



Facultad de Humanidades y Educación

Especialización en Psicología Clínica Comunitaria

**INFLUENCIA DEL SEXO, EDAD, NÚMERO DE SESIONES EN PSICOTERAPIA Y EL  
INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL DE ADULTOS CON  
SÍNTOMAS POST COVID-19**

Trabajo Especial de Grado elaborado por

José, PÉREZ FUENMAYOR

Como requisito parcial para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica Comunitaria

Profesor asesor:

Luisa, ANGELUCCI BASTIDAS

Caracas, JUNIO 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO  
 Urb. Montalbán - La Vega - Apartado 20332  
 Telf.: (0212) 407-61-21/ 44-76/ 42-82 Fax:

Estudios de Postgrado

## ACTA DE EVALUACIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA COMUNITARIA

Nosotros, Profesores LUISA ANGELUCCI BASTIDAS (Asesor) y YOLANDA DE ABREU DA SILVA, designados por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Humanidades y Educación a los once días del mes de junio del año dos mil veinticuatro, para conocer y evaluar en nuestra condición de jurado del Trabajo Especial de Grado "Influencia del sexo, edad, número de sesiones en psicoterapia y el ingreso en hospitalización sobre la salud mental de adultos con síntomas post COVID-19", presentado por el ciudadano Pérez Fuenmayor, José Manuel, C.I. N°. 22479612, para optar al grado de Especialista en Psicología Clínica Comunitaria.

Declaramos que:

Hemos leído el ejemplar del Trabajo Especial de Grado que nos fue entregado con anterioridad por la Dirección del Programa.

Reunidos a los dos días del mes de julio del año dos mil veinticuatro, en la sede de los Estudios de Postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello, previa lectura y estudio del mencionado trabajo, hemos decidido convocar al estudiante con el fin de responder las preguntas que le formule el jurado. Hechas por nuestra parte las preguntas y aclaratorias correspondientes, se consideró formalizar el siguiente dictamen:

### APROBADO

Hemos acordado calificar el Trabajo Especial de Grado con DIECINUEVE (19) puntos.

(Observaciones o declaratoria de recomendación)

En fe de lo cual, nosotros los miembros del jurado designado, firmamos la presente acta en Caracas, a los dos días del mes de julio del año dos mil veinticuatro.

  
 Luisa Angelucci Bastidas  
 C.I.: 6293922



  
 Yolanda De Abreu Da Silva  
 C.I.: 10.627.095

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo conocer la influencia de la influencia del sexo, edad, número de sesiones en psicoterapia y el ingreso en hospitalización sobre la salud mental de adultos con síntomas Post COVID-19, empleando para medir la salud mental de los participantes el Cuestionario de Salud General de Goldberg (1988) en su versión de 12 ítems. La muestra estuvo conformada por 209 adultos, 150 mujeres y 59 hombres, con edades comprendidas entre los 18 y los 78 años ( $M=38.68$ ,  $DE=16.28$ ) que presentaban limitaciones en su estado funcional debido a síntomas Post COVID-19. Mediante el análisis de los datos se encontró que los adultos con síntomas Post COVID-19 presentaban niveles de ansiedad y depresión moderados ( $M=8.72$ ,  $CV=39,9\%$ ) junto a niveles moderado-bajos de disfunción social ( $M=6.72$ ,  $CV=55,2\%$ ). Se empleó un análisis de regresión múltiple evidenciando que los adultos jóvenes que fueron ingresados en hospitalización y cuya fecha de infección por COVID-19 sea reciente presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión. Asimismo, los adultos que no requirieron ser hospitalizados, tengan varios hijos y recibieron atención psicológica por el COVID-19 presentaron menores niveles de disfunción social. Se obtuvo que el ingreso en hospitalización predice de forma significativa ambas dimensiones de la salud. Las variables que predicen únicamente la dimensión de ansiedad y depresión fueron la edad de los participantes y la fecha de infección por COVID-19. En cuanto a la dimensión de disfunción social las variables que predicen fueron el número de hijos de los participantes y la atención psicológica por COVID-19.

*Palabras clave:* Salud mental, Post COVID-19, edad, sexo, ingreso en hospitalización, número de sesiones de psicoterapia.

## Índice de Contenido

Resumen.....	i
Índice de Contenido.....	ii
Índice de tablas y figuras.....	iv
Introducción.....	1
Marco teórico.....	3
Método.....	30
Pregunta de investigación.....	30
Hipótesis.....	30
Hipótesis general.....	30
Hipótesis específica.....	30
Definición de las variables.....	31
Variable predicha.....	31
Variables predictoras.....	31
Variables controladas.....	33
Tipo de investigación.....	33
Diseño de investigación.....	34
Población y diseño muestral.....	34
Instrumentos.....	37
Procedimiento.....	42
Consideraciones éticas.....	42
Resultados.....	44
Análisis descriptivos.....	45
Análisis de regresión múltiple.....	46
Discusión.....	54

Conclusión.....	64
Limitaciones y recomendaciones.....	66
Referencias.....	68
Anexos.....	81

## Índice de figuras y tablas

Tabla 1. Estadísticos Descriptivos Dimensiones de Salud Mental.....	45
Figura 1. Gráfico de normalidad de la dimensión de ansiedad y depresión.....	47
Figura 2. Gráfico de dispersión de los residuos para la dimensión ansiedad y depresión...	48
Figura 3. Gráfico de normalidad de la dimensión disfunción social.....	49
Figura 4. Gráfico de dispersión de los residuos para la dimensión de disfunción social.....	49
Tabla 2. Coeficientes de regresión para la dimensión de ansiedad y depresión.....	51
Tabla 3. Coeficientes de regresión para la dimensión de disfunción social.....	52

## Agradecimientos

A la Universidad Católica Andrés Bello por brindarme la formación tanto de pregrado como de postgrado, con excelentes profesores.

A mi familia, quienes siempre me brindaron todo el apoyo durante tantos años y por siempre ser un apoyo.

A la profesora Luisa Angelucci, por todo el apoyo, guía y paciencia que me brindo durante todo el proceso de realizar la investigación. La profesora que más ha influido en poder alcanzar los logros académicos y profesional que he alcanzado hasta el momento. Una guía y apoyo para todos los que tuvimos el placer de tenerla como profesora.

A Andrea, por ser un apoyo y levantarme cuando sentía que era difícil poder avanzar, por el cariño y el cuidado durante tanto tiempo, por las risas y aventuras. Cada recuerdo y detalle lo llevare conmigo siempre.

A Andrés, un amigo que desde la distancia siempre me ha acompañado y aunque no fue mucho el tiempo que pudimos vernos hay vínculos que perduran en el tiempo. Por las conversaciones en las mañanas, los chistes muy malos, las discusiones y por estar en los buenos y malos momentos, una frase que te describe “a beacon of light in the middle of the shadowlands”.

A Ana Córdoba, por el cariño, comprensión y acompañarme durante todos estos años, por apoyarme cuando tenía dudas, aguantar mi terquedad y ver cualidades en mí que a veces yo no logro percibir. Por ser un lugar seguro y hacerme sentir que, aunque me encuentre perdido en un laberinto, sé que tu estarás conmigo y no tendré que caminar solo.

## Introducción

Desde el inicio de la pandemia causada por el COVID-19 se ha registrado un impacto significativo a nivel mundial en lo económico, social y en la salud física y mental de las personas que han sufrido la enfermedad o han estado trabajando como personal de primera línea de atención médica (Greenberg, 2020; Serafini, et al., 2020). El impacto del COVID-19 en la salud de las personas no se limita únicamente al cuadro agudo de la enfermedad, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) existe la condición Post COVID-19, que involucra la presencia de síntomas asociados al COVID-19, como la fatiga, dificultad para respirar, disfunción cognitiva pero también otros y generalmente teniendo repercusiones en el funcionamiento diario de las personas que lo padecen. Los síntomas Post COVID-19 han tenido un impacto significativo en la calidad de vida de las personas y en la prevalencia de síntomas asociados a la ansiedad y la depresión, destacando la importancia de generar programas de intervención en salud mental para apoyar en la recuperación de los pacientes (Weerahandi et al., 2021; Colizzi et al., 2022).

Se han llevado a cabo investigaciones con el objetivo de determinar si variables como la edad y el sexo del paciente pueden incidir en la mortalidad del COVID-19, el tipo y gravedad de los síntomas reportados por los pacientes, su posterior recuperación y en la salud mental de la población (Fernández, et al, 2022; Willi et al., 2021). Se ha encontrado que ha existido un impacto en la salud mental significativo, llevando a la necesidad de realizar intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a disminuir el sufrimiento psicológico de la población en general, realizando planes de tratamiento primarios, secundarios y terciarios.

En este sentido la psicoterapia ha cobrado un rol importante en la prevención y tratamiento de síntomas o trastornos que pueden deteriorar la salud mental, los distintos enfoques



psicoterapéuticos han mostrado ser eficaces en disminuir los síntomas en los pacientes en pocas sesiones (Cuijpers et al., 2008). En el caso de Venezuela organizaciones como Médicos Sin Fronteras y la Federación de Psicólogos han llevado a cabo iniciativas para la atención de la salud mental de la población.

Tomando en consideración lo expuesto previamente, la presente investigación tuvo como objetivo conocer la influencia del sexo, edad, número de sesiones en psicoterapia y el ingreso en hospitalización sobre la salud mental de adultos con síntomas Post COVID-19.

La relevancia de la investigación radica en varios aspectos. En principio, a partir de la información obtenida se pueden llevar a cabo programas de intervención psicológica sobre la salud mental de la población. En segundo lugar, indaga en los efectos de los síntomas Post COVID 19 en la salud mental aporta conocimiento al área de la investigación en la psicología clínica. Por último, se emplean instrumentos recientes para medir las limitaciones funcionales de los pacientes con síntomas Post COVID-19 en Venezuela. Aunado a ello, se aporta información sobre la influencia de la psicoterapia en la salud mental, área en la cual Campo-Redondo (2020) destaca se realizan pocas investigaciones en Venezuela.

## Marco teórico

### COVID-19 y Post COVID-19

A finales del año 2019, concretamente en el mes de diciembre se detectó la infección de una persona en China, específicamente en la región de Wuhan denominado SARS-CoV-2 o COVID-19 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). El virus comenzó su expansión a nivel regional y mundial llegando en el mes de marzo del 2020 a ser catalogada como una pandemia por la Organización Mundial Para la Salud (OMS, 2020). Una pandemia es definida según la Real Academia Española (2021) “Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región”.

El SARS-CoV-2 es una enfermedad que se transmite entre todos los grupos de edades, presentando una variedad de síntomas con diferentes niveles de gravedad, desde ser asintomático, es decir, no presentar ningún tipo de síntoma; presentar síntomas leves como fatiga, fiebre y congestión nasal; y síntomas graves que incluyen neumonía, disminución de la saturación de oxígeno, dolores de cabeza, dolor en el pecho y fallo respiratorio (Hu et al., 2020).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2021) en su informe del mes de octubre se contabilizan más de 91 millones de personas infectadas y 2 millones de personas fallecidas por la enfermedad. Debido al avance e impacto que ha tenido a nivel mundial la OMS (2020) establece una serie de medidas para la protección de las personas, entre ellas el empleo de las mascarillas en todo momento al salir del hogar o en interacción con otras personas, distanciamiento social entre las personas de al menos un metro, evitar concentraciones de personas en lugares cerrados y emplear el gel antibacterial (Tropea y De Rango, 2020).

La pandemia ha tenido un impacto a nivel social, pero también emocional en las personas, tanto en el personal de la salud que trabaja directamente en la atención de personas que padecen COVID-19 como los ciudadanos que cumplen aislamiento. Autores como Gavin et al. (2020) establecen que los trabajadores de la salud son un grupo vulnerable y que requiere recibir atención psicológica ante las repercusiones que pudiera tener en su salud mental. Por ejemplo, Ornell et al. (2020) exponen que durante el brote del síndrome respiratorio agudo del 2003 el 57% de los trabajadores de la salud presentaron serios problemas emocionales; durante el síndrome respiratorio de oriente medio, se encontraron resultados similares donde alrededor del 50% de los trabajadores experimentaron emociones disfóricas y sufrimiento psicológico que no eran capaz de expresar verbalmente.

Aunado a lo anterior, Greenberg (2020) menciona que los trabajadores de la salud pueden presentar trastorno de estrés postraumático, depresión, trastornos de ansiedad, consumo de sustancia y suicidio. Estos trastornos pueden ser causados por el estrés al que se ven sometidos al atender pacientes infectados por COVID-19, la pérdida de familiares o compañeros de trabajo, la sensación de ser incapaz de ayudar, el temor al contagio y la muerte.

Por otra parte, las medidas de aislamiento y cuarentena han tenido un impacto en la sociedad en general. Serafini et al. (2020) llevaron a cabo una revisión bibliográfica sobre el impacto psicológico que ha tenido el COVID-19 y el aislamiento social en la población en general. Diferentes investigaciones, tanto longitudinales como transversales, encontraron que la cuarentena y el aislamiento social han causado perturbaciones emocionales en la población, miedo ante el contagio, ansiedad, depresión, alteraciones del estado del humor, insomnio, frustración, tristeza e ira. El sufrimiento psicológico al cual se encuentran sometidas las personas causa un impacto

directo tanto en el área laboral, relacional y en el propio bienestar (Hawryluck et al., 2020; Torales et al., 2020; Lee et al., 2020).

Serafini, et al. (2020) categorizan factores que influyen en las reacciones de las personas ante el COVID-19, en principio el estudio demuestra que las personas que han tenido relación con personas que se han infectado con coronavirus generan un mayor miedo al contagio de sí mismo o de su familia. Aunado a ello, el temor es mayor en mujeres embarazadas y familias con niños en la infancia temprana. En segundo lugar, el aislamiento y la incertidumbre respecto a lo que pueda suceder en el futuro causa en las personas síntomas de ansiedad generalizada, junto con insomnio y en algunos casos, trastorno de estrés agudo o depresión. Es posible que ello se vea acrecentado con la percepción de las personas de contar con un menor apoyo social, la separación de los seres queridos y la pérdida de la libertad. Por último, comentan que la frustración de estar solo y la desesperanza ocasiona una interrupción en las actividades diarias, las necesidades sociales, ira que puede llevar al maltrato infantil. Adicionalmente, la ira, el consumo excesivo de alcohol o drogas, frustración junto a la soledad y desesperanza sirve como predictor de conductas suicidas.

