> de Spearman	—		
	p-valor	—		
Sintomatología Ansiosa	<i>Rho</i> de Spearman	.341	—	
	p-valor	< .001	—	
Sintomatología Depresiva	<i>Rho</i> de Spearman	.156	.436	—
	p-valor	.009	< .001	—

Como se puede apreciar en la Tabla 4, el coeficiente de correlación de *Rho* de Spearman nos indica que existe una correlación positiva de intensidad media-baja entre los niveles de coronafofia y la sintomatología ansiosa ($rho = .341, p < .001$). Esto quiere decir que cuanto mayor nivel de coronafofia mayor es el nivel de ansiedad.

Además, se muestra una correlación positiva baja ente los niveles de coronafofia y sintomatología depresiva ($rho = .156, p < .009$). Lo que nos indica que a mayor coronafofia mayor sintomatología depresiva.

Tabla 5

Correlación entre Coronafofia, S. Ansiosa y S. Depresiva-México

		Coronafofia	Sintomatología Ansiosa	Sintomatología Depresiva
Coronafofia	<i>Rho</i> de Spearman	—		
	p-valor	—		
Sintomatología Ansiosa	<i>Rho</i> de Spearman	.37	—	
	p-valor	< .001	—	
Sintomatología Depresiva	<i>Rho</i> de Spearman	.193	.447	—
	p-valor	< .001	< .001	—

Como se puede apreciar en la Tabla 5, el coeficiente de correlación de *Rho* de Spearman nos indica que existe una correlación positiva media-baja entre Coronafofia y Sintomatología ansiosa donde ($rho=.37$, $p<.001$), esto quiere decir que cuanto mayor es el nivel de Coronafofia, mayor es el nivel de Sintomatología ansiosa. Además, nos indica que existe una correlación positiva baja entre Coronafofia y Sintomatología depresiva donde ($rho=.193$, $p<.001$), esto quiere decir que cuanto mayor es el nivel de Coronafofia, mayor es el nivel de Sintomatología Depresiva.

Tabla 6*Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y sexo - Perú*

Sexo		Coronafobia			Total	Sintomatología Ansiosa			Total	Sintomatología Depresiva			Total
		Bajo	Medio	Alto		Normal	Dudoso	S. Ansiosa		Normal	Dudoso	S. Depresiva	
Femenino	%Observado en la fila	27	165	32	224	92	98	34	224	159	45	20	224
		12.1 %	73.7 %	14.3 %	100.0 %	41.1 %	43.8 %	15.2 %	100.0 %	71.0 %	20.1 %	8.9 %	100.0 %
Masculino	%Observado en la fila	17	35	6	58	28	24	6	58	41	13	4	58
		29.3 %	60.3 %	10.3 %	100.0 %	48.3 %	41.4 %	10.3 %	100.0 %	70.7 %	22.4 %	6.9 %	100.0 %
Total	%Observado en la fila	44	200	38	282	120	122	40	282	200	58	24	282
		15.6 %	70.9 %	13.5 %	100.0 %	42.6 %	43.3 %	14.2 %	100.0 %	70.9 %	20.6 %	8.5 %	100.0 %

Como se observa en la Tabla 6 en la población peruana el 14.3% de mujeres y el 10.3% de hombres presentan niveles altos de coronafobia. En el caso de la presencia de sintomatología ansiosa en mujeres se encontró un 15.2% y en hombres un 10.3%. Por último, el 8.9% de mujeres y el 6.9% de hombres presentaron sintomatología depresiva.

Tabla 7

Coronafobia, sintomatología ansiosa , sintomatología depresiva y Familiares contagiados - Perú

Familiares contagiados		Coronafobia			Total	Sintomatología Ansiosa			Total	Sintomatología Depresiva			Total
		Bajo	Medio	Alto		Normal	Dudoso	S. Ansiosa		Normal	Dudoso	S. Depresiva	
0 - 2	%Observado	10	36	7	53	24	23	6	53	38	11	4	53
	en la fila	18.9 %	67.9 %	13.2 %	100.0 %	45.3 %	43.4 %	11.3 %	100.0 %	71.7 %	20.8 %	7.5 %	100.0 %
3 - 6	%Observado	32	147	30	209	88	89	32	209	149	43	17	209
	en la fila	15.3 %	70.3 %	14.4 %	100.0 %	42.1 %	42.6 %	15.3 %	100.0 %	71.3 %	20.6 %	8.1 %	100.0 %
7 -15	%Observado	2	17	1	20	8	10	2	20	13	4	3	20
	en la fila	10.0 %	85.0 %	5.0 %	100.0 %	40.0 %	50.0 %	10.0 %	100.0 %	65.0 %	20.0 %	15.0 %	100.0 %
Total	%Observado	44	200	38	282	120	122	40	282	200	58	24	282
	en la fila	15.6 %	70.9 %	13.5 %	100.0 %	42.6 %	43.3 %	14.2 %	100.0 %	70.9 %	20.6 %	8.5 %	100.0 %

Como se observa en la Tabla 7, en la población peruana, el 13.2% conviven con 0 a 2 personas, el 14.4% conviven con 3 a 6 personas y el 5% conviven con 7 a 15 personas, presentan un nivel alto en coronafobia.

En el caso de la sintomatología ansiosa el 11.3% convive con 0 a 2 personas, y el 15.3% conviven con 3 a 6 personas y el 10% conviven con 7 a 15 personas, tuvieron presencia de sintomatología ansiosa.

Por último, el 7.5% conviven con 0 a 2 personas, el 8.1% conviven con 3 a 6 personas y el 15% conviven con 7 a 15 personas presentaron sintomatología depresiva.

Tabla 8

Coronafobia, sintomatología ansiosa , sintomatología depresiva y convivientes con Covid-19 - Perú

Convivientes con Covid-19		Coronafobia				Sintomatología Ansiosa				Sintomatología Depresiva			
		Bajo	Medio	Alto	Total	Normal	Dudoso	S. Ansiosa	Total	Normal	Dudoso	S. Depresiva	Total
No	%Observado	23	90	19	132	57	55	20	132	98	26	8	132
	en la fila	17.4 %	68.2 %	14.4 %	100.0 %	43.2 %	41.7 %	15.2 %	100.0 %	74.2 %	19.7 %	6.1 %	100.0 %
Si	%Observado	21	110	19	150	63	67	20	150	102	32	16	150
	en la fila	14.0 %	73.3 %	12.7 %	100.0 %	42.0 %	44.7 %	13.3 %	100.0 %	68.0 %	21.3 %	10.7 %	100.0 %
Total	%Observado	44	200	38	282	120	122	40	282	200	58	24	282
	en la fila	15.6 %	70.9 %	13.5 %	100.0 %	42.6 %	43.3 %	14.2 %	100.0 %	70.9 %	20.6 %	8.5 %	100.0 %

Como se observa en la Tabla 8 en la población peruana el 14.4% de personas que no tuvieron familiares con Covid-19 y el 12.7% de personas que si tuvieron familiares con Covid-19, presentaron un nivel alto de coronafobia.

Adicionalmente se encontró presencia de sintomatología ansiosa en el 15.2% de personas que no tuvieron familiares con Covid-19 y un 13.3% de personas que si tuvieron familiares con Covid-19.

Por último, el 6.1% de personas no tuvieron familiares con Covid-19 y el 10.7% de personas que si tuvieron familiares con Covid-19 tuvieron sintomatología depresiva.