Según la OMS (2021) El COVID-19 no sólo causa un impacto durante los síntomas agudos, se ha encontrado en paciente que se recuperaron de la infección por COVID-19 que al cabo de semanas o meses comenzaban a presentar síntomas asociados a la enfermedad, entre ellos dolores en el tórax, fatiga, dificultades respiratorias, entre otras. La Organización Panamericana de la Salud (2022) ha definido el cuadro sintomático como la condición Post COVID-19 como:

“Es una condición que usualmente se diagnostica 3 meses después del inicio de la enfermedad por COVID 19, dura al menos 2 meses y los síntomas no pueden ser explicados por un diagnóstico alternativo. Los síntomas pueden ser diferentes a los experimentados

durante un episodio de COVID-19 agudo o persistir desde la enfermedad inicial. Los síntomas también pueden cambiar o reaparecer con el tiempo.” (p. 11).

Lo expuesto por la OMS (2021) ha sido respaldado por investigaciones donde se encuentra que de una muestra de 532 pacientes internados en centros de salud de España posterior a su recuperación de COVID-19 presentaban síntomas como la astenia, fatiga, dolores musculares, sensación de presión en el tórax, dificultad respiratoria, dificultad en la concentración y respuestas inflamatorias que persisten durante un periodo de 3 semanas a 3 meses (Bouza et al., 2021; Maltezou, Pavli y Tsakris, 2021). Carfi, Bernabei y Landi (2020) destacan que los síntomas más frecuentes del síndrome de post COVID-19 en una muestra de 143 pacientes residentes de la ciudad de Roma, Italia son la fatiga, la astenia y las dificultades respiratorias. En su mayoría, los pacientes que sufrían dificultades respiratorias estuvieron ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos, sin embargo, aquellos que tuvieron síntomas leves o moderados también reportaron alteraciones respiratorias post COVID-19.

Bouza et al. (2021) menciona que el post COVID-19 puede afectar en diferentes sistemas corporales, la primera sería en el sistema respiratorio caracterizado por fatiga, disnea y dolores torácicos, con lesiones a nivel pulmonar que pudiera conllevar a fibrosis pulmonar. Por otra parte, se encontró la presencia de síntomas asociados a alteraciones a nivel neurológico, entre el 2 y el 6% de los pacientes que padecieron COVID-19 reportaron sufrir cefaleas semanas o meses posterior a la remisión de síntomas del cuadro agudo, adicionalmente se puede llegar a experimentar mareos crónicos por afectación vestibular, astenia y alteraciones en las funciones ejecutivas, en la memoria y presentado “niebla mental” como un estado de confusión, con deterioro en la atención focalizada y memoria de trabajo (Liu et al., 2020; Wijeratne y Crewther, 2021). Se

han encontrado casos donde los pacientes presentan Mononeuritis multiplex, síndrome de Guillain Barre y meralgia parestésica (Christie et al., 2020; Needham et al., 2020; Raahimi et al., 2021).

En cuanto a los problemas musculares y esqueléticos se pueden presentar síntomas de artralgias, mialgias, calambres, contracturas musculares, atrofia y debilidad muscular. La debilidad muscular persistente es uno de los síntomas más comunes reportados en los casos de síndrome post COVID 19. Son síntomas incapacitantes y que dificultan la incorporación de los pacientes a la actividad laboral, requiriendo rehabilitación y fisioterapia (Disser et al., 2020).

Por último, algunos autores como Taquet et al. (2021) y Rogers, et al. (2020) describen que pueden presentarse problemas de concentración o atención, problemas de memoria, lenguaje prolijo, euforia, irritabilidad, labilidad emocional y síntomas característicos del estrés postraumático. En una investigación realizada en Gran Bretaña llevada a cabo por Halpin, et al. (2021) con 100 pacientes que habían padecido COVID-19 y les habían dado el alta del hospital, de los cuales 54 eran hombres y 46 eran mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y los 93 años. La entrevista se realizó mediante una llamada telefónica, los participantes tenían 29 y 71 días desde que remitieron los síntomas de COVID-19. Se encontró que los participantes con edades inferiores a los 59 años presentaban mayor cantidad de síntomas de trastorno de estrés postraumático, adicionalmente encontraron que 47% de los participantes reportaron niveles altos de ansiedad posterior al alta médica.

Shanbehzadeh, et al. (2021) llevaron a cabo una revisión bibliográfica de 29 artículos de investigación sobre el impacto de los síntomas post COVID-19 en la salud mental y física, la muestra total de 8932 personas de los cuales 56,3% son mujeres y 43,7% hombres que estuvieron infectados con COVID-19. Reportaron que los pacientes internados en la unidad de cuidados

intensivos presentaban un deterioro significativo en su salud física posterior a la remisión de los síntomas. Entre 28% al 87% de los participantes en las investigaciones reportaban síntomas de fatiga, se observó que existía una mayor prevalencia de fatiga entre mujeres en comparación con los hombres. La mialgia fue reportada entre el 4,5% y el 36% de los participantes y 51,6% reportaban dolores corporales. Shanbehzadeh, et al. (2021) destacan que el deterioro de la salud física afecta a la funcionalidad, movilidad y en las actividades diarias como el trabajo, en detrimento de la calidad de vida de los pacientes.

En síntesis, las investigaciones sobre el impacto de los síntomas post COVID-19 muestran que se presentan alteraciones en múltiples sistemas corporales, siendo caracterizado por la fatiga, dolor corporal, dificultades respiratorias, inflamaciones, alteraciones a nivel neurológico y cardiológico. Estos síntomas dificultan que los pacientes puedan reintegrarse a sus actividades diarias (Bouza et al., 2021; Christie et al., 2020; Needham et al., 2020; Raahimi et al., 2021; Shanbehzadeh, et al., 2021).

Sin embargo, el impacto de los síntomas post COVID-19 también afecta la salud mental de las personas, como se ha expuesto previamente en investigaciones llevadas a cabo por Greenberg (2020) y Serafini, et al. (2020), la pandemia del COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la salud mental tanto de trabajadores de la salud como en la población en general. La ansiedad por infectarse, la pérdida de familiares, amigos y personas significativas, los cambios en las dinámicas laborales, familiares y sociales, junto a otros factores ha provocado que estén presentándose aumento en las tasas de depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastornos de estrés agudo y postraumático, es decir, un deterioro de la salud mental.

La salud mental es definida según la American Psychological Association (2022) como: “un estado mental caracterizado por el bienestar emocional, un buen ajuste conductual, una ausencia relativa de ansiedad y síntomas incapacitantes, y una capacidad para establecer relaciones constructivas y hacer frente a las demandas y tensiones ordinarias de la vida”.

Con respecto al impacto de los síntomas Post COVID-19, Weerahandi et al. (2021) realizaron una investigación con el objetivo de describir el estado general de salud física y mental de pacientes que habían sufrido COVID-19 y se recuperaron. Para ello realizaron una investigación de tipo prospectiva, en el Centro de Salud de la Universidad de New York, se utilizó como criterio de selección que los pacientes tuvieran una edad igual o superior a los 18 años de edad y que en algún momento de la hospitalización requirieron emplear oxígeno. Como criterio de exclusión los participantes no podían presentar alteraciones en el lenguaje o trastornos neurocognitivos. Como instrumento para recolección de datos se realizaron entrevistas telefónicas, se identificaron participantes que tuvieran entre 30 y 40 días de alta médica. La muestra final constó de 161 participantes, con 60 mujeres y 101 hombres, con una edad media de 62 años. Para evaluar los síntomas asociados a la salud física los investigadores emplearon la encuesta PROMIS de las características de la disnea. La salud mental se evaluó mediante la escala de Salud Global-10 del protocolo PROMIS.

Los autores obtuvieron que, en el caso de la disnea, 113 personas (74,3%) indicaron tener dificultades en la respiración con una puntuación media de 3 con diferencias estadísticamente significativas con las personas que no han sufrido de COVID-19 que obtuvieron 0 puntos. Por otra parte, respecto a la salud física, mental y social, se encontró que los puntajes medios obtenidos en el instrumento de Salud Global-10 fue de 43,8 puntos para la salud física y de 47,3 puntos para la salud mental, estando por debajo de la media para la población de Estados Unidos. Los pacientes



que se habían recuperado del COVID-19 presentaban una peor salud física y mental que las personas que no habían experimentado COVID-19 que obtuvieron una puntuación media de 54,3 en salud física y 54,8 en la salud mental, siendo una diferencia estadísticamente significativa ( $p < .001$ ). Aunado a lo anterior, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la salud social ( $p < .001$ ), los pacientes luego de enfermarse con COVID-19 presentaban dificultades en la reintegración en actividades sociales como puede ser las relaciones interpersonales y la reincorporación al campo laboral.

Colizzi et al. (2022) señala que los pacientes con síntomas Post COVID-19 presentan un mayor número de síntomas asociados a trastorno de salud mental de lo esperado. Los autores llevaron a cabo un estudio prospectivo, con el objetivo de evaluar la evolución de la salud mental de pacientes con síntomas Post COVID-19 durante 12 meses. La muestra contó con un total de 479 participantes (252 hombres y 227 mujeres), con una edad media de 54 años. 422 de los participantes poseían la nacionalidad italiana, 32 participantes tenían nacionalidad de otro país de Europa y 3 participantes residían en Estados Unidos.

Al inicio de la investigación se estableció una línea base de los participantes. Los autores señalan que 92% de los participantes presentaban síntomas, 62% presentaba síntomas moderados de COVID 19, 24,3% presentaba síntomas severos de COVID-19 que requirieron ser hospitalizados y 4,4% debieron ser ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Al finalizar los 12 meses se realizó una evaluación de los síntomas físicos y de trastornos mentales, mediante entrevistas, revisión por parte de profesionales de la salud y estudios de laboratorio. Colizzi et al. (2022) reportan como resultados al transcurrir los 12 meses los participantes presentaban una disminución estadísticamente significativa de los síntomas de COVID-19 ( $p < .005$ ) en comparación con la primera evaluación. Sin embargo, se dio un aumento significativo

de los síntomas de ansiedad y depresión (CI=0,97-2,59;  $p < .0005$ ). Adicionalmente, obtuvieron que hubo un aumento del 20% de los participantes que reportaron tener dificultades para concentrarse o “niebla mental” ( $p < .0001$ ). Colizzi et al. (2022) concluyen que existe un impacto en la salud mental de las personas que sufren síntomas Post COVID-19, requiriendo planes de intervención en salud mental para apoyar a los sobrevivientes de COVID-19.

Se ha investigado sobre los factores de riesgos relacionados con el impacto del COVID-19, Liu et al. (2020) realizaron una investigación con el objetivo de explorar factores de riesgo asociados con trastornos mentales en pacientes que padecieron COVID-19, contaron con una muestra de 577 personas, 358 mujeres y 219 hombres que fueron hospitalizados y dados de alta en centros de salud de la ciudad de Wuhan, China. Emplearon la Lista de Chequeo para Trastorno de Estrés Postraumático del DSM-5 (PCL-5), la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9).

Liu, et al. (2020) obtuvieron que 84 participantes (12,4%) fueron diagnosticados con síntomas clínicamente significativos de trastorno de estrés postraumático debido al COVID-19, con una puntuación media de 12 puntos en la escala PCL-5. 70 participantes (10,4%) fueron diagnosticados con síntomas moderados de ansiedad y 218 participantes (32,3%) presentaban síntomas leves de ansiedad. 128 participantes (19%) presentaban síntomas clínicamente significativos de depresión severa y 315 participantes (46,7%) con síntomas leves de depresión. Las puntuaciones medias para la escala GAP-7 fueron de 4 puntos superando la media de la población general de 2,6. En cuanto al cuestionario PHQ-9 la puntuación media fue de 5 puntos superando el puntaje promedio de la población general de 3,8 puntos. Los autores hallaron que existía comorbilidad en los trastornos presentados por los participantes, 41 (6,07%) presentaban síntomas de ansiedad severa y trastorno de estrés postraumático. 57 personas (8,44%) presentaron

trastornos de estrés postraumático y depresión. Por último, 37 de los participantes (5,48%) fueron diagnosticados con ansiedad severa, depresión y trastorno de estrés postraumático.

Adicionalmente, reportan que los pacientes con síntomas post COVID 19 presentaban diferencias estadísticamente significativas ( $p < .05$ ) en la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en comparación con personas que no presentaban síntomas post COVID-19. Los pacientes que estuvieron en unidades de cuidados intensivos se asociaba con mayor riesgo de presentar depresión y trastornos de estrés postraumático ( $p < .003$ ), a mayor severidad de la enfermedad fue significativamente mayor el riesgo de presentar trastornos mentales ( $p < 0,001$ ). Por último, Liu et al. (2020) señala que el vivir con niños, la muerte de familiares cercanos y el nivel educativo son factores de riesgo para el desarrollo de trastorno de estrés postraumático.

Se han encontrado resultados similares en la investigación llevada a cabo por Malik et al. (2021) quienes plantearon como objetivo conocer el efecto del síndrome post COVID-19 sobre la calidad de vida. Para ello llevaron a cabo una investigación mediante un metaanálisis y una revisión sistemática de la bibliografía, analizaron artículos de investigación de la revista PubMed que estudiaron la recuperación de los síntomas post COVID-19 y el impacto en la calidad de vida de los participantes. Analizaron un total de 12 artículos, de los cuales 7 fueron realizados en Europa, 3 en los Estados Unidos, 1 en Iran y 1 en China, teniendo una muestra total de 4828 participantes. Malik et al. (2021) reportaron como resultados que existía un impacto estadísticamente significativo ( $p < .001$ ) en la calidad de vida de los pacientes con síntomas post COVID 19, dónde 81,1% de los participantes reportaron tener una peor calidad de vida en comparación a su situación previo a los síntomas post COVID 19. Malik et al. (2021) emplearon el cuestionario para estimar la pobre calidad de vida (EQ-5D-5L) para estimar los factores que afectan la calidad de vida de los participantes en los estudios. Los autores encontraron que el 36%

de los participantes reportaron problemas en la movilidad; 8% presentaban dificultades en el cuidado personal; 42% reportaron sufrir dolor o disconfort y el 38% de los participantes reportaron síntomas asociados a la ansiedad o la depresión.

Malik et al. (2021) encontraron que entre los síntomas más comunes en el post COVID-19, fueron la fatiga (64% de los casos), tos (22,5%), disnea (39,5%), anosmia (20%), dolor de pecho (10%), cefalea (21%), dificultades para dormir (47,5%) y problemas mentales (14,5%). En cuanto a la relación entre la admisión en Unidades de Cuidados Intensivos y la disminución en la calidad de vida, los autores encontraron que entre los pacientes con síntomas post COVID-19, aquellos que fueron ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) presentaron una peor calidad de vida siendo estadísticamente significativa ( $r=.014$ ,  $p=.0015$ ) en la calidad de vida en comparación con los pacientes que no ingresaron en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Aunado a lo anterior, se han llevado a cabo investigaciones para determinar si ser del sexo masculino o femenino representa un factor de riesgo en la presencia de síntomas post COVID-19. En este sentido, investigaciones llevadas a cabo durante la pandemia de COVID 19 se ha indagado sobre la existencia de diferencias por el sexo. Autores como Gebhard et al. (2021) plantean mediante una revisión bibliográfica que existe diferencias en el impacto del COVID 19 en función de sexo, en este sentido, se presenta una mayor mortalidad y casos de síndrome respiratorios agudos en los hombres, aunque ello pudiera deberse a otros factores como el consumo de tabaco o comorbilidad con otras afecciones médicas, en este sexo. En contraste, se reporta que las mujeres presentan mayor cantidad de síntomas neurológicos y psicológicos, sin embargo, destacan que estos datos podrían estar sesgados debido a que existen mayor cantidad de datos recabados de

pacientes femeninos. Fernández et al. (2022) menciona que existe mayor riesgo de fallecer por COVID-19 si es un adulto mayor, hombre y presenta comorbilidad con otras enfermedades.

Gebhard et al. (2021) llevaron a cabo una investigación para determinar si existían diferencias en la aparición de síntomas del síndrome post COVID-19 en función del sexo, para ello tuvieron como muestra a 2799 personas que residen en Suiza, de los cuales 1285 (45,9%) eran mujeres y 1514 (54,1%) eran hombres, con una edad media de 43 años. Los participantes fueron contactados al menos 60 días después de su alta médica del hospital mediante una llamada telefónica informando sobre el estudio y pidiendo su consentimiento para participar, posteriormente se le envió una encuesta en la que indagaban sobre su estado de salud previo a la infección con COVID-19, la readmisión en hospitales, la causa de la readmisión y si ha tenido síntomas persistentes, para ello el síntoma debería estar presente durante 60 días para ser considerado persistente.

Los investigadores tuvieron como resultado, diferencias estadísticamente significativas ( $p < .001$ ) en los niveles de los exámenes de laboratorio correspondientes a reactivos que indican inflamación, por sexo siendo que los hombres presentaban mayor cantidad de síntomas inflamatorios que las mujeres en el cuadro agudo de los síntomas de COVID-19. Las mujeres reportaron mayor cantidad de síntomas en general en comparación con los hombres ( $p < .001$ ) reportando al menos 5 síntomas. Con respecto a los síntomas persistentes, 1024 participantes reportaban al menos un síntoma persistente. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el reingreso a hospitales entre hombres y mujeres ( $p = .573$ ). Respecto a la calidad de vida, 807 (28,8%) participantes reportaron que han experimentado un deterioro desde la infección por COVID-19. En cuanto a los reportes de síntomas persistente en función del sexo, los autores encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < .001$ ) donde las mujeres presentaban

mayor cantidad de síntomas persistentes que los hombres, sin embargo, luego de transcurrir 197 días en cuanto a síntomas a nivel cardiovascular y gastrointestinal los hombres reportaron más síntomas. Los principales síntomas persistentes se enfocan en problemas respiratorios, fatiga, baja resistencia al momento de hacer ejercicio y cansancio.

Adicionalmente, Fernández et al. (2022) realizaron una investigación con el objetivo determinar si existen diferencias en función del sexo en la presencia de síntomas durante el cuadro de COVID-19 y en el síndrome post COVID-19, en una muestra española de supervivientes de COVID-19. Fernández et al. (2022) plantearon como hipótesis que tanto hombres como mujeres exhibieron síntomas similares durante el cuadro de COVID-19, pero las mujeres presentan mayor cantidad de síntomas durante el post COVID-19.

En la investigación contaron con una muestra de 1969 participantes que estuvieron hospitalizados en diferentes hospitales de España, 46,4% eran mujeres y 53,6% eran hombres, la media de las edades era de 61 años, con una desviación estándar de 16 años. Fernández et al. (2022) reportaron que los síntomas más comunes durante el cuadro de COVID-19 fue la presencia de fiebre (74,6%), disnea (31,5%), mialgias (30,65%) y tos (27,9%). En cuanto al sexo, en la mayoría de los síntomas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. A excepción de los reportes de dolores de cabeza o cefaleas, donde las mujeres lo reportaron con mayor frecuencia (20,7%) en comparación con los hombres (13,5%) siendo una diferencia estadísticamente significativa ( $p=.003$ ).

Respecto a los síntomas post COVID-19, se encontró que luego de 8 meses desde la infección 737 participantes (37,4%) no presentaban ningún síntoma post COVID-19, 283 (14,4%) participantes reportaron tener al menos 3 síntomas, se encontró que los síntomas reportados con

mayor frecuencia eran fatiga (61,3%) y disnea (53,3%). Encontraron que existían diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas post COVID-19 en función del sexo ( $p < .0001$ ), concretamente las mujeres presentaron mayor cantidad de síntomas (M: 2,25, SD: 1,4) en contraste con los hombres (M: 1,5, SD: 1,3). Las mujeres reportaban mayor cantidad de síntomas de fatiga, disnea, síntomas de dolor, problemas de visión y pérdida de cabello. Los autores reportan que las mujeres obtuvieron puntajes significativamente más altos ( $p < .0001$ ) que los hombres en la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y calidad del sueño respectivamente.

Fernández et al. (2022) explican que los resultados en la investigación pudieran deberse a varios factores. Destacan en principio las diferencias biológicas en cuanto a la producción de enzimas receptoras, diferencias inmunológicas y bajos niveles de producción de interleucina-6 en las mujeres pudieran explicar la diferencia en aparición de síntomas post COVID-19. Por otra parte, mencionan que los altos niveles de estrés a los que pudiera incidir en la aparición de síntomas post COVID-19. Sobre los mayores niveles de depresión, ansiedad y pobre calidad de sueño mencionan que ha sido un resultado común en las personas que han sobrevivido al COVID-19 y que el aislamiento, la inactividad y estrés pudieran promover el desarrollo de síntomas post COVID-19 en las mujeres.

Por otra parte, se ha estudiado cómo podría afectar el COVID-19 en función de la edad del paciente. Por ejemplo, el Centro de Control y Prevención de enfermedades de Corea del Sur reportó en mayo del año 2020, durante el comienzo de la pandemia que de los pacientes infectados por COVID-19, en general falleció el 2,37%, sin embargo, este porcentaje ascendió hasta el 10,9% en adultos con edades entre los 70 y los 79 años y en personas con edades mayores a los 80 años la tasa de mortalidad aumentó al 26,6% (Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Se encontraron resultados similares en el análisis epidemiológico de una muestra de 44,672 pacientes en hospitales en China, en febrero del 2020. Se reportó una mortalidad general de 2,3% de los casos, esta cifra subió a 8% en pacientes con edades entre los 70 y 79 años y a 14,8% en pacientes con edades superiores a los 80 años (Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team, 2020).

Por otra parte, en Italia el Instituto Superior de Sanidad (2020) reportó que durante el mes de marzo del 2020 la mortalidad general fue de 9,2% y desciende hasta el 1% en pacientes con edades inferiores a los 50 años, la mortalidad fue ascendiendo en la medida en que los pacientes tenían más edad. Concretamente, los pacientes con edades entre 70 y 79 años tuvieron una mortalidad del 16,9% y 24,4% en adultos con edades superiores a los 80 años. En un estudio realizado por Ahrenfeldt et al. (2020) con el objetivo de analizar las diferencias en la mortalidad de COVID-19 entre hombres y mujeres en Europa, encontraron que en todos los 10 países analizados existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < .001$ ) en la mortalidad por COVID-19 en función de la edad, los grupos de pacientes con una edad menor a los 60 años tuvieron la menor mortalidad, en contraste los adultos mayores con edades superiores a los 70 años presentaron una tasa de mortalidad dos veces mayor.

Willi et al. (2021) realizaron un análisis bibliográfico para describir el estado de salud de pacientes con COVID-19 en edades comprendidas entre los 18 y los 50 años, para ello realizaron una revisión en diferentes revistas médicas como PubMed, Scopus, Litcovid, etc. Los autores encontraron que se reportaba fatiga entre el 39 y el 72% de los casos, dificultades en la respiración entre el 39 y 74% de los casos. A nivel cardiovascular, entre el 3 y el 26% de los participantes sufrieron de miocarditis o alteraciones en los electrocardiogramas. En cuanto a la salud mental, se encontraron diferencias en la tasa de diagnósticos de trastornos mentales en comparación con los



grupos de control, específicamente en los artículos revisados 5,8% de los participantes tuvieron un diagnóstico de algún trastorno mental posteriormente a infectarse con COVID-19. En contraste, dicha cifra fue de 2,5% en los grupos de control. Hallaron alteraciones en la percepción de gusto y el olfato que prevalecía varios meses posterior a la infección por COVID-19, la alteración se presentó entre el 3 y el 13,9% de los participantes y una recuperación incompleta del gusto y el olfato en el 33,6% de los casos.

En el caso de los adultos mayores se presentan una mayor cantidad y gravedad en los síntomas en comparación con grupos que están en la adultez temprana o media. El síntoma más común es la dificultad respiratoria ocurriendo en el 71% de los pacientes, siendo la más frecuente la hipoxia (62,1%), fiebre superior a los 38° grados celsius en cerca del 50% de los casos (Gregorevic et al., 2020). Aunado a lo anterior, también se da la presencia de disnea (58,2%), alteraciones en el olfato y en el gusto (30,9%), mialgias (32,7%) y dolores corporales en el 31,5% de los casos (Tosato et al., 2021).

Autores como Gregorevic et al. (2020) plantean que la diferencia que existe en la mortalidad entre adultos jóvenes y mayores pudiera explicarse en inicio por diferencias en la respuesta inmunológicas, siendo la de los adultos mayores menos efectiva. Aunado a ello, la existencia de comorbilidad con otras enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, problemas renales, obstrucción de vasos sanguíneos, etc. aumenta el qué implica para los adultos mayores infectarse con COVID-19. siendo una población de riesgo.

En un estudio realizado por Logue et al. (2022) con el objetivo de explorar las secuelas Post COVID-19 en adultos luego de transcurrir 6 meses desde la infección. Contaron con una muestra de 234 participantes residentes de Estados Unidos, quienes fueron contactados mediante

correo electrónico. Los investigadores obtuvieron como resultado que de los 64 participantes con edades entre los 18 y los 39 años, 17 (26,6%) presentaron síntomas Post COVID-19, del grupo de participantes con edades entre los 40 y los 64 años 25 de los 83 (30,1%) presentaban síntomas. Por último, los participantes con edades superiores a los 64 años presentaron la mayor tasa de síntomas, 13 de las 30 personas (43,3%) que conformaban el grupo reportó presentar síntomas. Con respecto al tipo de síntomas, encontraron que el más común era la presencia de fatiga (24 de 177 participantes, 13,6%) y pérdida del gusto o el olfato (24 participantes, 13,6%). También reportaban en menor medida “niebla mental” con una serie de alteraciones en los procesos cognitivos como la atención o la memoria, dolores musculares y cefaleas.

Por otra parte, en un metanálisis realizado por Carvalho et al. (2021) con el objetivo de explorar los posibles predictores para la aparición de síntomas post COVID-19, para ello analizaron los resultados de artículos de investigación longitudinales que buscaban explorar la prevalencia de síntomas post COVID-19 en adultos, a los cuales se les aplicaron instrumentos para evaluar la presencia de síntomas a los 7, 30 y 60 días desde el alta médica. Carvalho et al. (2021) encontraron que los predictores que estuvieron asociados a la aparición de síntomas post COVID 19 luego de 30 y 60 días del cuadro agudo de COVID-19 son la hospitalización, los pacientes que habían sido hospitalizados y estuvieron en unidades de cuidados intensivos presentaban significativamente ( $p < .001$ ) una mayor cantidad de síntomas; en segundo lugar, la presencia de disnea o anormalidades detectadas en el auscultado y en tercer lugar, la edad tuvo una asociación positiva con los síntomas post COVID-19, principalmente se encontró asociación con los grupos de edades comprendidos entre los 40 y los 60 años de edad.

Respecto a los síntomas post COVID-19 en la población de Latinoamérica, Trelles et al. (2022) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de describir las características clínicas y

epidemiológicas de la persistencia de síntomas post COVID-19. Para ello llevaron a cabo un estudio de tipo descriptivo que se realizó en Perú en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, la muestra estuvo compuesta por 88 historia clínica de adultos recuperados de COVID-19, de los cuales 52 eran del sexo femenino y 36 del sexo masculino. Los autores reportaron como resultados que 57% de los participantes presentaban síntomas post COVID-19, siendo el principal síntoma la fatiga, dificultades respiratorias, dolor en el pecho y tos. Aunado a ello, se encontró que el grupo de edades que presentaba mayor cantidad de síntomas eran los adultos con edades comprendidas entre los 36 y los 59 años. Adicionalmente, existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p < .001$ ) en la presencia de síntomas post COVID-19 en función del sexo, encontraron que el sexo femenino presentaba mayor cantidad de síntomas post COVID-19 y una mayor severidad de los mismos.

En cuanto al impacto en la salud mental, Thompson et al. (2021) llevaron a cabo una investigación para determinar los factores de riesgo asociados al post COVID-19, contaron con una muestra de 45.096 participantes, a quienes les enviaron mediante correo electrónico una encuesta elaborada por los autores con el fin de obtener información sobre datos sociodemográficos, nivel socioeconómico y los síntomas asociados al post COVID-19. Reportaron como hallazgo que los adultos con edades inferiores a los 70 años presentaban mayor cantidad de síntomas post COVID-19 y síntomas asociados a la depresión, ansiedad y síntomas de trastorno de estrés post traumático en comparación con los adultos mayores de 70 años, dicha diferencia es estadísticamente significativa ( $p < .005$ ).

Resultados similares se han encontrado en investigaciones como la realizada por Sudre et al. (2021) quienes realizaron un estudio para conocer los factores predictores del post COVID-19, para ello contaron con una muestra de 4182 participantes que presentaron síntomas post COVID-

19, se les aplicó un cuestionario de autorreporte de sus síntomas y se le pidió información respecto a variable sociodemográficas. En cuanto a los resultados, los autores señalan que el grupo de adultos con edades superiores a los 70 años reportaron presentar mayor cantidad de síntomas asociados a la depresión, ansiedad y trastornos de estrés postraumático en comparación con el grupo de edad entre los 18 y los 49 años, siendo una diferencia estadísticamente significativa ( $p < .0005$ ).