Tabla 9

Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y Familiares fallecidos - Perú

Familiares Fallecidos		Coronafobia			Total	Sintomatología Ansiosa			Total	Sintomatología Depresiva			Total
		Bajo	Medio	Alto		Normal	Dudoso	S. Ansiosa		Normal	Dudoso	S. Depresiva	
No	%Observado en la fila	41	186	33	260	113	115	32	260	190	49	21	260
		15.8 %	71.5 %	12.7 %	100.0 %	43.5 %	44.2 %	12.3 %	100.0 %	73.1 %	18.8 %	8.1 %	100.0 %
Si	%Observado en la fila	3	14	5	22	7	7	8	22	10	9	3	22
		13.6 %	63.6 %	22.7 %	100.0 %	31.8 %	31.8 %	36.4 %	100.0 %	45.5 %	40.9 %	13.6 %	100.0 %
Total	%Observado en la fila	44	200	38	282	120	122	40	282	200	58	24	282
		15.6 %	70.9 %	13.5 %	100.0 %	42.6 %	43.3 %	14.2 %	100.0 %	70.9 %	20.6 %	8.5 %	100.0 %

Como se observa en la Tabla 9 en la población peruana el 12.7% de personas que no tuvieron convivientes fallecidos por Covid-19 y el 22.7% de personas que si tuvieron convivientes fallecidos por Covid-19, presentaron un nivel alto de coronafobia.

También se observó la presencia de sintomatología ansiosa en el 12.3% de personas que no tuvieron convivientes fallecidos por Covid-19 y el 36.4% de personas que si tuvieron convivientes fallecidos por Covid-19.

Por último, el 8.1% de personas que no tuvieron convivientes fallecidos por Covid-19 y el 13.6% de personas que si tuvieron convivientes fallecidos por Covid-19, presentaron sintomatología depresiva

Tabla 10

Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y Personas vacunadas – Perú

Vacunados		Coronafobia			Total	Sintomatología Ansiosa			Total	Sintomatología Depresiva			Total
		Bajo	Medio	Alto		Normal	Dudoso	S. Ansiosa		Normal	Dudoso	S. Depresiva	
No	%Observado en la fila	4	26	6	36	14	14	8	36	23	10	3	36
		11.1 %	72.2 %	16.7 %	100.0 %	38.9 %	38.9 %	22.2 %	100.0 %	63.9 %	27.8 %	8.3 %	100.0 %
Si	%Observado en la fila	40	174	32	246	106	108	32	246	177	48	21	246
		16.3 %	70.7 %	13.0 %	100.0 %	43.1 %	43.9 %	13.0 %	100.0 %	72.0 %	19.5 %	8.5 %	100.0 %
Total	%Observado en la fila	44	200	38	282	120	122	40	282	200	58	24	282
		15.6 %	70.9 %	13.5 %	100.0 %	42.6 %	43.3 %	14.2 %	100.0 %	70.9 %	20.6 %	8.5 %	100.0 %

Como se observa en la Tabla 10 en la población peruana el 16.7% de personas no vacunadas por Covid-19 y el 13% de personas vacunadas por Covid-19, presentaron un nivel alto de coronafobia.

También se encontró presencia de sintomatología ansiosa en el 22.2% de personas no vacunadas por Covid-19 y en el 13% de personas vacunadas por Covid-19.

Por último, el 8.3% de personas no vacunadas por Covid-19 y el 8.5% de personas vacunadas por Covid-19, presentaron sintomatología depresiva.

Tabla 11*Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y ocupación - Perú*

Ocupación		Coronafobia			Total	Sintomatología Ansiosa			Total	Sintomatología Depresiva			Total
		Bajo	Medio	Alto		Normal	Dudoso	S. Ansiosa		Normal	Dudoso	S. Depresiva	
Estudiante	%Observado en la fila	36	158	25	219	93	93	33	219	157	46	16	219
		16.4 %	72.1 %	11.4 %	100.0 %	42.5 %	42.5 %	15.1 %	100.0 %	71.7 %	21.0 %	7.3 %	100.0 %
Estudiante y Trabajador	%Observado en la fila	8	42	13	63	27	29	7	63	43	12	8	63
		12.7 %	66.7 %	20.6 %	100.0 %	42.9 %	46.0 %	11.1 %	100.0 %	68.3 %	19.0 %	12.7 %	100.0 %
Total	%Observado en la fila	44	200	38	282	120	122	40	282	200	58	24	282
		15.6 %	70.9 %	13.5 %	100.0 %	42.6 %	43.3 %	14.2 %	100.0 %	70.9 %	20.6 %	8.5 %	100.0 %

Como se observa en la Tabla 11 en la población peruana el 11.4% de personas que solo estudiaron durante la pandemia por Covid-19 y el 20.6% de personas que estudiaron y trabajaron durante la pandemia por Covid-19, presentaron un nivel alto de coronafobia.

Adicionalmente, el 15.1% de personas que estudiaron durante la pandemia por Covid-19 y el 11.1% de personas que estudiaron y trabajaron durante la pandemia por Covid-19, presentaron sintomatología ansiosa.

Por último, el 7.3% de personas que estudiaron durante la pandemia por Covid-19 y el 12.7% de personas que estudiaron y trabajaron durante la pandemia por Covid-19, presentaron sintomatología depresiva.

Tabla 12

Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y sexo - México

Sexo		Coronafobia			Total	Sintomatología Ansiosa			Total	Sintomatología Depresiva			Total
		Bajo	Medio	Alto		Normal	Dudoso	S. Ansiosa		Normal	Dudoso	S. Depresiva	
Femenino	%Observado en la fila	38	154	30	222	111	77	34	222	154	48	20	222
		17.1 %	69.4 %	13.5 %	100.0 %	50.0 %	34.7 %	15.3 %	100.0 %	69.4 %	21.6 %	9.0 %	100.0 %
Masculino	%Observado en la fila	28	49	0	77	48	25	4	77	69	6	2	77
		36.4 %	63.6 %	0.0 %	100.0 %	62.3 %	32.5 %	5.2 %	100.0 %	89.6 %	7.8 %	2.6 %	100.0 %
Total	%Observado en la fila	66	203	30	299	159	102	38	299	223	54	22	299
		22.1 %	67.9 %	10.0 %	100.0 %	53.2 %	34.1 %	12.7 %	100.0 %	74.6 %	18.1 %	7.4 %	100.0 %

Como se observa en la Tabla 12 en la población mexicana solo se pudo observar niveles altos de coronafobia en el 13.5% de las mujeres. En el caso de la presencia de sintomatología ansiosa en mujeres se encontró un 15.3% y en hombres un 5.2%. Por último, el 9% de mujeres y el 2.6% de hombres presentaron síntomas depresivos.

Tabla 13

Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y Familiares contagiados - México

Familiares contagiados		Coronafobia				Sintomatología Ansiosa				Sintomatología Depresiva			
		Bajo	Medio	Alto	Total	Normal	Dudoso	S. Ansiosa	Total	Normal	Dudoso	S. Depresiva	Total
0 - 2	%Observado en la fila	18	36	4	58	21	27	10	58	42	10	6	58
		31.0 %	62.1 %	6.9 %	100.0 %	36.2 %	46.6 %	17.2 %	100.0 %	72.4 %	17.2 %	10.3 %	100.0 %
3 - 6	%Observado en la fila	44	148	25	217	129	71	17	217	168	36	13	217
		20.3 %	68.2 %	11.5 %	100.0 %	59.4 %	32.7 %	7.8 %	100.0 %	77.4 %	16.6 %	6.0 %	100.0 %
7 - 15	%Observado en la fila	4	19	1	24	9	4	11	24	13	8	3	24
		16.7 %	79.2 %	4.2 %	100.0 %	37.5 %	16.7 %	45.8 %	100.0 %	54.2 %	33.3 %	12.5 %	100.0 %
Total	%Observado en la fila	66	203	30	299	159	102	38	299	223	54	22	299
		22.1 %	67.9 %	10.0 %	100.0 %	53.2 %	34.1 %	12.7 %	100.0 %	74.6 %	18.1 %	7.4 %	100.0 %

Como se observa en la Tabla 13 en la población mexicana, el 6.9% que convive con 0 a 2 personas, el 11.5% que convive con 3 a 6 personas y el 4.2% que convive con 7 a 15 personas dieron un nivel alto en coronafobia.

En el caso de la sintomatología ansiosa el 17.2% convive con 0 a 2 personas, y el 7.8% conviven con 3 a 6 personas y el 45.8% conviven con 7 a 15 personas, tuvieron presencia de sintomatología ansiosa.