Adicional a la edad y el sexo, podemos encontrar otros factores de riesgo que afectan a las personas con síntomas post COVID-19, entre ellos los problemas económicos generados por la pandemia, la recesión económica, la inestabilidad laboral, la disminución del nivel socioeconómico causan un deterioro en la salud mental de las personas que han padecido COVID-19, causando un aumento en trastornos asociados a la ansiedad, depresión, estrés agudo e ideación suicida (Frasquilho et al., 2016). A nivel social el aislamiento, la pérdida de contacto o fallecimiento de amigos, familiares o redes de apoyo significativas son factores que pueden incidir en la salud mental de los pacientes post COVID-19 (Saltzman et al., 2020). En vista de ello, se ha señalado la necesidad de realizar intervenciones psicosociales para la atención de las comunidades (Javadi, Arian y Vanajemi, 2020), la atención en crisis para el personal de salud que se encuentra en primera línea y asistencia psicoterapéutica para la población general (Cheng et al., 2020).

Swartz (2020) menciona que los psicoterapeutas y psicólogos forman parte esencial de la respuesta ante la pandemia del COVID-19. La atención psicoterapéutica puede dar apoyo a las personas para abordar sufrimiento emocional, síntomas de ansiedad y depresión, duelos, aislamiento e ideas suicidas. Vostanis y Bell (2020) destacan que la situación causa desafíos en la sociedad y en los psicoterapeutas, la psicoterapia y el asesoramiento tienen que cubrir las necesidades de la sociedad y adaptarse a las nuevas técnicas o modalidades de atención.

La psicoterapia puede tener diferentes aproximaciones, en este sentido en la Enciclopedia de Psicología de la APA (2000) se exponen algunas aproximaciones dentro de la psicoterapia: 1) las terapias psicoanalíticas y psicodinámicas, consisten en el cambio de conductas, pensamientos y sentimientos mediante el descubrimiento de motivaciones y conflictos inconscientes; 2) terapias conductuales, centradas en el rol del aprendizaje de conductas normales y anormales; 3) Las terapias cognitivas, hacen énfasis en los pensamientos de las personas y como la modificación de los mismos puede llevar a cambios en cómo se sienten; 4) terapias humanistas, se basa en la capacidad de las personas de tomar decisiones y el desarrollo del máximo potencial de las personas. 5) Terapias holísticas o integrativas, en este tipo de aproximación el terapeuta no se basa en una única teoría, en su lugar emplea técnicas de diferentes enfoques según las necesidades de su paciente.

La psicoterapia es definida por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2020) como: un servicio psicológico provisto por profesionales entrenados y capacitados que emplea principalmente la comunicación e interacción para evaluar, diagnosticar y tratar reacciones emocionales disfuncionales, forma de pensar o patrones de comportamiento. La psicoterapia puede ser individual, terapia de pareja, terapia familiar o terapia de grupos. Existen diferentes tipos de psicoterapia, pero son cinco las principales: psicoterapia psicodinámica, terapia cognitiva, terapia conductual, terapia humanista y psicoterapia integrativa. El psicoterapeuta es una persona que ha sido capacitada y autorizada profesionalmente para tratar trastornos mentales, emocionales y del comportamiento por medios psicológicos.

Se ha debatido respecto de la efectividad de los distintos modelos de psicoterapia en la salud mental. Por ello se han realizado investigaciones con el fin de determinar si existen diferencias en la efectividad de la eliminación de los síntomas presentados por pacientes en

tratamientos psicoterapéuticos. Resultados como los obtenidos por Miller y Berman (1983) quienes encontraron que los pacientes que se encontraban en psicoterapia presentaban una remisión de los síntomas más rápidos que los pacientes que recibieron un tratamiento placebo. Se ha encontrado en estudios de metanálisis que las personas que han decidido iniciar un proceso psicoterapéutico tenían una mejoría superior al 65% en comparación con las personas que no emprendía un tratamiento psicoterapéutico (Smith y Glass, 1977; Smith, Glass y Miller, 1980).

Resultados similares fueron encontrados por Shapiro y Shapiro (1982), llevaron a cabo un meta-análisis con 143 estudios de pacientes adultos en tratamiento psicoterapéutico, los investigadores encontraron una magnitud de efecto general de 1,03. Siendo que los adultos que terminaron el tratamiento psicoterapéutico presentaban una mejor salud mental en comparación del 84% de las personas que no recibieron tratamiento de psicoterapia. Adicionalmente, Cuijpers et al. (2008) llevaron a cabo un meta-análisis de los resultados de 832 artículos que estudiaban el efecto de diferentes tipos de psicoterapia con la depresión, específicamente seleccionaron investigaciones de terapia cognitivo conductual, terapia de apoyo no directiva, terapia conductual, terapia psicodinámica, terapia centrada en la solución de problemas, terapia interpersonal y entrenamiento en habilidades sociales.

Los investigadores tuvieron como resultado que no existieron diferencias significativas entre la mayoría de modelos de psicoterapia en cuanto a la efectividad en el tratamiento de pacientes deprimidos, es decir, todos los modelos de psicoterapia mostraron efectividad en la eliminación de los síntomas depresivos, a excepción de la terapia de apoyo no directiva, la cual tuvo una eficiencia menor. Asimismo, los investigadores evaluaron la remisión de síntomas en función de la cantidad de sesiones, encontraron que entre los primeros seis meses desde el inicio

de la psicoterapia se observaron la mayor disminución de los síntomas depresivos, concretamente el 60% de los participantes tuvieron una mejoría en sus síntomas.

Los resultados sobre el número de sesiones en las cuales se reportaba mejoría en psicoterapia, son expuestos en la investigación de Botella (2016) que menciona que se ha observado una mejoría importante entre el 30% y el 40% de los pacientes durante las primeras tres sesiones. Entre las 4ta y 7ma sesión experimentan una mejoría entre un 50% y 60% de los pacientes, un número superior de las 100 sesiones consigue una mejoría en el 80% de los pacientes. Estos resultados, destaca el autor, son independientes del modelo teórico del terapeuta.

Debido al impacto psicológico que ha tenido la pandemia por COVID-19 en la población general se han generado iniciativas por parte de organizaciones, federaciones y especialistas en psicoterapia que desean brindar un servicio de ayuda. Para ello numerosos terapeutas han empleado medios online o telepsicología, dando la posibilidad de atender a personas que están en lugares geográficamente lejanos y pudiendo alcanzar a un número mayor de consultantes (Gutierrez, 2020). Se ha investigado la efectividad que tiene la psicoterapia por medios online en pacientes deprimidos y se ha encontrado que la psicoterapia online mediante llamadas, videoconferencias y videollamadas tiene un efecto en la disminución de los síntomas de la depresión (Rosso et al., 2016; Webb, et al., 2017; Zhou et al., 2016).

En el caso de Venezuela, Quintero et al. (2020) realizaron una investigación con el objetivo de analizar el impacto emocional experimentado en la población venezolana, tanto residentes en el país como de migrantes asociados a la situación de confinamiento por la pandemia COVID-19. La muestra fue muestra de 1.128 personas de diferentes países de América, específicamente, Venezuela, Colombia, Argentina, Chile, Ecuador, México, en países de centro y Norteamérica, los

participantes eran adultos con edades de al menos los 18 años, 296 eran hombres y 832 eran mujeres. Respecto al país de residencia, 712 participantes se encontraban viviendo en Venezuela, 50 en Colombia, 90 en Argentina, 58 en Ecuador, 90 en Chile, 20 en Perú y 78 en países de Norte y Centroamérica. Emplearon como criterio de exclusión la existencia de antecedentes de diagnóstico de trastorno mental.

Para la recolección de datos emplearon la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), se administró vía online a través de la plataforma de Google Forms. Los investigadores obtuvieron como resultados que los participantes que viven en Venezuela el 7,58% presentaban síntomas de depresión moderada y el 1,40% depresión severa. 8,71% síntomas de ansiedad moderada y 1,69% ansiedad severa. En cuanto al estrés, 7,30% reportó sufrir estrés leve y 1,13% estrés severo. En el grupo de venezolanos migrantes obtuvieron como resultados que el 9,61% presentaban depresión moderada y el 3,85% depresión severa. El 9,13% tenían ansiedad moderada y 9% ansiedad severa. En cuanto al estrés, 10,58% reportaba tener estrés leve y 2,88% estrés severo.

Profundizando en la psicoterapia con pacientes que se recuperaron del COVID-19, la investigación realizada por Humer et al. (2020), los autores evaluaron la experiencia de psicoterapeutas y pacientes respecto a la efectividad de la psicoterapia de diferentes modelos teóricos en la atención online de pacientes recuperados de COVID-19. Los autores encontraron que existían diferencias estadísticamente significativas al comparar la psicoterapia online con la presencial ( $p < .001$ ). Sin embargo, si bien no son comparables, los autores encontraron que la psicoterapia online era efectiva en el tratamiento de malestar emocional y trastornos mentales. Siendo la psicoterapia dinámica ( $p = .001$ ) y humanista ( $p = 0,003$ ) la que muestra menor cantidad de diferencias. En contraste, la psicoterapia conductual mostró la menor eficacia. Los



investigadores destacan que la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas online fue superior a lo esperado ( $p < .001$ ).

Estos resultados son respaldados por el estudio realizado por Quiñonez (2021) brinda información al respecto. El autor tuvo como objetivo en su investigación realizar una revisión bibliográfica sistemática para determinar el impacto en la salud mental de los pacientes que se recuperan del COVID-19 y el efecto de las intervenciones psicoterapéuticas en la salud mental. Para ello se realizó la revisión de 9 artículos, con una muestra total de 7533 participantes que estuvieron bajo atención psicoterapéutica de diferentes modelos teóricos. Quiñonez (2021) obtuvo como resultado que el 96,2% de los participantes presentaban síntomas asociados al estrés agudo posterior al alta médica.

Existe mayor reticencia a buscar apoyo profesional de psicoterapeutas en adultos mayores en comparación con los adultos jóvenes. Las intervenciones psicoterapéuticas mostraron tener un impacto en la reducción de síntomas de estrés agudo, ansiedad y depresión, en los artículos analizados. Adicionalmente, los pacientes que estuvieron con atención psicoterapéutica mostraban mayor facilidad para retomar sus actividades laborales y sociales luego de la hospitalización. Quiñonez (2021) destaca que el empleo de intervenciones a distancia o telepsicoterapia es efectiva en el abordaje de trastornos de salud mental y malestar emocional. Particularmente, las intervenciones por llamadas telefónicas o videoconferencias permiten acceso a una mayor cantidad de la población.

Priyamvada, Ranjan y Chaudhury (2021) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar la efectividad de las intervenciones psicológicas en la ansiedad post COVID-19. Para ello contaron con una muestra de 30 pacientes de la India que habían estado internados en

hospitales y se habían recuperado del COVID-19. Se realizó un diseño de investigación pre-test post-test. A los participantes se les aplicó el cuestionario de salud mental (MHI) antes de la intervención psicológica y se volvió a realizar la medición una vez culminada la intervención.

El estudio tuvo como resultados la existencia de diferencias estadísticamente significativas ( $p < .005$ ) en los puntajes obtenidos en las medidas pre-test y post-test. Todos los participantes sometidos a la intervención psicológica mostraron mayor salud mental, con una disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, con un mayor control de conducta y con mayor afecto positivo. Priyamvada, Ranjan y Chaudhury (2021) destacan que los pacientes con post COVID-19 muestran un sufrimiento psicológico significativo, aunada a la situación de pandemia, las repercusiones físicas, económicas y sociales. Las intervenciones psicológicas permiten que los pacientes que sufren de COVID-19 puedan rehabilitarse y tener una mayor salud mental, facilitando la disminución de síntomas de ansiedad, depresión y estrés.

Con respecto a la asistencia psicoterapéutica en Venezuela, Campo-Redondo (2020) menciona en Venezuela existe la Asociación Venezolana de Psicoterapia (AVEPSI) que surge con el objetivo de darle visibilidad y orden ético a la psicoterapia, teniendo como base la declaración de Estrasburgo en materia de psicoterapia. Sin embargo, la autora destaca que pese al esfuerzo las investigaciones sobre psicoterapia son casi nulas. Sin una línea de investigación clara sobre la conceptualización y efectividad de la psicoterapia en Venezuela. Por ello, se plantea como objetivo en su investigación explorar la conceptualización de la psicoterapia que tienen psicólogos clínicos en Venezuela. Para ello tuvo una muestra de 7 psicólogos clínicos a los cuales le realizó una entrevista.

Campo-Redondo (2020) halló que la psicoterapia es entendida como un proceso de acompañamiento, para el crecimiento personal del paciente, que depende del establecimiento de una buena alianza terapéutica, es decir, la relación paciente-terapeuta cobra un rol central en la búsqueda de cumplir con los objetivos terapéuticos planteados. La autora, destaca la importancia de realizar investigaciones con métodos mixtos o cuantitativos con el fin de obtener validez sobre la atención psicoterapéutica en Venezuela y la posible extrapolación de sus datos con resultados de otras investigaciones.

En vista de lo planteado previamente en torno al impacto psicológico de la pandemia en la salud mental de la población, específicamente en Venezuela la Federación de Psicólogos de Venezuela (FPV, 2021) comenzó a brindar programas como el de psicólogos voluntarios y de atención psicológica a distancia con el fin de contribuir a la salud psicológica, restablecer el equilibrio emocional de la población y procurar la disminución del malestar emocional. Adicionalmente, la organización Psicólogos Sin Fronteras (2022) estableció una línea de atención psicológica vía telefónica para realizar atención en crisis, ofrecen servicios de atención psicoterapéutica a personas afectadas durante la pandemia de COVID-19. Por último, la organización Médicos Sin Fronteras (2022) llevó a cabo un proyecto para la atención de pacientes con COVID-19 y apoyo al Hospital Jesús Yerena de Lídice, realizando 11.257 consultas a personas con síntomas asociados al COVID-19. 1.968 consultas de salud mental y se atendió a 505 pacientes en el área de hospitalización. Por otra parte, se brindó capacitación al personal médico y no médico de la institución.

La presente investigación estará enmarcada según las divisiones de la APA (División 12 de la American Psychological Association [APA], 2013) en la división 12, la cual se conoce como la “Sociedad de Psicología Clínica”, esta es una rama de la psicología que tiene como objetivo la

investigación, valoración, diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de trastornos emocionales y conductuales (APA, 2010). Concretamente en la sección 8 denominada “Asociación de Psicólogos en Centros de Salud”, dicha sección tiene el objetivo de promover la disciplina y la profesión de la psicología en los centros académicos de salud y alentar y apoyar la participación colegiada de los psicólogos en el gobierno institucional, la investigación, los programas educativos, la administración, el liderazgo y el desarrollo de políticas.