Por último, el 10.3% conviven con 0 a 2 personas, el 6% conviven con 3 a 6 personas y el 12.5% conviven con 7 a 15 personas presentaron sintomatología depresiva.

Tabla 14

Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y convivientes con Covid-19 - México

		Coronafobia				Sintomatología Ansiosa				Sintomatología Depresiva			
Convivientes con Covid-19		Bajo	Medio	Alto	Total	Normal	Dudoso	S. Ansiosa	Total	Normal	Dudoso	S. Depresiva	Total
No	%Observado	35	112	15	162	94	50	18	162	126	22	14	162
	en la fila	21.6 %	69.1 %	9.3 %	100.0 %	58.0 %	30.9 %	11.1 %	100.0 %	77.8 %	13.6 %	8.6 %	100.0 %
Si	%Observado	31	91	15	137	65	52	20	137	97	32	8	137
	en la fila	22.6 %	66.4 %	10.9 %	100.0 %	47.4 %	38.0 %	14.6 %	100.0 %	70.8 %	23.4 %	5.8 %	100.0 %
Total	%Observado	66	203	30	299	159	102	38	299	223	54	22	299
	en la fila	22.1 %	67.9 %	10.0 %	100.0 %	53.2 %	34.1 %	12.7 %	100.0 %	74.6 %	18.1 %	7.4 %	100.0 %

Como se observa en la Tabla 14 en la población mexicana el 9.3% de personas que no tuvieron familiares con Covid-19 y el 10.9% de personas que si tuvieron familiares con Covid-19, presentaron un nivel alto de coronafobia.

Adicionalmente se encontró presencia de sintomatología ansiosa en el 11.1% de personas que no tuvieron familiares con Covid-19 y un 14.6% de personas que si tuvieron familiares con Covid-19.

Por último, el 8.6% de personas no tuvieron familiares con Covid-19 y el 5.8% de personas que si tuvieron familiares con Covid-19 tuvieron sintomatología depresiva.

Tabla 15*Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y Familiares fallecidos - México*

Fallecidos		Coronafobia				Sintomatología Ansiosa				Sintomatología Depresiva			
		Bajo	Medio	Alto	Total	Normal	Dudoso	S. Ansiosa	Total	Normal	Dudoso	S. Depresiva	Total
No	%Observado	62	199	28	289	157	100	32	289	219	50	20	289
	en la fila	21.5 %	68.9 %	9.7 %	100.0 %	54.3 %	34.6 %	11.1 %	100.0 %	75.8 %	17.3 %	6.9 %	100.0 %
Si	%Observado	4	4	2	10	2	2	6	10	4	4	2	10
	en la fila	40.0 %	40.0 %	20.0 %	100.0 %	20.0 %	20.0 %	60.0 %	100.0 %	40.0 %	40.0 %	20.0 %	100.0 %
Total	%Observado	66	203	30	299	159	102	38	299	223	54	22	299
	en la fila	22.1 %	67.9 %	10.0 %	100.0 %	53.2 %	34.1 %	12.7 %	100.0 %	74.6 %	18.1 %	7.4 %	100.0 %

Como se observa en la Tabla 15 en la población mexicana el 9.7% de personas que no tuvieron convivientes fallecidos por Covid-19 y el 20% de personas que si tuvieron convivientes fallecidos por Covid-19, presentaron un nivel alto de coronafobia.

También se observó la presencia de sintomatología ansiosa en el 11.1% de personas que no tuvieron convivientes fallecidos por Covid-19 y el 60% de personas que si tuvieron convivientes fallecidos por Covid-19.

Por último, el 6.9% de personas que no tuvieron convivientes fallecidos por Covid-19 y el 20% de personas que si tuvieron convivientes fallecidos por Covid-19, presentaron sintomatología depresiva.

Tabla 16

Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y Personas vacunadas – México

Vacunados		Coronafobia				Sintomatología Ansiosa				Sintomatología Depresiva			
		Bajo	Medio	Alto	Total	Normal	Dudoso	S. Ansiosa	Total	Normal	Dudoso	S. Depresiva	Total
No	%Observado	6	3	0	9	5	4	0	9	9	0	0	9
	en la fila	66.7 %	33.3 %	0.0 %	100.0 %	55.6 %	44.4 %	0.0 %	100.0 %	100.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
Si	%Observado	60	200	30	290	154	98	38	290	214	54	22	290
	en la fila	20.7 %	69.0 %	10.3 %	100.0 %	53.1 %	33.8 %	13.1 %	100.0 %	73.8 %	18.6 %	7.6 %	100.0 %
Total	%Observado	66	203	30	299	159	102	38	299	223	54	22	299
	en la fila	22.1 %	67.9 %	10.0 %	100.0 %	53.2 %	34.1 %	12.7 %	100.0 %	74.6 %	18.1 %	7.4 %	100.0 %

Como se observa en la Tabla 16 en la población mexicana ninguna de las personas no vacunadas por Covid-19 y el 10.3% de personas vacunadas por Covid-19, presentaron un nivel alto de coronafobia.

También se encontró presencia de sintomatología ansiosa solo en el 13.1% de personas vacunadas por Covid-19.

Por último, solo el 7.6% de personas vacunadas por Covid-19, presentaron sintomatología depresiva.

Tabla 17*Coronafobia, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y ocupación - México*

Ocupación		Coronafobia			Total	Sintomatología Ansiosa			Total	Sintomatología Depresiva			Total
		Bajo	Medio	Alto		Normal	Dudoso	S. Ansiosa		Normal	Dudoso	S. Depresiva	
Estudiante	%Observado	22	102	20	144	75	54	15	144	104	25	15	144
	en la fila	15.3 %	70.8 %	13.9 %	100.0 %	52.1 %	37.5 %	10.4 %	100.0 %	72.2 %	17.4 %	10.4 %	100.0 %
Estudiante y Trabajador	%Observado	44	101	10	155	84	48	23	155	119	29	7	155
	en la fila	28.4 %	65.2 %	6.5 %	100.0 %	54.2 %	31.0 %	14.8 %	100.0 %	76.8 %	18.7 %	4.5 %	100.0 %
Total	%Observado	66	203	30	299	159	102	38	299	223	54	22	299
	en la fila	22.1 %	67.9 %	10.0 %	100.0 %	53.2 %	34.1 %	12.7 %	100.0 %	74.6 %	18.1 %	7.4 %	100.0 %

Como se observa en la Tabla 17 en la población mexicana el 13.9% de personas que estudian durante la pandemia por Covid-19 y el 6.5% de personas que estudian y trabajan durante la pandemia por Covid-19, presentaron un nivel alto de coronafobia.

Adicionalmente, el 10.4% de personas que estudiaron durante la pandemia por Covid-19 y el 14.8% de personas que estudiaron y trabajaron durante la pandemia por Covid-19, presentaron sintomatología ansiosa.

Por último, el 10.4% de personas que estudian durante la pandemia por Covid-19 y el 4.5% de personas que estudian y trabajan durante la pandemia por Covid-19, presentaron sintomatología depresiva.

Tabla 18
Coronafobia entre México y Perú

Coronafobia		Procedencia		Total
		México	Perú	
Bajo	% Observado en la fila	30	38	68
		44.1 %	55.9 %	100 %
Medio	% Observado en la fila	66	44	110
		60 %	40.0 %	100 %
Alto	% Observado en la fila	203	200	403
		50.4 %	49.6 %	100 %
Total	% Observado en la fila	299	282	581
		51.5 %	48.5 %	100 %

$$X^2(2) = 4.87; p .088$$

En la Tabla de 18 se puede observar que el 50.4% de los estudiantes mexicanos presentaron un nivel alto de coronafobia en comparación al 49.6% de los estudiantes peruanos.