Finalmente, tomando en consideración lo planteado previamente. Se realizó una investigación con el objetivo de conocer la influencia del sexo, edad, número de sesiones en psicoterapia y el ingreso en hospitalización sobre la salud mental de adultos con síntomas Post COVID-19.

## **Método**

### **Pregunta de investigación**

¿En qué medida influye el sexo, edad, número de sesiones en psicoterapia y el ingreso en hospitalización sobre la salud mental de adultos con síntomas Post COVID-19?

### **Hipótesis**

#### **Hipótesis General**

El sexo, edad, número de sesiones en psicoterapia y el ingreso en hospitalización influye de manera diferencial sobre la salud mental de los adultos con síntomas Post COVID-19.

#### **Hipótesis Específicas**

Los hombres con síntomas Post COVID-19 tienen una mayor salud mental (menor reporte de síntomas), que las mujeres.

A mayor edad, menor nivel de salud mental en personas con síntomas Post COVID-19.

Las personas que requirieron ser ingresadas en hospitalización durante su infección por COVID-19 tendrán una menor salud mental, en comparación con las personas que no estuvieron hospitalizados.

A mayor número de sesiones en psicoterapia, mayor nivel de salud mental en personas con síntomas Post COVID-19.

## **Definición de las variables**

### *Variable predicha*

#### Salud mental

Definición conceptual: Según Goldberg y Williams (1988) la salud mental es definida como los componentes psicológicos que pueden ser relevantes en el proceso salud enfermedad. Se refiere a la presencia de síntomas generales asociados con trastornos a nivel emocional y físico.

Definición operacional: Puntaje total obtenido en el cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) (Goldberg y Williams, 1988), a partir de las dos subescalas: depresión y ansiedad (ítems 1, 2, 5, 7, 9, 12) y disfunción social (ítems 3, 4, 6, 8, 10, 11). Al ser sumados los puntajes se puede ubicar en un rango de 0 a 18 en cada una de las dimensiones del cuestionario. A mayor puntaje obtenido indica menor nivel de salud mental (ver anexo B).

### *Variables predictoras*

#### Sexo

Definición conceptual: “Las diferentes características biológicas y fisiológicas de hombres y mujeres, como órganos reproductivos, cromosomas, hormonas, etc.” (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Definición operacional: Identificación por parte del participante de su sexo, sea este hombre o mujer en el instrumento creado para registrar datos sociodemográficos, siendo codificado el hombre como 1 y la mujer como 0 (ver anexo A).

### Edad

Definición conceptual: Según la Real Academia Española (2021), se puede definir la edad como “Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales”.

Definición operacional: Respuestas de los participantes en un ítem en el cual indiquen la edad en años que posee actualmente (ver anexo A).

### Número de sesiones en psicoterapia

Definición conceptual: según la American Psychiatric Association (APA, 2019) las sesiones de psicoterapia consisten en “un espacio de tiempo en el cual se realiza psicoterapia individual, de pareja, familia o grupal, donde se involucran activamente el terapeuta y el paciente en el tratamiento. Con una duración de 30 a 50 minutos aproximadamente, de frecuencia usual de una vez por semana”.

Definición operacional: Reporte en el instrumento de atención psicoterapéutica por parte del participante del número de sesiones de psicoterapia a las cuales asistió o ha asistido (ver anexo C).

### Ingreso en hospitalización

Definición conceptual: Según la Real Academia Española (2022) la hospitalización se define como un “Ingreso de un paciente en un centro sanitario para ocupar una plaza o cama y recibir atención especializada hasta el momento del alta hospitalaria”.

Definición operacional: Reporte en el instrumento de infección por COVID-19, ingreso en hospitalización y en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por parte del participante sobre si fue ingresado en hospitalización durante la infección por COVID-19 (ver anexo E).

### **Variables controladas**

Modalidad de psicoterapia: Se controló mediante la eliminación. Se le solicitó al participante que indicará en el instrumento de Atención Psicoterapéutica las modalidades de psicoterapia que ha recibido. específicamente si ha sido individual, grupal, de pareja, familiar o varias modalidades. Solo se seleccionó los participantes que recibieron atención individual o grupal.

Variables sociodemográficas y asociadas al COVID-19: Se utilizó el método de la sistematización de variables independientes con el objetivo de analizar la posible relación entre el número de hijos, ocasiones de infección por COVID-19, fecha de infección por COVID-19, atención psicológica por COVID-19, pérdidas por COVID-19, atención psicológica actual, enfermedades crónicas y el estado funcional con la variable de salud mental.

### **Tipo de investigación**

Con el propósito de investigar las relaciones planteadas en el problema, se realizó una investigación cuantitativa no experimental (ex post facto), ya que no era posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes a grupos o tratamientos debido a la naturaleza de las variables a estudiar (edad, sexo, número de sesiones en psicoterapia y el ingreso en hospitalización) (Kerlinger y Lee, 2002).



La presente investigación es de tipo encuesta, como describen Kerlinger y Lee (2002) este tipo de investigación tiene como objetivo descubrir la incidencia, distribución e interrelación relativas a variables sociológicas y psicológicas. Por otra parte, la investigación sería de tipo transversal explicativa dado que se llevaría a cabo una medición única a adultos de la República Bolivariana de Venezuela y se busca conocer influencia entre la edad, sexo, número de sesiones en psicoterapia y el ingreso en hospitalización sobre la salud mental de pacientes con síntomas Post COVID-19.

### **Diseño de investigación**

La investigación fue de tipo prospectivo, dado que se buscó predecir una variable en función de cuatro variables (León y Montero, 2002). Se buscó conocer los valores de la variable edad, sexo, número de sesiones en psicoterapia y el ingreso en hospitalización para luego conocer su influencia sobre la salud mental de personas con síntomas Post COVID-19.

### **Población y diseño muestral**

La población de la investigación consistió en adultos con edades superiores a los 18 años que se hubieran infectado con COVID-19 y presentando secuelas Post COVID-19. Como criterio de inclusión, se seleccionaron a los participantes que informaron tener una categoría de grado 2 (limitaciones funcionales leves), grado 3 (limitaciones funcionales moderadas) o grado 4 (limitaciones funcionales severas) en la Escala de Estado Funcional Post COVID-19, vivían en la República Bolivariana de Venezuela y recibieron o están recibiendo atención psicoterapéutica individual o grupal.

En la presente investigación se realizó un muestreo no probabilístico, en este sentido Kerlinger y Lee (2002) define que este tipo de muestreo posee como características “el uso de juicios e intenciones deliberadas para obtener muestras representativas al incluir áreas o grupos que se presupone son típicos en la muestra” (p,160). En relación con la adecuación de la muestra a los análisis estadísticos realizados y tomando en consideración lo planteado por Peña (2009) menciona que “los coeficientes de regresión son muestralmente inestable cuando se estiman a partir de muestras con menos de 100 observaciones; por ello, como regla de mayor seguridad se suele recomendar al menos 200 observaciones” (p. 133) la muestra contó con un total de 209 sujetos siendo una muestra suficiente para asegurar la estabilidad del análisis de regresión múltiple.

La muestra del estudio estuvo conformada inicialmente por 287 sujetos, sin embargo, se descartaron a 78 sujetos debido a que no presentaban síntomas Post COVID-19 o síntomas insignificantes en la Escala de Estado Funcional, concretamente 26 personas no presentaban limitaciones en su funcionamiento y 52 presentaban limitaciones insignificantes en su funcionamiento. La muestra final estuvo conformada por 209 sujetos, con edades comprendidas entre los 18 y los 78 años, con una media de edad de 38,96 años y una desviación de 16,28 años. Respecto al sexo de los participantes, 150 (71,8%) eran mujeres y 59 (28,2%) eran hombres.

Se encontró que la mayoría de los participantes se encontraban solteros siendo 117 sujetos (56%), 74 (35,4%) se encontraban casados o en concubinato, 14 (6,7%) se encontraban divorciados y 4 (1,9%) participantes eran viudos. Con respecto al número de hijos, se obtuvo que 116 (55,5%) personas no tenían hijos al momento de la recolección de los datos, 25 (12%) tenían un hijo, 32 (15,3%) tenían dos hijos, 29 (13,9%) tenían 3 hijos y 7 (3,3%) de los participantes tenían 4 hijos.

La ocupación más frecuente dentro de la muestra es la de estudiante, siendo un total de 56 (26,8%), seguido por 24 (11,5%) que se encontraban desempleados, 18 (8,6%) eran administradores, 17 (8,1%) eran psicólogos y 13 (6,2%) eran comerciantes; la ocupación de los restantes participantes es diversa (ver anexo F). La enfermedad crónica estuvo presente en 32 participantes, la enfermedad con mayor prevalencia fue la hipertensión arterial padeciéndola 15 (7,2%) personas, en segundo lugar, reportaron tener asma 9 (4,3%) personas y se encontró hipotiroidismo en 3 (1,4%) participantes.

En relación a la atención psicológica recibida, todos los participantes habían recibido atención psicoterapéutica, con una media de sesiones de psicoterapia de 67 semanas ( $M=66,58$ ) con un mínimo de 1 semana y un máximo de 1200 semanas. El 68,4% de los participantes (143) no se encontraban recibiendo atención psicológica al momento de recabar los datos, 66 (31,6%) participantes si se encontraban recibiendo atención psicológica.

Por otra parte, sobre la hospitalización y pérdidas de los participantes, se obtuvo que 188 (90%) de los participantes no requirieron ser hospitalizados durante la infección con COVID-19, reportaron haber requerido hospitalización 21 (10%) participantes de los cuales 16 (7,7%) necesitaron ventilación mecánica asistida debido a dificultades respiratorias. Asimismo, se reportó en la mayoría de los participantes haber sufrido una pérdida de un familiar o amigo debido al COVID-19, concretamente 149 (68,4%) sujetos reportaron haber experimentado alguna pérdida y 60 (28,7%) participantes no sufrieron pérdidas relacionadas con el COVID-19.

## **Instrumentos**

### **Datos sociodemográficos (ver anexo A)**

Se dispuso de un apartado en el formulario de Google Forms con ítems abiertos para obtener información sobre el sexo, la edad, ocupación, estado civil, número de hijos y enfermedades crónicas de los participantes.

### **General Health Questionnaire (GHQ-12) de Goldberg y Williams (1988) (ver anexo B)**

El Cuestionario de Salud General elaborado por Goldberg en 1972 (GHQ). El cuestionario inicial tiene un total de 60 ítems, posteriormente se desarrollaron versiones abreviadas de 30, 28 y 12 ítems elaborada por Goldberg y Williams (1988). La presente investigación utilizará el Cuestionario de Salud General en su versión de 12 ítems (GHQ-12), traducido por Brabete (2014) y adaptado por Villa et al. (2013). Consiste en una escala autoadministrada, diseñada con la finalidad de evaluar el nivel de salud mental de los participantes en dos subescalas: por una parte, se evalúa la depresión y ansiedad (ítems 1, 2, 5, 7, 9, 12) y por otra parte la disfunción social (ítems 3, 4, 6, 8, 10, 11). Cuenta con 12 ítems de tipo Likert con 4 opciones de respuesta del 0 (nunca) al 3 (mucho más de lo habitual). 6 de los ítems están redactados en positivo y los otros 6 ítems en negativo.

Se ha evaluado la confiabilidad en la población española en el estudio de Rocha et al. (2011) contaron con una muestra de 29.476 personas, obtuvieron un alpha de Cronbach de .86, siendo una confiabilidad alta y en las personas mayores de 65 años el alpha de Cronbach fue de .90. Se encontraron resultados similares en un estudio realizado por Solís et al. (2016) con el objetivo de comprobar las propiedades psicométricas de la escala en la población general de

México, para ello contaron con una muestra de 1.093 adultos, 462 hombres y 631 mujeres, sin diagnóstico de enfermedades crónicas. Los investigadores reportan que la consistencia interna fue alta, con un alpha de cronbach de .81.

Respecto a la validez, Solís et al. (2016) realizaron un análisis factorial exploratorio, los investigadores encontraron que el cuestionario posee dos factores que explican el 55,8% de la varianza. Por otra parte, García (1999) realizó una investigación con el objetivo de validar el cuestionario de Salud General en la población cubana. Para evaluar la validez del instrumento en la población midió el nivel de correlación del GHQ-12 con la escala de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), reportó que se tuvo una correlación alta y positiva, con la Escala de Depresión de Beck se obtuvo una correlación de  $r=.92$  y con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de  $r=.85$ .

Por su parte, Villa, Zuluaga y Restrepo (2013) realizaron una investigación con el objetivo de validar el cuestionario GHQ-12 en usuarios del Hospital General de Medellín. Contaron con una muestra de 85 participantes mayores de edad que ingresaron al servicio hospitalario entre los meses de abril y junio del año 2011. Los autores hallaron que el cuestionario consta de 2 factores con un 51,76% de la varianza explicada, el primer factor denominado “bienestar psicológico” y el segundo factor denominado “malestar psicológico”. La consistencia interna obtenida mediante alpha de Cronbach para el primer factor fue de .79 para el primer factor y .81 para el segundo factor, siendo una confiabilidad alta.

Respecto al empleo del instrumento en población venezolana, Angelucci y De Abreu (2020) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo era conocer la influencia de la satisfacción con los servicios, las preocupaciones acerca el COVID-19, sexo y edad sobre la salud mental de

estudiantes y docentes venezolanos. Contaron con una muestra de 804 participantes, de los cuales 601 eran estudiantes y 203 docentes. Obtuvieron que el instrumento posee un coeficiente de confiabilidad de confiabilidad para la subescala de depresión y ansiedad de  $\alpha = .83$  y para la subescala de disfunción social de  $\alpha = .77$ .

En cuanto a los resultados de confiabilidad General Health Questionnaire (GHQ-12) de Goldberg y Williams (1988), el cual fue traducido por Brabete (2014) y cuya adaptación fue realizada por Villa et al. (2013). Mediante el análisis de consistencia interna se obtuvo una consistencia interna alta ( $\alpha = .865$ ). Los ítems de la escala se correlacionaron de forma positiva con la escala total, siendo el ítem 1 el que presentaba una menor correlación de  $.307$ . Por otra parte, la dimensión de ansiedad y depresión (ítems 1, 2, 5, 7, 9, 12) posee una consistencia interna adecuada con un alpha de Cronbach de  $.758$ . La dimensión de disfunción social (3, 4, 6, 8, 10, 11) por su parte tuvo una consistencia interna adecuada, con un alpha de Cronbach de  $.781$  (Ver Anexo F).

Con respecto al análisis de la estructura factorial del instrumento, no se realizó en vista de que el instrumento ya se encontraba debidamente traducido y adaptado a la población venezolana (Brabete, 2014 y Villa, et al. 2013). Aunado a ello, ha sido empleado en otras investigaciones en Venezuela y otros países de América Latina.

### **Atención psicoterapéutica (ver anexo C)**

Se utilizó una serie de preguntas diseñadas por el investigador para obtener información sobre si el participante ha recibido asistencia psicoterapéutica, si ha sido en modalidad individual, grupal, pareja, familiar o múltiples modalidades, la fecha desde la cual ha estado en psicoterapia y si han sido en varias ocasiones que ha asistido a psicoterapia.

**Post-COVID-19 Functional Status (PCFS) scale de Klok, et al. (2020) (Ver anexo D)**

La escala de Estado Funcional Post-COVID-19 (PCFS) fue elaborada por Klok, et al. (2020) con el objetivo de evaluar las consecuencias del COVID-19 y el efecto sobre el estado funcional en los pacientes. Específicamente, la escala se centra en evaluar las limitaciones funcionales en tareas o actividades cotidianas, en el hogar o en el trabajo y en cambios en el estilo de vida. La escala puede ser administrada por un profesional de la salud en un contexto de hospitalización, mediante una entrevista estructurada o puede ser empleada como autorreporte del estado funcional por parte del paciente (Machado, et al. 2021). El nivel de limitaciones funcionales en la escala se encuentra dividida en 5 grados, donde a mayor grado, mayor nivel de limitaciones funcionales. Concretamente, abarca los siguientes grados: grado 0 (sin limitaciones funcionales); grado 1 (insignificantes limitaciones funcionales); grado 2 (pocas limitaciones funcionales); grado 3 (moderadas limitaciones funcionales) y grado 4 (limitaciones severas). En la presente investigación se va a emplear la traducción validada al español en Latinoamérica realizada por Moreno, Garcia y Ventura (2020) en Chile y Colombia del instrumento de autorreporte por parte del paciente de su estado funcional, con la finalidad de evaluar los síntomas Post COVID-19 de los participantes y su nivel de limitaciones funcionales.

En cuanto a la validez del instrumento, Machado et al. (2021) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la validez de constructo de la Escala de Estado Funcional Post COVID-19, la investigación se realizó en Países Bajos y Bélgica, la muestra estuvo constituida por 1939 participantes (1652 mujeres y 287 hombres). A los participantes se les pidió responder un cuestionario con datos sociodemográficos, la Escala de Estado Funcional Post-COVID-19, el Health Questionnaire (EQ-5D-5L) diseñado para medir limitaciones en la movilidad, el autocuidado, limitaciones en actividades cotidianas, dolor, síntomas de ansiedad y depresión. Los

autores con el objetivo de evaluar la validez de constructo, se correlacionaron los grados obtenidos en la Escala de Estado Funcional Post-COVID-19 con los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Salud EQ-5D-5L.

Machado et al. (2021) reportaron como hallazgo que los grados de la Escala PCFS tienen una correlación estadísticamente significativa ( $p < .005$ ) con las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Salud EQ-5D-5L. Concretamente, los autores señalan que la Escala de Estado Funcional Post-COVID-19, demuestra una validez de constructo adecuada para discriminar el nivel de limitaciones funcionales e intensidad de los síntomas en pacientes con secuelas Post COVID 19.

Respecto a las propiedades psicométricas del instrumento en Latinoamérica, la investigación de Lorca et al. (2021) tuvo como objetivo evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Estado Funcional Post COVID-19 validada al español, relacionadas con la validez de contenido y la confiabilidad. Contaron con 22 profesionales de la salud que trabajaban en instituciones públicas y privadas, estando conformado el grupo por 3 médicos fisiatras, 14 fisioterapeutas, un ingeniero biomédico, un trabajador social, una enfermera y 2 terapeutas ocupacionales. Adicionalmente, se contó con la participación de 20 adultos recuperados del cuadro agudo de COVID-19.

Para la evaluación de la validez de contenido del instrumento se empleó la técnica de jueces expertos, los 22 profesionales evaluaron la escala en 4 dimensiones, específicamente, en la claridad, coherencia, relevancia y suficiencia del contenido. Posteriormente se empleó el estadístico W de Kendall para evaluar la concordancia entre los jueces expertos. Lorca et al. (2021) reportan que existió una concordancia entre los jueces expertos en cuanto a la relevancia de la



escala ( $W=.011$ ;  $p<.032$ ). Sin embargo, se reporta que no hubo concordancia entre los jueces en la dimensión de claridad, coherencia y suficiencia ( $p>.05$ ). En cuanto a la confiabilidad, se evaluó mediante una prueba test-retest, se identificó una correlación fuerte y positiva para los ítems de la escala [ $Rho$  de Spearman ( $p$ ) = 1,  $p<.001$ ], Lorca et al. (2021) concluyen que el instrumento posee una confiabilidad alta.

### **Infección por COVID 19, ingreso en hospitalización y en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (Ver anexo E)**

Para indagar sobre la infección por COVID 19, el ingreso o no en hospitalización y en una Unidad de Cuidados Intensivo (UCI) durante la infección por COVID-19 y la pérdida de familiares y amigos, se diseñaron preguntas con las cuales el participante informó sí estuvo infectado por COVID-19, el número de ocasiones en que estuvo infectado, la fecha de la última infección por COVID-19, la pérdida de amigos o familiares, si requirió ser hospitalizado durante la infección con COVID-19, si fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivo y si recibió ventilación mecánica asistida.

### **Procedimiento**

En la investigación se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo propositivo para obtener la muestra de la investigación. Los instrumentos empleados fueron los datos sociodemográficos, el cuestionario de Salud General en su versión de 12 ítems (GHQ-12) de Goldberg y Williams (1988), la escala de Estado Funcional Post-COVID-19 (FSPC) elaborado por Klok, et al. (2020). Adicionalmente, se elaboraron reactivos y preguntas sobre la atención psicoterapéutica, el ingresar en hospitalización y en Unidad de Cuidados Intensivos durante la infección con COVID-19, junto al consentimiento informado por parte de los sujetos de la investigación, el anonimato y

confidencialidad de los datos suministrados por los sujetos. Posteriormente se llevó a cabo la recolección de los datos por vía online debido al riesgo de contagio por el COVID-19 y a la distribución de la muestra en todo el territorio de la República Bolivariana de Venezuela. Se empleó para ello la plataforma de Google Forms, donde fueron redactadas las escalas y se procedió a su distribución en la población.

Se estimó que el tiempo aproximado para completar los cuestionarios fue aproximadamente 30 minutos. Posteriormente, los datos recolectados se organizaron en una base de datos digital y posteriormente el análisis de los datos en el programa estadístico SPSS en su versión 27.0.

### **Consideraciones éticas**

En cuanto a las consideraciones éticas, se procuró cumplir con los principios generales, se respetará y garantizará la privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información brindada para la investigación, de tal manera que no sean reconocidos por personas ajenas a la investigación. Se incluyó un consentimiento informado a los participantes para asegurarse de cumplir con la no coerción hacia los participantes. Por otra parte, la investigación estará debidamente justificada, documentada e interpretada según los estándares científicos y tecnológicos (Escuela de Psicología, 2002; Peña, 2009).

## Resultados

Posteriormente a la recolección de los datos, se procedió a realizar una base de datos para poder realizar los análisis estadísticos en el programa estadístico SPSS (versión 27.0), se codificaron los datos y se eliminaron los datos que no cumplían con el criterio de inclusión en la investigación.

### Análisis descriptivo

En cuanto a la salud mental de los participantes, se obtuvo en la primera dimensión correspondiente a la ansiedad y depresión una puntuación media de 8,72 correspondiente a la categoría de ansiedad y depresión moderada, con un coeficiente de variación de 39,9%, siendo una distribución heterogénea. El rango de puntuaciones en la dimensión tiene como puntaje mínimo 0 y un puntaje máximo obtenido de 16. Adicionalmente, se encontró que la distribución presenta una asimetría negativa ( $As=-.082$ ) y una forma platicúrtica ( $K=-.526$ ).

Aunado a lo anterior, en la segunda dimensión de disfunción social con una puntuación mínima de 0 puntos y una puntuación máxima de 17 puntos, se obtuvo una puntuación media de 6,72 y una baja asimetría positiva ( $As=.362$ ) correspondiendo con una puntuación moderada-baja, con un coeficiente de variación de 55,2%, siendo una distribución heterogénea. La dimensión de disfunción social presenta una distribución con asimetría positiva y una forma platicúrtica ( $K=-.548$ ).

**Tabla 1**

*Estadísticos Descriptivos Dimensiones de Salud Mental.*

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	Asimetría	Curtosis
Ansiedad y depresión	.00	16	8,722	3,488	-.082	-.526
Disfunción social	.00	17	6,722	3,715	.362	-.548

### **Análisis de regresión múltiple**

En principio se requirió realizar una modificación en la variable ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) previo a los análisis estadísticos, debido a que al momento de recabar los datos y analizarlos, se observó que es posible la existencia de un error de medida en la variable, debido a que los participantes tomaron ser hospitalizados como ser ingresados en la UCI, por lo tanto, se sustituyó la variable ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por el de ingreso en hospitalización.

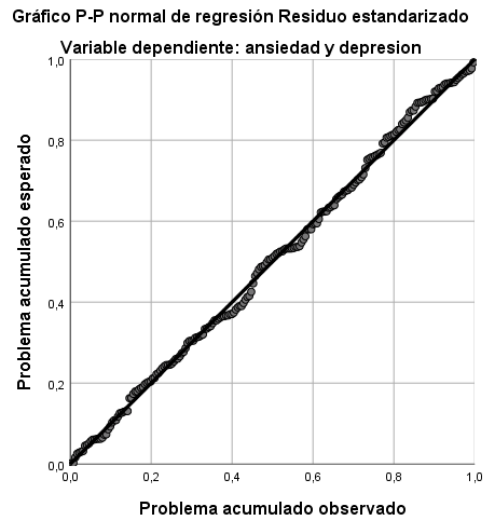
Se empleó para la verificación de las hipótesis el análisis de regresión múltiple, el cual es definido por Kerlinger y Lee (2002) “como un método para estudiar los efectos y magnitudes de los efectos de más de una variable independiente sobre una variable dependiente, utilizando los principios de correlación y regresión” (p. 689). Previo a realizar el análisis de regresión múltiple, se procedió a comprobar que se cumplieran los supuestos para realizar la regresión. En primer lugar, se realizó un análisis de la matriz de correlaciones, con el fin de comprobar la existencia de multicolinealidad entre las variables predictoras. Se encontró que no existían correlaciones mayores a .70, por lo que no hay multicolinealidad entre las variables predictoras. Cabe resaltar que la matriz arrojó que existían correlaciones entre otras variables que fueron medidas como

información adicional para la investigación, por ejemplo, el número de hijos tuvo una correlación estadísticamente significativa tanto con el factor de ansiedad y depresión ( $r=-.165$ ,  $p=.017$ ) como con el factor de disfunción social ( $r=-.283$ ,  $p=.000$ ). Asimismo, se obtuvo que la atención psicológica actual se correlaciona de forma estadísticamente significativa ( $p=.015$ ) con la disfunción social ( $r=.168$ ). Debido a los resultados mencionados previamente se optó por realizar la regresión múltiple paso a paso incluyendo estas variables en el modelo (Ver Anexo H).

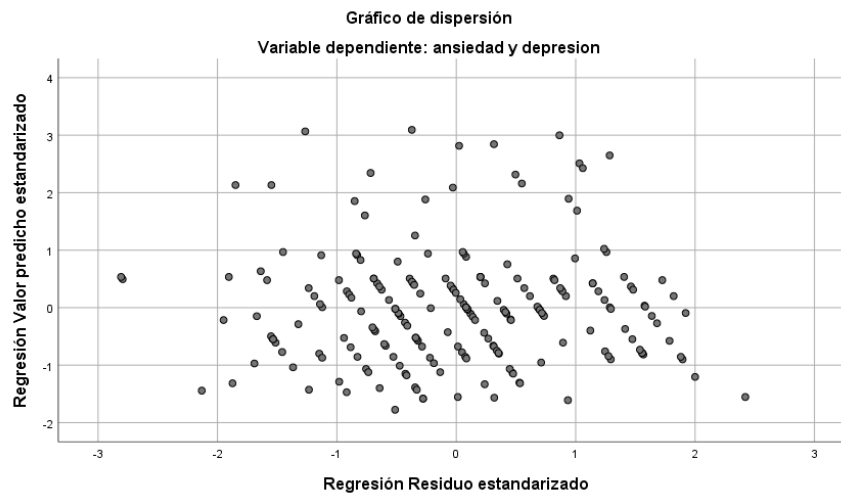
Aunado a lo anterior, la dimensión de ansiedad y depresión cumple con el supuesto de normalidad, se determinó a partir del gráfico P-P (Ver figura 4) que la dimensión posee una distribución normal. En cuanto al supuesto de los errores, se halló una media de 0 y una distribución normal ( $M=0$ , mínimo=-9,329 y máximo= 8,043). Respecto al supuesto de no multicolinealidad, también se corroboró con el estadístico de Tolerancia, donde se obtuvo valores mayores a .80 (Ver Anexo I). En cuanto al supuesto de homocedasticidad, mediante el gráfico de dispersión de los residuos se determinó que se cumple el supuesto (Ver figura 5). Por último, se comprobó el supuesto de no correlación de los errores mediante el estadístico Durbin-Watson, arrojando un valor 1,719 al ser un valor cercano a 2.