La prueba de $X^2 = .088$ muestra que el nivel de coronafobia entre estudiantes peruanos y mexicanos no tiene una diferencia significativa

Tabla 19
Sintomatología ansiosa entre México y Perú

Sintomatología Ansiosa		Procedencia		Total
		México	Perú	
Normal	% Observado en la fila	102	122	224
		45.5 %	54.5 %	100 %
Dudoso	% Observado en la fila	159	120	279
		57.0 %	43.0 %	100.0 %
Sintomatología Ansiosa	% Observado en la fila	38	40	78
		48.7 %	51.3 %	100 %
Total	% Observado en la fila	299	282	581
		51.5 %	48.5 %	100 %

 $X^2(2) = 6.8; p .033$

En el caso de sintomatología ansiosa el 48.7% de los estudiantes mexicanos presentaron un nivel alto de sintomatología ansiosa en comparación con el 51.3% de los estudiantes peruanos.

La prueba $X^2 = .033$ se muestra que la presencia de Sintomatología ansiosa entre estudiantes peruanos y mexicanos tiene una diferencia significativa.

Tabla 20
Sintomatología depresiva entre México y Perú.

Sintomatología Depresiva		Procedencia		Total
		México	Perú	
Normal	% Observado en la fila	54	58	112
		48.2 %	51.8 %	100 %
Dudoso	% Observado en la fila	223	200	423
		52.7 %	47.3 %	100 %
Sintomatología Depresiva	% Observado en la fila	22	24	46
		47.8 %	52.2 %	100 %
Total	% Observado en la fila	299	282	581
		51.5 %	48.5 %	100 %

$$X^2(2) = .984; p .611$$

Por último, el 47.8% de los estudiantes mexicanos presentaron un nivel alto de sintomatología depresiva en comparación con el 52.2% de los estudiantes peruanos.

La prueba $X^2 = .611$ se muestra que la presencia de Sintomatología depresiva entre estudiantes peruanos y mexicanos no tiene una diferencia significativa.

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la correlación que existe entre Coronafobia, Sintomatología ansiosa y Sintomatología depresiva en estudiantes de la Escuela profesional de Psicología en una universidad peruana y una universidad mexicana. Los resultados obtenidos muestran que existe una correlación positiva entre las variables, por lo que se acepta la hipótesis planteada en la investigación.

Esta correlación positiva nos indica que a mayor nivel de coronafobia existe una mayor presencia de sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva. En investigaciones similares como las de Belen (2021) donde halla, en una población turca de entre 18 y 41 años que el miedo al Covid-19 esta positivamente correlacionado con los síntomas depresivos y de ansiedad. En otros resultados que concuerdan Mahamid et al. (2021) evaluaron la correlación entre el miedo al coronavirus y salud mental (estrés, depresión y ansiedad), en una población palestina donde encontraron una correlación significativamente positiva con las variables previamente mencionadas, además encontraron una correlación negativa con el apoyo emocional percibido. Adicionalmente Bakioğlu et al. (2021) estudiaron la correlación entre el miedo al Covid-19, la ansiedad y la depresión; encontrando una correlación significativa y positiva entre estas variables, esto lo atribuyen a que la infección por Covid-19 al tener mayor alcance de infección y mayores consecuencias negativas en comparación a otras enfermedades respiratorias causa mayores alteraciones en el ánimo de las personas haciéndolas más vulnerables ante la ansiedad y depresión.

De acuerdo con los niveles establecidos en base a los datos sociodemográficos según sexo, en la población peruana y mexicana, se encontró, mayoritariamente niveles elevados en la población femenina con respecto a la coronafobia y la presencia de ambas sintomatologías, resultados congruentes con Seens et al. (2021) quienes realizaron un estudio transversal pre-post pandemia donde se demostró un aumento porcentual de la ansiedad y depresión en mujeres durante la epidemia . De igual forma en una investigación realizada por Cortés (2020) en población mexicana, se encontró que las puntuaciones más altas en depresión, ansiedad y estrés se dieron en la población general femenina. Esto puede deberse a las diferencias de sexo que comienzan en la adolescencia temprana de los cuales se persiste hasta la mitad de la vida, lo que corresponde a los años reproductivos de las mujeres, atribuyendo así una susceptibilidad asociada a cambios de estrógeno y progesterona. Además de que existe una mayor tendencia a experimentar depresión postparto, sufrir de depresión premenstrual o un trastorno disfórico premenstrual y premenopausia. Diferencias a las cuales también se le atribuyen factores ambientales como los distintos estatus socioeconómicos, mayores tasas de abuso y los diferentes estilos de afrontamiento (Marjore & Newman, 2021).

En otra investigación de Andrade et al. (2020) realizada con población brasileña encontraron que existe mayor miedo percibido frente al Covid-19 en la población femenina donde las puntuaciones elevadas se podían relacionar con las sospechas de contagio, la edad, el sexo y el riesgo laboral.

Otorgándole un enfoque al área familiar con respecto a los efectos de la pandemia encontramos que, en la población peruana, se identificó un mayor número de estudiantes con familias de 3 a 6 personas en un nivel alto de coronafobia y sintomatología ansiosa. En cambio,

la presencia de sintomatología depresiva predominó en familias de 7 a 15 personas. Autores como Montalbán (1998) comprobó que el tamaño familiar puede influir en el funcionamiento de la familia, sobre todo cuando hay más de 5 miembros. En investigaciones como las de Lepin-Molina (2020) describe el impacto en las relaciones familiares durante la pandemia por Covid-19, entre lo más resaltante muestra cómo la cuarentena obligatoria, las relaciones paternofiliales, y el sedentarismo evitan un desarrollo normal de las relaciones familiares. Aunque en investigaciones como las de Tardivo et al. (2021), donde evaluando a una población universitaria, con respecto a la cohesión familiar durante la pandemia encontraron resultados ambivalentes y contradictorios donde obtienen relaciones intensas, fortalecidas, sin cambios y conflictivas. Lo cual nos muestra la diversidad de los ambientes familiares donde diferentes factores pueden intervenir, como vio Robles Mendoza et al. (2021) en su investigación en una población universitaria donde evaluaron los principales conflictos familiares como, violencia familiar, duelos emocionales, invasión de privacidad e incrementos de estrés y ansiedad.

En el caso de la población mexicana se encontró un mayor número de estudiantes con familias de 3 a 6 personas con un nivel alto de coronafobia. Por otro lado, se encontró en la misma población que en familias de 7 a 15 miembros tuvieron mayor porcentaje de presencia de sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva. Resultados concordantes con un estudio sobre ansiedad y depresión en estudiantes universitarios durante el tiempo de aislamiento donde se halló que los puntajes más altos se obtuvieron en alumnos con más de 5 habitantes por casa (Carrasco et al., 2021).

Esta se debe a que la convivencia en familia durante la época de confinamiento ha tenido un cambio interno, lo cual ha orillado a las familias a implementar nuevos roles y métodos de

convivencia. Según Molina (2020) durante la pandemia el principal cambio en la convivencia fue la calidad de tiempo que se pasa en familia, si bien durante el confinamiento se dio más espacio para la convivencia familiar, los participantes de este estudio indicaron que sus actividades familiares se daban de forma ocasional debido a las diferentes actividades tales como el teletrabajo o la educación virtual; en su minoría indicaron que sí pudieron pasar más tiempo de calidad con sus familiares.

En la población peruana se encontró que los estudiantes que no tuvieron familiares diagnosticados por Covid-19 mostraron niveles altos de coronafobia y presencia de sintomatología ansiosa. En cuanto a la sintomatología depresiva los estudiantes que si tuvieron familiares diagnosticados presentaron síntomas de perdida de interés o de la capacidad de disfrutar, animo depresivo y el aumento de fatigabilidad.

En contraste, en la población mexicana los estudiantes que si tuvieron familiares diagnosticados con Covid-19 mostraron niveles altos de coronafobia y presencia de sintomatología ansiosa. En cuanto a los estudiantes que no tuvieron familiares contagiados mostraron sintomatología depresiva, esto se puede atribuir a que, al tener un familiar contagiado, genera en la persona una percepción más cercana de las consecuencias que se atribuyen al virus como lo deduce Vivanco et al. (2020) quienes encontraron diferencias significativas entre la ansiedad por Covid-19 y la salud mental en los estudiantes que tienen familiares cercanos con un diagnóstico positivo a Covid-19 y los que no tuvieron familiares con un diagnóstico positivo.

Por otro lado, Ruvalcaba -Pedroza (2021) en una investigación en estudiantes universitarios de México donde no encontró una diferencia significativa entre la presencia de ansiedad y depresión en estudiantes según el diagnostico de Covid-19 en algún familiar.

También se encontró en la presente investigación que los estudiantes peruanos y mexicanos presentaron niveles altos de coronafobia y presencia de sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva en aquellos que tuvieron algún familiar fallecido a causa de la Covid-19. Resultados similares a la investigación de Joaquim et al. (2021) donde evaluaron el impacto de la experiencia de la muerte por Covid-19 en la salud mental, hallando un incremento de síntomas de ansiedad, depresión, fobia, paranoia, hostilidad, TOC, entre otros malestares psicológicos que se intensificaron en individuos que presentaron diagnósticos psiquiátricos previos.

Otro aspecto importante es, la pérdida lamentable de familiares y cómo afectó psicológicamente a la población, Según Ogliastri (2020) existen factores de riesgo que complicarían el duelo en esta pandemia, variables como el fallecimiento repentino, no tener una despedida apropiada, sentimientos ambiguos frente a la pérdida, falta de acceso a entierros o la culpa del sobreviviente. Además, se debe de tener en cuenta que existen factores culturales en el duelo (diferencias al momento de expresar el dolor, forma de honrar a personas fallecidas o de llevar el luto) que ayudan a las personas en cierto modo a marcar un punto en donde el caos causado por el fallecimiento de un ser querido avanza hacia una fase en donde la aceptación de la pérdida y el duelo se hacen posibles. Esto se puede evidenciar en el estudio observacional realizado por Mestanza (2020) donde se encontró que los familiares de fallecidos por Covid-19 obtuvieron en su mayoría un nivel de duelo alto estos se pudo apreciar predominantemente en personas que tuvieron un deceso reciente en la familia.

En la población peruana encontramos que los participantes, que estudiaban y trabajaban, tuvieron niveles altos de coronafobia y mayor prevalencia de sintomatología depresiva.

Resultados que pueden estar relacionados con el miedo al contagio y sentirse más expuestos. En contraste con los participantes que solo estudiaban, que en su mayoría presentaron sintomatología ansiosa.

La salud mental de los estudiantes ha sido afectada durante la pandemia, pero tener un trabajo remunerado a la par que se estudia una carrera, es un compromiso por parte de los alumnos, el cual puede tener diversas motivaciones como la seguridad financiera, pero a su vez presenta la búsqueda de equilibrio entre trabajo, estudio y compromisos (Christiansen et al., 2019).

A diferencia de la población mexicana, los participantes que estudiaban y trabajaban presentaron mayor sintomatología ansiosa. Y los participantes que solo estudiaban mostraron sintomatología depresiva y niveles altos de coronafobia, esto se puede ver reflejado en una investigación donde se evaluó la percepción de inseguridad económica entre estudiantes que tenían un trabajo de medio tiempo y estudiantes que deseaban trabajar, donde se pudo observar que en ambos caso la mayoría sentían un inseguridad económica (Tsurugano et al., 2021).

Por otro lado Lup (2021) investigó como vivieron el confinamiento durante la pandemia por Covid-19 los estudiantes rumanos que trabajan, donde encontró que los estudiantes que trabajan dedican menos tiempo a actividades de ocio como hablar con amigos, mirar películas en línea, ente otros; a diferencia de los estudiantes que no trabajan los cuales expresaron tener mucho tiempo para el ocio y realizar continuamente actividades de dispersión. Aunque los estudiantes que trabajan expresaron sentir que tienen más tiempo libre para reflexionar y brindar mayor compromiso a sus estudios desde el inicio del confinamiento, se pudo demostrar que

obtuvieron niveles más altos de ansiedad e incertidumbre con respecto a la pandemia por Covid-19.

En la población peruana encontramos, un mayor porcentaje de personas no vacunadas en el nivel alto de coronafobia y con mayor presencia de sintomatología ansiosa, a diferencia de las personas que si fueron vacunados quienes obtuvieron mayor presencia de sintomatología depresiva. Cabe recalcar que cuando se tomó la muestra una parte de los estudiantes aún no se encontraban habilitados dentro del grupo de edad para recibir la vacuna contra la Covid-19. Por lo cual esto pudo afectar los niveles de coronafobia y ansiedad.

Posteriormente a la vacunación encontramos que las tasas de mortalidad disminuyeron en gran medida, aunque a pesar de ello, abrimos los ojos a una realidad social desoladora, donde encontramos un sistema de salud ineficiente que no está preparado para enfrentar una pandemia, lo cual, puede elevar niveles de ansiedad, depresión y miedo al Covid-19.

En la población mexicana ninguno de los estudiantes evaluados que no se vacunaron presentaron niveles altos de coronafobia y ambas sintomatologías . Cabe resaltar que para cuando se tomaron las pruebas en la población, si se podía acceder a la vacuna contra la Covid-19, esto se puede explicar con lo investigado por Dreser (2021) quien estudio los retos y avances que se causaron desde el inicio de la vacunación en Latinoamérica indicando que uno de los retos más difíciles para poder afrontar esta pandemia es la ola de noticias falsas e información errónea, que por lo usual se distribuye por medio de las redes sociales, este fenómeno también llamado infodemia trae suposiciones falsas o historias creadas a causa del miedo en la población, lo cual ha puesto en peligro la aceptabilidad de las personas hacia las vacunas contra la Covid-19.

Adicionalmente indicó que la debilidad en los sistemas de salud y la corrupción que se evidencia

en los países latinos también fue un reto para el avance de la vacunación en los países. Como se pudo apreciar en México donde se documentó el robo de vacunas junto con la venta de vacunas falsas y el inicio de la vacunación en grupos que no eran prioridad. En Perú también se suscitó un escándalo causado por la vacunación secreta de altos funcionarios con dosis que iban destinadas a los estudios hecho por Sinopharm en el país.

También encontramos que la población estudiantil mexicana presento niveles altos en coronafobia en un 50.4% y la población estudiantil peruana un 49.6%. Niveles que podemos atribuirlos a diferentes factores, entre ellos, políticos, sistemas de salud, falta de recursos económicos, medios de comunicación, entre otros. No obstante, en un estudio realizado por Moya-Salazar et al.(2021) donde estudiaron el miedo al Covid-19 entre seis países latinoamericanos, donde se pudo observar que Perú obtuvo un mayor porcentaje en cuanto a personas con un nivel alto de miedo al Covid-19, en comparación a las personas encuestadas de México.

Según Sánchez Talanquer et al. (2021) muestran a México como uno de los países más afectados durante la pandemia situándolo entre los peores en desempeño mundial por sus altas cifras de casos, muertes confirmadas, desigualdades en la carga de enfermedad y tasas de infección en trabajadores de salud. Según Delgado - Pugley (2020) en el caso peruano encontramos que, a pesar de ser uno de los primeros países en imponer el estado de emergencia, su desempeño ante la crisis fue ineficiente, gracias a la debilidad del sistema de salud, la inestabilidad política y la desigualdad social entre la población.

En la población peruana encontramos niveles elevados de sintomatología ansiosa en un 51.3% en comparación con estudiantes mexicanos a un 48.7%. A su vez, en la sintomatología

depresiva vemos mayor presencia de esta en la población peruana con un 52.2% a diferencia de la población mexicana con un 47.8%; resultados que se pueden relacionar con diferentes situaciones personales, sociales, económicas entre otras.

En un estudio realizado por Gonzales (2021) en población estudiantil de una universidad peruana donde se encontró que durante el contexto por Covid-19 los estudiantes del área de sociales presentaron en su mayoría Ansiedad mayor y en menor cantidad se vio presencia de depresión severa. Asimismo (Prieto-Molinari et al., 2020) donde encontraron en una muestra peruana prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva durante un periodo de aislamiento por Covid-19, en la cual, los indicadores de ansiedad presentan mayor prevalencia con características de la agorafobia y en la caso de depresión tienen prevalencia los problemas para conciliar el sueño, sentimientos de cansancio y tristeza.