**Figura 1**

*Gráfico de normalidad de la dimensión de ansiedad y depresión*

**Figura 2**

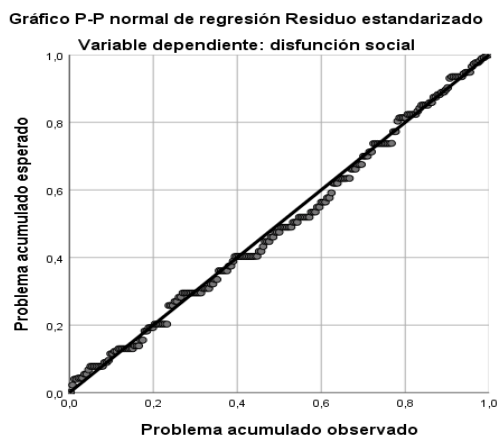
*Gráfico de dispersión de los residuos para la dimensión ansiedad y depresión*



En relación a la dimensión de disfunción social, se cumple el supuesto de normalidad, tal como se evidencia en el gráfico P-P (Ver figura 5). Asimismo, los errores se distribuyeron de forma normal, con una media igual a 0, un mínimo de -10,579, máximo de 10,164. Se ratificó el supuesto de multicolinealidad empleando el estadístico de Tolerancia (Ver Anexo I). Por otra parte, mediante el gráfico de dispersión de los residuos (Ver figura 6) se comprobó que existe homocedasticidad de la variable. Aunado a ello, se comprobó que no se presentaron correlación entre los errores, empleando el estadístico Durbin-Watson obteniendo un puntaje de 1,972.

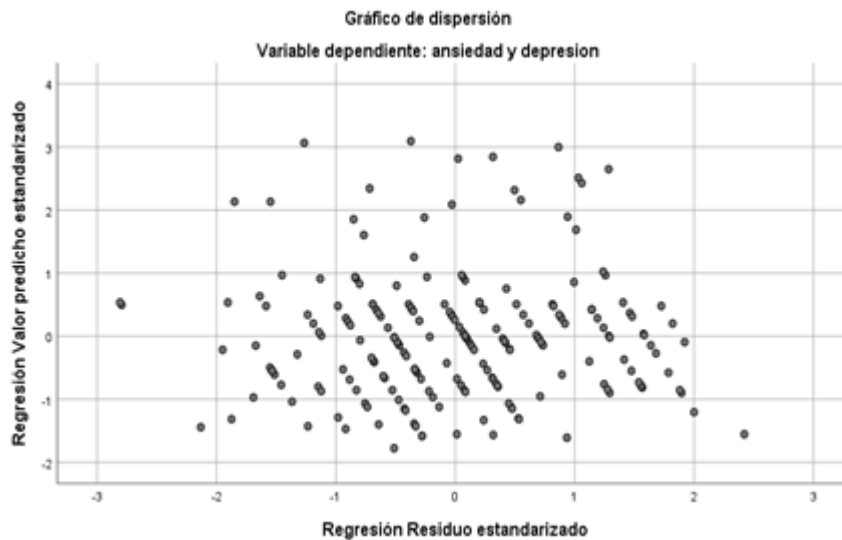
### Figura 3

*Gráfico de normalidad de la dimensión disfunción social*



#### Figura 4

*Gráfico de dispersión de los residuos para la dimensión de disfunción social*



Luego de la evaluación de los supuestos, con el objetivo de verificar las hipótesis planteadas, se realizó una regresión múltiple, agregando como se mencionó previamente las variables que se midieron como información adicional pero que mostraron correlación con la variable a predecir. Se tomó un alfa de .05.

Para la dimensión de ansiedad y depresión se obtuvo un modelo con una correlación baja y estadísticamente significativa ( $R=.326$ ,  $F=4.218$ ,  $p=.041$ ), entre el factor de ansiedad y depresión y las variables hospitalización, edad y fecha de infección por COVID 19. Donde explican el 10,6% de la varianza ( $R^2=.106$ ) con un error de estimación de 3,32 (Ver tabla 2).

Por otra parte, los coeficientes de regresión beta indicaron que las variables que explican la dimensión de ansiedad y depresión, son en principio la hospitalización, teniendo una correlación baja y positiva ( $\beta=.259$ ,  $p=.000$ ) por lo que aquellas personas que requirieron ser hospitalizadas



cuando estuvieron infectados por COVID-19 presentaron mayores puntuaciones de ansiedad y depresión. Por otra parte, se encontró que la edad tuvo una asociación negativa y muy baja ( $\beta = -.147$ ,  $p = .029$ ) por lo cual los adultos más jóvenes tienden a presentar mayores niveles de ansiedad y depresión en comparación de los adultos mayores. Por último, la fecha de infección por COVID-19 arrojó una asociación muy baja, positiva y significativa ( $\beta = .138$ ,  $p = .041$ ), indicando que las personas cuya infección por COVID-19 es más reciente, es decir, aquellas personas que sufrieron la infección en el año 2023 tienden a poseer mayores niveles de ansiedad y depresión.

**Tabla 2**

*Coefficientes de regresión para la dimensión de ansiedad y depresión*

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			
		B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia
1	(Constante)	8,441	,248		34,105	,000	1,000
	Hospitalización	2,797	,781	,242	3,581	,000	
2	(Constante)	9,866	,605		16,299	,000	,999
	Hospitalización	2,849	,771	,245	3,696	,000	,999
	Edad	-,037	,014	-,171	-2,571	,011	
3	(Constante)	-1176,093	577,483		-2,037	,043	
	Hospitalización	3,002	,768	,259	3,906	,000	,990
	Edad	-,032	,014	-,147	-2,197	,029	,969
	Fecha de infección de COVID	,587	,286	,138	2,054	,041	,960

En cuanto a los resultados en la segunda dimensión referente a la disfunción social, mediante la regresión múltiple se halló un modelo con una correlación moderada y estadísticamente significativa ( $R = .414$ ,  $F = 6,793$ ,  $p = .01$ ), la combinación lineal de las variables

predichas explica en total el 17,1% de la varianza ( $R^2=.171$ ) con un error de estimación de 3,407 (Ver tabla 3).

Concretamente, en el modelo tres variables son significativas, la primera es el número de hijos, teniendo una asociación baja y negativa ( $\beta =-.295$ ,  $p=.000$ ), implicando que a menor cantidad de hijos que tenga la persona mayor es su nivel de disfunción social. La segunda variable es la atención psicológica por COVID-19 obteniéndose una asociación baja y positiva con la dimensión ( $\beta =.204$ ,  $p=.002$ ) indicando que las personas que recibieron atención psicológica con motivo de consulta referente al COVID-19 presentan mayores niveles de disfunción social, en comparación con las personas que recibieron atención psicológica con otro motivo de consulta. Por último, la hospitalización presenta una asociación muy baja y positiva ( $\beta =.173$ ,  $p=.01$ ), por lo tanto, las personas que al momento de infectarse por COVID-19 requirieron ser hospitalizadas tienden a presentar mayores niveles de disfunción social.

**Tabla 3**

*Coefficientes de regresión para la dimensión de disfunción social*

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Tolerancia
		B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	
1	(Constante)	7,542	,313		24,060	,000	
	Número de hijos	-,839	,198	-,283	-4,248	,000	1,000
2	(Constante)	6,937	,340		20,384	,000	
	Número de hijos	-,886	,191	-,299	-4,627	,000	,996
	Atención Por COVID	1,997	,511	,252	3,908	,000	,996
3	(Constante)	6,836	,338		20,229	,000	

Número de hijos	-,874	,189	-,295	-4,626	,000	,998
Atención Por COVID	1,617	,525	,204	3,080	,002	,919
Hospitalización	2,128	,816	,173	2,606	,010	,922

En síntesis, se encontró que el ingreso en hospitalización predice de forma significativa ambas dimensiones de la salud. Las variables que predicen únicamente la dimensión de ansiedad y depresión fueron la edad de los participantes y la fecha de infección por COVID-19. En cuanto a la dimensión de disfunción social las variables que predicen fueron el número de hijos de los participantes y la atención psicológica por COVID-19. En contraparte, se encontró que las variables que no predicen ninguna de las dos dimensiones fueron el sexo, las ocasiones de infección por COVID-19, las pérdidas de familiares o amigos, la atención psicológica actual, el número de sesiones en psicoterapia, estado funcional y las enfermedades crónicas. Se puede destacar que la dimensión que contó con mayor predicción fue la disfunción social con un 17,1% de varianza explicada en contraste con el 10,6% de varianza explicada de la dimensión de ansiedad y depresión.

Finalmente, se realizaron análisis adicionales con las variables de estado civil, tipo de atención psicológica y número de hijos con los factores de disfunción social, ansiedad y depresión. Se encontró que existían diferencias estadísticamente significativas en la media del número de hijos y el factor de disfunción social ( $F=5,532$ ,  $p=.000$ ), específicamente se encontró que las personas que no tenían hijos presentaban una media de puntajes ( $M=7,70$ ;  $SS=3,75$ ) en la escala de disfunción social en comparación con la media de puntajes de aquellos que tenían uno ( $M=6,32$ ;  $SD=3,62$ ), dos ( $M=4,90$ ;  $SD=2,64$ ), tres ( $M=5,48$ ;  $SD=3,73$ ) y cuatro o más hijos ( $M=5,28$ ;

SD=2,75). Se realizó el contraste a posteriori mediante el estadístico HDS de Tukey, se halló que las personas que no tenían hijos presentaban un mayor nivel de disfunción social en comparación con las personas que tenían dos ( $p=.001$ ) o tres hijos ( $p=.025$ ).

Con respecto al estado civil, se encontró que existieron diferencias estadísticamente significativas ( $F=3,330$ ,  $p=.021$ ) en la media de los puntajes en el factor de disfunción social según si la persona se encontraba soltero, casada o en concubinato, viudo y divorciado. Las personas que se encontraron solteras presentaron la mayor media de puntajes con una media de 7,41 con una desviación estándar de 3,72, las personas que estaban casados o en concubinatos presentaron una media de 5,89 con una desviación estándar de 3,34; las personas que se encontraban divorciados presentaron una media de 6 con una desviación estándar de 4,45. Por último, las personas que se encontraban viudas presentaron el menor puntaje medio con una media de 4,5 y una desviación estándar de 3,71. Mediante los análisis a posteriori empleando el estadístico HDS de Tukey se encontró una diferencia significativa ( $p=.029$ ) en los niveles de disfunción social entre los puntajes de los adultos que se encontraban solteros y los adultos que estaban casados o en concubinato, específicamente los adultos solteros presentaban mayores niveles de disfunción social (Ver Anexo J).

## Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo conocer cómo influye el sexo, la edad, el número de sesiones en psicoterapia y el ingreso en hospitalización sobre la salud mental de los adultos con síntomas Post COVID-19. Se midió la salud mental a través de dos dimensiones, la primera de ansiedad y depresión; en segundo lugar, disfunción social.

La pandemia de COVID-19 genera un deterioro en la salud física y mental de las personas que lo padecen, sin embargo, dicho impacto se extiende incluso luego de la remisión de los síntomas propios de la infección y el paciente puede padecer síntomas Post COVID-19, con una serie de alteraciones a nivel de la salud (Colizzi et al., 2022; Liu et al., 2020; Weerahandi et al., 2021).

Respecto a la salud mental de los pacientes se encontró que la ansiedad y depresión en las personas con síntomas post COVID-19 era moderada, siendo un indicador de deterioro de la salud mental. Los hallazgos concuerdan con los reportados en investigaciones como la realizada por Houben-Wilke et al. (2022) donde se estudió el impacto de las secuelas post COVID 19 en la salud mental. Se observó que en los pacientes con síntomas Post COVID-19 presentaban síntomas altos de ansiedad y depresión y síntomas moderados de trastornos de estrés post traumático. Shanbehzadeh, et al. (2021) plantea que la sintomatología Post COVID-19 implica para los pacientes una serie de impedimentos físicos que pudieran causar un malestar emocional, aunado al hecho de que la infección por COVID-19 es un factor que puede causar altos niveles de estrés y ansiedad que pueden prevalecer en el tiempo.

Por otra parte, se obtuvo que los participantes presentaban un nivel de disfunción social moderado bajo, este puntaje concuerda con el deterioro de la salud física, mental y de la calidad

de vida reportados por Colizzi et al. (2022); Malik et al. (2021) y Shanbehzadeh et al. (2021) las alteraciones a nivel neurológico y de los procesos cognitivos, así como las limitaciones e impedimentos físicos impactan en el desarrollo de las actividades sociales, laborales y el desempeño de las actividades diarias. Como describen Rogers et al., (2020) y Taquet et al. (2021) los pacientes con síntomas post COVID-19 pueden presentar problemas de concentración o atención, problemas de memoria, lenguaje prolijo, euforia, irritabilidad, labilidad emocional y “niebla mental”.

Los resultados respaldan los reportes en otras investigaciones sobre la salud de los pacientes con síntomas Post COVID-19 (Colizzi et al., 2022; Liu et al., 2020; Malik, et al., 2021; Shanbehzadeh et al., 2021) donde se halló que existe un deterioro en la salud mental de los pacientes, implicando un mayor riesgo de presentar trastornos de salud mental.

Con respecto a las relaciones, en la presente investigación se encontró una relación entre el ingreso en hospitalización de la persona cuando estuvo infectada por COVID-19 y la salud mental. Específicamente, se halló que aquellas personas que requirieron ser hospitalizadas presentaron mayores síntomas relacionados a la ansiedad y depresión junto con disfunción en las relaciones sociales. Los resultados respaldan lo encontrado por varias investigaciones, por ejemplo, Capraro et al. (2022) y Malik et al. (2021) señalan que se da un aumento de la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y trastornos de estrés postraumático en pacientes que requirieron ser hospitalizados o ingresados en unidades de cuidados intensivos durante la infección por COVID-19.

Yuan et al. (2023) al realizar una investigación comparando los síntomas post COVID-19 de pacientes que requirieron hospitalización y pacientes que no la requirieron encontraron que los

pacientes hospitalizados posteriormente a la alta médica presentaron una cantidad significativamente mayor de síntomas respiratorios, dolor, neurológicos y de ansiedad, depresión y estrés. Los autores identifican que la población que ha sido hospitalizada representa un factor de riesgo para presentar problemas de salud mental, según Caprano et al. (2022); Glavina et al. (2023) y Yuan et al. (2023) la hospitalización representa un evento estresante con riesgo para la vida de los pacientes junto con la sensación de soledad a raíz del aislamiento requerido para el tratamiento, causando que posterior a la hospitalización los pacientes se encuentren en un estado de hipervigilancia, con pensamientos intrusivos, volviendo a experimentar el evento estresante con irritabilidad y disminución de la concentración que pudiera dar lugar al desarrollo de trastornos de salud mental.

Por otra parte, se obtuvo que el sexo no predice la salud mental en sus dos dimensiones. No obstante, si se toma en consideración solo la relación del sexo con las dimensiones de la salud mental, se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas, siendo un resultado cónsono con los resultados obtenidos en diferentes investigaciones como la realizada por Fernández et al. (2022) donde se asocia el aumento de síntomas de ansiedad y depresión en mujeres en contraste con los hombres puede deberse al aislamiento, la inactividad y el estrés. Adicionalmente, Gebhard et al. (2021) menciona que los hombres presentan mayor cantidad de síntomas físicos y de mortalidad en comparación de las mujeres, quienes presentaron mayor cantidad de síntomas neurológicos y psicológicos.