Por otro lado, se encontró que los estudiantes mexicanos durante la pandemia por Covid-19 presentaron niveles altos de ansiedad en mayor cantidad que los niveles altos de depresión, estos resultados se presentaron en su mayoría en los estudiantes de último año (Ruvalcaba-Pedroza et al., 2021). No obstante, en un estudio sobre la salud mental de los estudiantes mexicanos durante la pandemia por Covid-19 Delbon (2020) pudo observar que un porcentaje alto de estudiantes tuvieron presencia de humores depresivos entre ellos la melancolía, tristeza, desamparo, desesperanza, entre otros; esto lo asociaron a que durante los meses de confinamiento tras la aparición de la Covid-19 los niveles de estrés, ansiedad y depresión aumentaron notoriamente en toda la población debido a la falta de contacto con la sociedad y la incertidumbre que trajo esta pandemia.

Conclusiones

Primera: Existe una correlación positiva de intensidad media-baja entre la coranafobia y la sintomatología depresiva; para el caso de la coranafobia y sintomatología ansiosa se encontró una correlación positiva con intensidad baja.

Segunda: Entre las correlaciones independientes de cada población tanto peruana como mexicana, con respecto a las tres variables, se encontró que todas fueron estadísticamente positivas con diferencias en los grados de intensidad.

Tercera: En los resultados de ambas poblaciones en base a los datos sociodemográficos de la población femenina, estudiantes con familias medianas a grandes y estudiantes con familiares fallecidos por Covid-19; se obtuvo presencia de coranafobia y ambas sintomatologías.

Cuarta: En los resultados de ambas poblaciones en base a los datos sociodemográficos se encontraron resultados contrastantes con respecto a si tuvieron convivientes contagiados con Covid-19, si fueron vacunados contra el coronavirus y la ocupación que desempeñaron durante la pandemia.

Quinta: No se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de los estudiantes peruanos y mexicanos con respecto a los niveles de coranafobia y la presencia de sintomatología depresiva. Aunque, si se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la presencia de sintomatología ansiosa.

Sugerencias

Primera: Implementar programas de difusión sobre el manejo de la coronafobia, ansiedad y depresión, además de promover dentro de las universidades una cultura del cuidado de la salud mental.

Segunda: Se recomienda que futuras investigaciones puedan incluir mayor cantidad de países para poder obtener mayor diversidad de resultados.

Tercera: Se sugiere realizar más investigaciones de tipo cualitativo, para lograr conocer a fondo las diferencias que se pueden encontrar con respecto a las variables.

Cuarta: Se aconseja que para investigaciones futuras se abarque líneas como la cantidad de conviviente fallecidos, estudiantes que trabajan y sexo; en base a las variables de coronafobia sintomatología ansiosa y depresiva.

Limitaciones

Primera: Las principales limitaciones que se dieron fueron los procesos burocráticos que tomaron más tiempo de lo esperado, trámites administrativos como la aprobación de dictaminadores de tesis, extendieron el cronograma estimado en un inicio.

Segunda: Otro factor es la predisposición para realizar las pruebas por parte de los estudiantes, ya que, en el caso de Perú los estudiantes de la carrera de Psicología fueron una población de muestra en investigaciones previas, por lo cual hubo una baja motivación. En el caso de los estudiantes de México, hubo una demora para completar el total de la muestra, que es atribuido a la cantidad.

Tercera: Finalmente, la tercera limitación que se encontró fue que al momento del inicio de la toma de muestras en Perú, una pequeña parte de la población encuestada no se había vacunado debido a su grupo de edad, lo cual, pudo afectar los resultados obtenidos.

Referencias

Ahorsu, D., Lin, C.-Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>

American Psychological Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). In (5ta. ed.) (Vol. 5).

Andrade, E. F., Pereira, L. J., Oliveira, A. P. L. de, Orlando, D. R., Alves, D. A. G., Guillarducci, J. de S., & Castelo, P. M. (2020). Perceived fear of COVID-19 infection according to sex, age and occupational risk using the Brazilian version of the Fear of COVID-19 Scale. *Https://Ezproxy.Ucsm.Edu.Pe:2209/10.1080/07481187.2020.1809786*.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1809786>

Apaza P., C. M., Seminario Sanz, R. S., & Santa-Cruz Arévalo, J. E. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el covid-19 – Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(90), 402–413. <https://doi.org/10.37960/rvg.v25i90.32385>

Arora, A., Jha, A. K., Alat, P., & Das, S. S. (2020). Understanding coronaphobia. *Asian Journal of Psychiatry*, 54. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102384>

Bakioğlu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H. (2021). Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00331-y>

Barriguet-Meléndez, J. A., Pérez-Bustinzar, A. R., De la Vega-Morales, R. I., Barriguet-Chávez-Peón, P., & Rojo-Moreno, L. (2017). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican population with eating disorders. *Revista Mexicana de*

Trastornos Alimentarios, 8(2), 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.001>

Beck, A. T., & Clark, D. A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastorno de Ansiedad*.

https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias :A Cognitive Perspective* (B. Books (ed.)).

Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19ª Edició).

Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. (1996). *BDI-II. Inventario de depresión de Beck . Segunda edición - Manual* (The Psychological Corporation (ed.)).

Belen, H. (2021). *Fear of COVID-19 and Mental Health: The Role of Mindfulness in During Times of Crisis*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00470-2>

Caballo, V., Salazar, I., & Carroble, J. (2014). *Psicopatología y trastornos psicológicos*. 783.

Calderón-Narváez, G. (1999). *Depresión: Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. Trillas. <https://www.worldcat.org/title/depresion-un-libro-para-enfermos-deprimidos-y-medicos-en-general/oclc/46323864>

Carrasco-Carballo, A., Luna-Centeno, L. D., Rojas-Morales, A., Alatríste, V., Martínez, I., Martínez, L., Limón, D., & Luna, F. (2021). Anxiety and Depression among Exact and Natural Science College Students of BUAP-Mexico under COVID-19 Lockdown. *Open Journal of Depression*, 10(03), 103–120. <https://doi.org/10.4236/ojd.2021.103007>

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. (2020). *Enfermedad por coronavirus, COVID 19*. .

Christiansen, A., Salamonson, Y., Crawford, R., McGrath, B., Roach, D., Wall, P., Kelly, M., &

Ramjan, L. M. (2019). “Juggling many balls”: Working and studying among first-year nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21–22), 4035–4043.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14999>

Cortés, N. Y., Piñeiro, R., & Vuelvas, C. R. (2020). Psychological Effects and Associated

Factors of COVID-19 in a Mexican Sample. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(3), 413–424. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.215>

Delbon, M. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena en estudiantes universitarios y / o terciarios. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNNE*, 23–36.

Delgado Pugley, D. (2020). La COVID-19 en el Perú: una pequeña tecnocracia enfrentándose a las consecuencias de la desigualdad. *Análisis Carolina*, 1–16.

https://doi.org/10.33960/ac_26.2020

Díaz, L., & Castro, J. (2020). *Influencia de la ansiedad en el rendimiento académico de estudiantes universitarios*. 3, 54–67.

https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/18306/3/2020_ansiedad_rendimiento_academico.pdf

Dresler, A. (2021). Retos y avances en la vacunación contra COVID-19 en Latinoamérica y el Caribe. *Salud UIS*. <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21002>

Estalovski, B. (2004). *Cómo Vencer la Depresión* (Imaginador (ed.)).

Freeman, D., & Freeman, F. (2012). *Ansiedade, o que é, os principais transtornos e como tratar*.

García, B., Castillo-García, G. D., Barbosa-Camacho, F. J., Cervantes-Cardona, G. A.,

Cervantes-Pérez, E., Torres-Mendoza, B. M., Fuentes-Orozco, C., Pintor-Belmontes, K. J., Guzmán-Ramírez, B. G., Hernández-Bernal, A., González-Ojeda, A., & Cervantes-Guevara, G. (2020). *Fear of COVID-19 Scale for Hospital Staff in Regional Hospitals in Mexico: A Survey Study*. 1–10. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-34065/v1>

Gobierno de Mexico. (2020, October). *Coronavirus*.

Gobierno del Perú. (2020). *Coronavirus (COVID-19) en el Perú*.
<https://www.gob.pe/coronavirus>

Gonzales, J. (2021). *Ansiedad y depresión segun la escala de Hamilton en el contexto de la pandemia de Covid-19 en estudiantes universitarios, Arequipa 2021*. Universidad Católica de Santa María.

Gonzales, N., Tejada, A., Espinosa, C., & Ontiveros, Z. (2020). *Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante lapandemia porCovid-19*.

Hanusz, Z., & Tarasińska, J. (2015). Normalization of the Kolmogorov–Smirnov and Shapiro–Wilk tests of normality. *Biometrical Letters*, 52(2), 85–93. <https://doi.org/10.1515/bile-2015-0008>

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología De La Investigación I*. McGrawhill Education.

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

Jhon Hopkins University. (2020). Mapa Impacto de la COVID-19 en la educación. In *Unesco*.

Joaquim, R. M., Pinto, A. L. C. B., Guatimosim, R. F., de Paula, J. J., Souza Costa, D., Diaz, A. P., da Silva, A. G., Pinheiro, M. I. C., Serpa, A. L. O., Miranda, D. M., & Malloy-Diniz, L. F. (2021). Bereavement and psychological distress during COVID-19 pandemics: The impact of death experience on mental health. *Current Research in Behavioral Sciences*, 2, 100019. <https://doi.org/10.1016/J.CRBEHA.2021.100019>

Ko, C., Yen, C.-F., Yen, J.-Y., & Yang, M. J. (2006). Psychosocial impact among the public of the severe acute respiratory syndrome epidemic in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(4), 397–403. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01522.x>

La UAM y la UNMSM crearán el Centro de Estudios Comparativos México-Perú. (n.d.). Retrieved August 19, 2021, from <https://www.udual.org/principal/2021/06/21/la-uam-y-la-unmsm-crearan-el-centro-de-estudios-comparativos-mexico-peru/>

Lee, S. A. (2020). Measuring coronaphobia: The psychological basis of the Coronavirus Anxiety Scale. *Dusunen Adam*, 33(2), 107–108. <https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2020.00069>

Lepin-Molina, C. (2020). La familia ante la pandemia del COVID-19. *Ius et Praxis*, 50–51, 23–29. <https://doi.org/10.26439/iusetpraxis2020.n50-51.5028>

Lup, O. (2021). *How Employed Students Lived the Covid-19 Lockdown in Romania*. 75, 53–73.

Mahamid, F. A., Veronese, G., & Dana Bdier, . (2021). *Fear of coronavirus (COVID-19) and mental health outcomes in Palestine: The mediating role of social support*. 1, 3. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02395-y>

Maia, B., & Dias, P. (2020). *Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o*

impacto da COVID-19. <https://doi.org/doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>

- Mamani, C. (2018). Creencias nucleares en trastornos alimenticios y síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes pre-universitarias. In *Repositorio Universidad Catolica de Santa Maria*. Universidad Catolica de Santa Maria.
- Marjore, R., & Newman, C. (2021). How Sex and Gender Impact Clinical Practice. *Analisis Standar Pelayanan Minimal Pada Instalasi Rawat Jalan Di RSUD Kota Semarang*, 3, 103–111.
- Mestanza, B. (2020). *GRADO DE DUELO ANTE LA MUERTE EN FAMILIARES DE FALLECIDOS POR COVID-19*.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1985). Evaluacion de respuestas fisiologicas, cognitivas y motoras de ansiedad. *Informes de Psicologia*, 4(January), 249–259.
- Molina, M. J. (2020). *Percepciones de las familias de Socio Vivienda respecto a la convivencia familiar y las condiciones de habitabilidad en situación de confinamiento por COVID -19*.
- Montalbán, J. (1998). *Relación entre ansiedad y dinámica familiar | Atención Primaria*.
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-relacion-entre-ansiedad-dinamica-familiar-15004>
- Moses, K., & Wootton, B. (2021). Cognitive behavior therapy for COVID-19 related distress. In *Mental Health Effects Of Covid-19 International* (pp. 301–313).
- Moya-Salazar, J., Cañari, B., & Contreras-Pulache, H. (2021). How much Fear of COVID-19 is There in Latin America? A Prospective Exploratory Study in Six Countries. *Electronic Journal of General Medicine*, 19(1), em339. <https://doi.org/10.29333/ejgm/11401>

Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia, M. J., & de Luis-García, R. (2020).

Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research*, 290.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>

Ogliastri, D. (2020). Pérdida y duelo durante la COVID-19. *Psychosocial Centre*, 1–37.

Prieto-Molinari, D. E., Aguirre Bravo, G. L., de Pierola, I., Luna Victoria-de Bona, G., Merea

Silva, L. A., Lazarte Nuñez, C. S., Uribe-Bravo, K. A., & Ch Zegarra, Á. (2020). *Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana*.

26(2), 425.

Robles-Mendoza, A. L., Junco-Supa, J. E., & Martínez-Pérez, V. M. (2021). Conflictos

familiares y económicos en universitarios en confinamiento social por COVID-19. *Revista CuidArte*, 10(19). <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2021.10.19.78045>

Ruvalcaba-Pedroza, K. A., González-Ramírez, L. P., & Jiménez-Ávila, J. M. (2021). Depresión

y ansiedad en estudiantes de Medicina durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. *Investigación En Educación Médica*, 39, 52–59.

<https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.39.21342>

Ruvalcaba Pedroza, K. A., González Ramírez, L. P., & Jiménez Ávila, J. M. (2021). Depresión y

ansiedad en estudiantes de Medicina durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. *Investigación En Educación Médica*, 39, 52–59.

<https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.39.21342>

Sánchez-Talanquer, M., González-Pier, E., Sepúlveda, J., Abascal-Miguel, L., Fieldhouse, J.,

Del-Río, C., & Gallalee, S. (2021). *La respuesta de México al Covid-19: Estudio de caso*.

1–131.

https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf

Seens, H., Modarresi, S., Fraser, J., MacDermid, J. C., Walton, D. M., & Grewal, R. (2021). The role of sex and gender in the changing levels of anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Women's Health*, 17.

<https://doi.org/10.1177/17455065211062964>

Tardivo, G., Suárez-Vergne, Á., & Díaz Cano, E. (2021). Cohesión familiar y covid-19: los efectos de la pandemia sobre las relaciones familiares entre los jóvenes universitarios madrileños y sus padres. *RIPS: Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 20(1), 1–16. <https://doi.org/10.15304/rips.20.1.7087>

Tsurugano, S., Nishikitani, M., Inoue, M., & Yano, E. (2021). Impact of the COVID- - 19 pandemic on working students : Results from the Labour Force Survey and the student lifestyle survey. *Journal of Occupational Helth*, August 2020, 1–7.

<https://doi.org/10.1002/1348-9585.12209>

Uvais, N. A. (2021). “Coronaphobia” Among Undergraduate Students: A Pilot Survey Study.

Asia-Pacific Journal of Public Health, 1–2. <https://doi.org/10.1177/10105395211007645>

Vivanco, A., Saroli, D., Caycho, T., Carbajal, C., & Noé, M. (2020). Ansiedad por Covid - 19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación En Psicología*, 23(2),

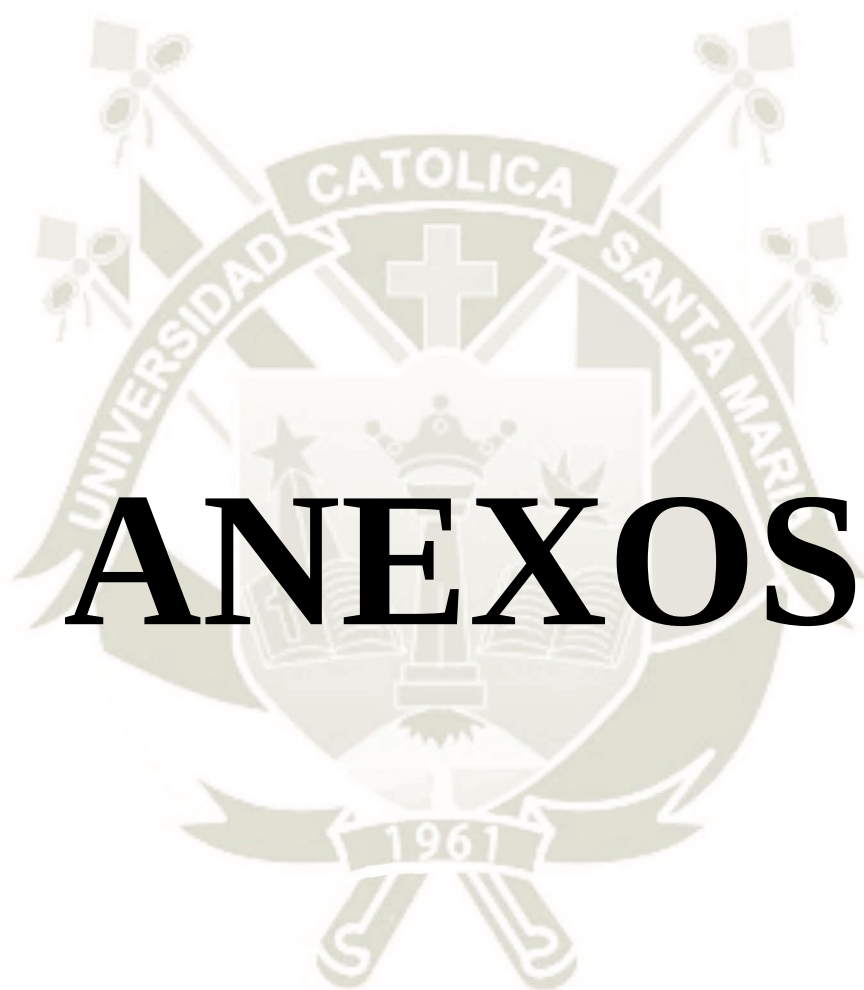
197–215. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v23i2.19241>

Walentina, C., & Gaudêncio, A. (1997). *Estudio Transcultural De La Ansiedad*.

Xiang, Y. T., Jin, Y., & Cheung, T. (2020). Joint International Collaboration to Combat Mental Health Challenges during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 77(10), 989–990. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1057>

Zigmond, A. S., & Snalth, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr. scand. Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>





ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

Estimado Estudiante:

Usted es invitado a participar en la presente investigación académica "Coronafobia, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva en estudiantes de Psicología de una universidad peruana y mexicana durante la pandemia por Covid-19" dirigido por las bachilleres en Psicología Diana Garcia Bringas y Adriana Meza Astorga.

Si usted acepta participar en la investigación, se le solicitara que complete el cuestionario presentado a continuación el cual tiene un tiempo de duración de 20 minutos aproximadamente.

La participación es completamente voluntaria y sin fines de lucro.

No existen respuestas correctas o incorrectas.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial guardando el anonimato, no se obtendrán datos personales como tu nombre, dirección o IP, que pudieran ser utilizados para identificar tu persona o localizarte.

Toda la información será guardada de una manera segura.

Cabe resaltar que la información brindada no será usada en su contra, existiendo un riesgo nulo al momento de participar en la presente. Su participación no implica recibir algún tipo de beneficio. Los datos obtenidos pueden ser usados en investigaciones futuras o compartidos con otros investigadores.

Si tienes preguntas puedes contactarnos al correo: 71789341@ucsm.edu.pe o 73393445@ucsm.edu.pe

Anexo 2: Ficha Sociodemográfica

1. Edad: _____
2. Sexo:

Femenino ()

Masculino ()
3. Estado civil

Soltero(a) ()
Casado(a) ()
Conviviente ()
4. País de procedencia

Perú ()
México ()
5. Semestre de estudio

II Semestre ()
IV Semestre ()
VI Semestre ()
VIII Semestre ()
X Semestre ()
6. ¿Cuántas personas han vivido con usted durante el periodo de pandemia? (Número)

7. ¿Alguna de las personas que vive contigo ha sido diagnosticada con Covid-19?

Si ()

No ()
8. ¿Alguna de las personas que vive contigo falleció a causa del Covid -19?

Si ()

No ()

9. Ocupación durante la pandemia

Estudiante ()

Estudiante/Trabajador ()

10. ¿Has sido vacunado(a) contra el Covid-19?

Si ()

No ()



Anexo 3: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS)

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la(s) semana(s) pasada(s). No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

Me siento tenso o nervioso.

☐ Todos los días ☐ Muchas veces ☐ A veces ☐ Nunca

Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

☐ Como siempre ☐ No lo bastante ☐ Sólo un poco ☐ Nada

Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

☐ Definitivamente y es muy fuerte ☐ Sí, pero no es muy fuerte ☐ Un poco, pero no me preocupa ☐ Nada

Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.

☐ Al igual que siempre lo hice ☐ No tanto ahora ☐ Casi nunca ☐ Nunca

Tengo mi mente llena de preocupaciones.

☐ La mayoría de las veces ☐ Con bastante Frecuencia ☐ A veces, aunque no muy a menudo ☐ Sólo en ocasiones

Me siento alegre.

☐ Nunca ☐ No muy a menudo ☐ A veces ☐ Casi siempre

Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.

☐ Siempre ☐ Por lo general ☐ No muy a menudo ☐ Nunca

Me siento como si cada día estuviera más lento.

___ Por lo general, en todo Momento ___ Muy a menudo ___ A veces ___ Nunca

Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.

___ El Nunca ___ En ciertas ocasiones ___ Con bastante frecuencia ___ Muy a menudo

He perdido interés en mi aspecto personal.

___ Totalmente ___ No me preocupo tanto como debiera ___ Podría tener un poco más de cuidado ___ Me preocupo al igual que siempre

Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.

___ Mucho ___ Bastante ___ No mucho ___ Nada

Me siento optimista respecto al futuro.

___ Igual que siempre ___ Menos de lo que acostumbraba ___ Mucho menos de lo que acostumbraba ___ Nada

Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

___ Muy frecuentemente ___ Bastante a menudo ___ No muy a menudo ___ Rara vez

Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

___ A menudo ___ A veces ___ No muy a menudo ___ Rara vez

Anexo 4: Cuestionario Fear of covid-19 (FCV-19)

1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19).

___Totalmente ___En desacuerdo ___Ni de acuerdo ___De acuerdo ___Totalmente de
desacuerdo ni en desacuerdo acuerdo

2. Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19).

___Totalmente ___En desacuerdo ___Ni de acuerdo ___De acuerdo ___Totalmente de
desacuerdo ni en desacuerdo acuerdo

3. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19).

___Totalmente ___En desacuerdo ___Ni de acuerdo ___De acuerdo ___Totalmente de
desacuerdo ni en desacuerdo acuerdo

4. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19).

___Totalmente ___En desacuerdo ___Ni de acuerdo ___De acuerdo ___Totalmente de
desacuerdo ni en desacuerdo acuerdo

5. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a).

___Totalmente ___En desacuerdo ___Ni de acuerdo ___De acuerdo ___Totalmente de
desacuerdo ni en desacuerdo acuerdo

6. No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)

___Totalmente ___En desacuerdo ___Ni de acuerdo ___De acuerdo ___Totalmente de
desacuerdo ni en desacuerdo acuerdo

7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)

___Totalmente ___En desacuerdo ___Ni de acuerdo ___De acuerdo ___Totalmente de
desacuerdo ni en desacuerdo acuerdo