Dichos resultados pudieran explicarse por factores sociales y culturales, Cova-Solar (2004) señala que las mujeres poseen un mayor desarrollo emocional, presentando una mayor expresión de sus emociones, empatía, culpa, con una mayor dificultad para procesar la rabia con estilos de afrontamiento pasivos, centrándose en las emociones y presentando rumiación ante experiencias

negativas. Por su parte, Álvarez-Vargas y Ochoa (2014) mencionan que en el caso de los hombres debido a ciertas pautas sociales y culturales dadas por el entorno llevan a los hombres a negar los síntomas depresivos o evitar las situaciones que los producen, con lo cual pueden no ser diagnosticados. Adicionalmente, Guerrero y Matías (2006) señalan que a los hombres se les enseña a no expresar de forma libre aquello que sienten o la presencia de emociones, de esta forma socialmente se espera que los hombres oculten aquello que les genera sufrimiento o angustia, en ocasiones siendo la familia quienes propician este aspecto del rol masculino (citado en Álvarez-Vargas y Ochoa, 2014).

Con relación a la edad y su influencia sobre la salud mental, se halló que la edad predice de forma significativa la dimensión de ansiedad y depresión, sin embargo, dicha relación fue negativa contraria a lo planteado en las hipótesis, por lo que en la muestra de la investigación con edades comprendidas entre los 18 y los 78 años, los adultos jóvenes presentaron un mayor puntaje de ansiedad y depresión.

Pese a que los resultados no son cónsonos con lo esperado en las hipótesis, se han reportado resultados similares en un estudio realizado recientemente por Guillen-Burgos et al. (2023) en la ciudad de Barranquilla con una muestra de adultos con síntomas Post COVID-19 reportó resultados similares a los obtenidos en la presente investigación, los adultos con edades comprendidas entre los 18 y los 44 años presentaban puntajes altos en la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Andrades-Tobar et al. (2021) y Sandín et al. (2020) plantean como posible explicación para estos resultados que debido a la etapa evolutiva en la que se encuentran los adultos jóvenes, el impacto del COVID-19 y sus secuelas pueden suponer una amenaza y posible quiebre de sus proyectos de vida, como empezar o terminar una carrera universitaria o afectar el desarrollo laboral. Asimismo, el área social tiene una vital importancia para los adultos jóvenes y se pudiera



ver impactada negativamente por el COVID-19 y sus secuelas, llevando a que resulte más difícil poder iniciar y mantener relaciones sociales con sus pares.

Con relación al número de sesiones de psicoterapia, no predice los puntajes de ambas dimensiones de la salud mental. Se esperaba que a mayor número de sesiones de psicoterapia las personas presentaran una mayor salud mental. La explicación para dicho resultado puede residir en que el enfoque terapéutico empleado por los especialistas de la salud mental pudiera influir en el número de sesiones de un proceso psicoterapéutico. Concretamente, algunos enfoques se pueden centrar en la resolución o la remisión de síntomas empleando protocolos estructurados con un número de sesiones estimadas mientras que otros enfoques pueden no tener un número de sesiones estimadas y cuya intervención puede centrarse en los síntomas y otros problemas de los pacientes como puede ser el enfoque psicoanalítico o humanista.

En el caso de la terapia cognitivo conductual consiste en un enfoque comprensivo para tratar diferentes motivos de consulta y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a incrementar el control personal del paciente, desarrollando planes de intervención pudiendo ser breves de máximo 5 sesiones o intervenciones a largo plazo con un máximo de 15 a 20 sesiones (Hewitt y Gantiva, 2009). En contraste, Ortega y Angeles (2009); Sassenfeld y Moncada (2006) mencionan que la terapia humanista tiene como objetivo la autoexploración del cliente, centrada en el enriquecimiento y profundización de la experiencia del cliente, facilitando y promoviendo que se puedan dar cambios en los pacientes. No se establece un marco de duración en cuanto al tiempo de la terapia, por lo cual puede durar un número de sesiones prolongadas. Por lo cual, el número de sesiones de forma aislada no resulta una variable importante en la predicción de la salud psicológica Post COVID-19.

Al analizar los resultados de las variables que se controlaron mediante la sistematización, se encontró que uno de los predictores de ansiedad y depresión en los participantes era la fecha en la cual se habían infectado con COVID-19, siendo que las personas que presentaron infecciones más recientes fueron las que presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión en la muestra del presente estudio. Los resultados obtenidos concuerdan con los hallazgos de investigaciones realizadas con el fin de detectar el impacto de las secuelas post COVID-19 (Colizzi et al., 2022; Kirchberger et al., 2023; Liu et al., 2020; Malik et al., 2021 y Scott et al., 2023), se ha observado que el impacto de las secuelas post COVID-19 a nivel de salud física y mental perduran en el tiempo, siendo los primeros meses posterior al cuadro agudo de COVID-19 donde se reporta una mayor cantidad de alteraciones físicas y neurológicas, al igual de un mayor número de síntomas asociados a la depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. Con el transcurso de meses desde el cuadro agudo se presenta una atenuación de los síntomas, pero sin llegar a la remisión total.

Se pueden encontrar dos posibles explicaciones en el estudio de Saltzman, Longo y Hansel (2023), los autores plantean en primer lugar que el aumento de los síntomas de ansiedad y depresión pudiera estar relacionado con la respuesta inflamatoria del cuerpo humano ante la infección por el COVID-19 y el subsecuente daño que puede causar a nivel fisiológico y neurológico. En segundo lugar, los resultados pudieran tener una causa psicosocial debido al estrés al que está sometido el paciente al tener que lidiar con la infección y los síntomas crónicos del post COVID. Adicionalmente, Giannopoulou et al. (2021) plantea que la infección por COVID-19 es un evento estresante y potencialmente traumático para los pacientes, representando una amenaza para la vida. En vista de ello es posible que los sobrevivientes de infectarse con COVID-19

presenten un aumento de síntomas asociados al estrés postraumático, ansiedad y depresión al estar el evento traumático cercano en el tiempo.

Por otra parte, se halló que el número de hijos predice las puntuaciones de disfunción social. Sin embargo, no predijo a la ansiedad y depresión. Tomando lo expuesto por Kotelchuck et al. (2022) menciona que con la asunción del nuevo rol social de la paternidad se da un efecto positivo en los hombres, en este sentido los autores destacan que los padres pueden sentir mayor confianza, placer y satisfacción en establecer un vínculo con su hijo recién nacido, adicionalmente se puede presentar disminución de conductas negativas como el consumo de sustancia en los padres (Baldwin et al., 2018 citado en Kotelchuck et al., 2022). Aunado a ello, encontraron que 35% de los hombres se involucraron en actividades familiares y comunitarias, involucrando establecer relaciones sociales con otros padres.

En el caso de las mujeres y la maternidad, Schmied et al. (2013) destacaron que las madres presentaron mayores niveles de síntomas de ansiedad y depresión aunado a niveles elevados de estrés en las madres, principalmente durante el primer año posterior al nacimiento de su hijo, dichos síntomas disminuyeron en el transcurso de 5 años. Adicionalmente, mencionan que la salud mental de las madres era menor si contaban con una pareja “pobre” refiriéndose al vínculo de la pareja, donde la pareja puede fungir como una red de apoyo y factor protector para la salud mental. En este sentido, las redes de apoyo de personas cercanas, el vínculo que se establece con la pareja, la asunción de los roles sociales asociados a la paternidad y la maternidad, junto con las redes de apoyo que pueda tener la familia pudieran influir en la salud mental de los padres. El impacto de tener hijos expuesto por Kotelchuck et al. (2022) y Schmied et al. (2013) pareciera tener implicaciones diferentes tanto para hombres como para mujeres, siendo posible que la variable del sexo funja como variable moderadora en la relación entre el número de hijos y la salud mental.

Adicionalmente, para analizar mejor la relación entre el número de hijos y la salud mental se pudieran tener en consideración algunas variables como la edad de los hijos, como menciona Uecker (2012) los principales efectos negativos en la salud mental o que suprimen los efectos positivos de tener hijos se dan en los primeros años del desarrollo de los hijos, por lo cual si la edad de los hijos de los participantes es ya adolescentes o cercanos a la adultez pudiera explicar porque no impacta negativamente en la salud mental.

Con relación con la atención psicológica debido al COVID-19 y la salud mental, se encontró que las personas que acudieron a recibir atención psicológica cuyo motivo de consulta se debía al COVID-19 presentaban menor disfunción social pero no predijo a la ansiedad y depresión. Ello pudiera deberse a que el plan de intervención se focalizará en la reintegración de la persona y en el mitigar el impacto de las secuelas post COVID-19. Se ha encontrado que al aplicar programas de intervención en crisis con pacientes hospitalizados y no hospitalizados con secuelas post COVID-19 se facilitó el funcionamiento social, el manejo de los síntomas post COVID-19 y la paulatina reincorporación de los pacientes a sus actividades diarias como el trabajo y las relaciones con familiares y amigos. Resaltando el impacto de una atención psicológica temprana en el proceso de rehabilitación, apoyo social y prevención del desarrollo de trastornos mentales (Ameyaw et al., 2020; Lee & Yook, 2020; Rossi et al., 2021; Yong, 2021).

Por último, cabe destacar que, en los resultados obtenidos según el estado civil del participante, las personas que se encontraban casadas o en concubinato mostraban menor puntaje de disfunción social en comparación con las personas que se encontraban solteras. Por otra parte, en el caso de la ansiedad y depresión no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En este sentido Uecker (2012) reporta que el matrimonio presenta beneficios para la salud mental de las personas, concretamente menciona 3 áreas de beneficio, en principio se da una disminución

del malestar psicológica, se da una disminución en las conductas de riesgo y de adicción como el alcoholismo, por último, se dan mayores niveles de satisfacción con la vida, ello debido a que los matrimonios pueden proveer beneficios emocionales, un vínculo estable y una red de apoyo en la pareja. Los beneficios que presenta el matrimonio para la salud mental puede explicar los puntajes obtenidos, pudiendo fungir el hecho de estar casado o en concubinato como un factor protector para la persona fomentando que la disfunción social sea menor cuando se compara con las personas que están solteras.

Mediante los resultados obtenidos, solo se han podido verificar parcialmente las hipótesis planteadas en la investigación. Sin embargo, se obtuvo información relevante sobre diferentes variables que influyen en la salud mental de las personas con secuelas post COVID-19, facilitando la identificación de factores de riesgo y factores protectores en esta población. Aunado a ello, los hallazgos referentes a la salud mental son relevante, en tanto se obtuvieron puntajes moderados en la dimensión de ansiedad y depresión, lo cual indica un deterioro en la salud mental de las personas. En vista de ello, como mencionan diferentes autores (Colizzi et al., 2022; Kirchberger et al., 2023; Scott et al., 2023; Liu et al., 2020; Malik et al., 2021) resulta necesario elaborar e implementar planes de intervención de atención psicológica con la finalidad de prevenir y mitigar el impacto que las secuelas post COVID-19 tienen sobre la salud mental de las personas, tomando en cuenta, además que, las intervenciones focalizadas a las secuelas post COVID-19 mostraron una influencia positiva en la salud mental. Se puede destacar que algunos de los resultados obtenidos en la presente investigación pueden llegar a ser extrapolables a situaciones con otras patologías.

Finalmente, además de sustentar la efectividad de los planes de intervención individual en la atención de los pacientes con secuelas post COVID-19, cabe resaltar la importancia de poder realizar intervenciones desde la psicología comunitaria, dado que pudiera fomentar la recuperación

y reinserción de los pacientes a sus tareas diarias, desarrollando una red de apoyo robusta para los pacientes y adicionalmente elaborar junto con las comunidades planes que puedan implementar para mitigar los efectos del COVID-19 y sus secuelas, en este sentido, Capella, Quinde y Mora (2022) destacan el reto que puede implicar la atención de pacientes que sufren secuelas post COVID-19 en algunas comunidades en Latinoamérica donde los fallos de los servicios básicos y de la conectividad a internet puede limitar el acceso de algunas comunidades a una atención psicológica adecuada. En vista de ello, resaltan la importancia de fomentar el establecer planes y políticas públicas, tomando en cuenta las necesidades particulares de las comunidades y los requerimientos para la recuperación de los pacientes post COVID-19.

En este sentido, la visión clínico comunitaria brinda una aproximación para la comprensión de la sintomatología de los pacientes y el contexto en el cual se encuentran, redes de apoyo, recursos inherentes a la comunidades, debilidades y fortalezas, pudiendo plantear un trabajo tanto con el paciente y los síntomas que presenta como con las comunidades para desarrollar estrategias de afrontamiento en conjunto que puedan ser implementadas ante la ausencia del especialista. Dando un tratamiento que no quede limitado al consultorio y pueda repercutir en la reincorporación a sus funciones y actividades diarias, fortaleciendo y promoviendo la salud mental en las comunidades.

## Conclusión

La presente investigación tuvo como objetivo conocer la influencia del sexo, edad, número de sesiones en psicoterapia y el ingreso en hospitalización sobre la salud mental de adultos con síntomas post COVID-19. Se encontró un deterioro en la salud mental, con síntomas moderados de ansiedad y depresión, junto a una disfunción social moderada baja, se halló que algunas variables que predicen de forma significativa la salud mental de los pacientes con síntomas Post COVID-19. Concretamente, la edad, el ingreso en hospitalización, la fecha de infección de COVID-19, el motivo de la atención psicológica y el número de hijos.

Las personas jóvenes, aquellas que requirieron ser ingresadas en hospitalización y personas cuya última fecha de infección es reciente presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión. Por otra parte, las personas sin hijos o con un hijo, aquellas que fueron hospitalizadas y personas cuyo motivo de atención psicológica no fue por el COVID-19 presentaron una mayor disfunción social.

Como han reportado diferentes investigaciones, el impacto del COVID-19 se prolonga luego del cuadro agudo de síntomas de la infección, las personas con síntomas Post COVID-19 son un grupo que requieren atención y planes de intervención concretos para la prevención y mitigación de secuelas a nivel de salud mental, con un énfasis en aquellas personas que requirieron ser hospitalizado, dado que ello implica un mayor deterioro para la salud mental de las personas. Para ello un abordaje tanto desde la psicología clínica para la comprensión y la atención individual o grupal de los pacientes, como desde la psicología comunitaria para facilitar una adecuada detección de las necesidades y poder establecer junto con los miembros de las comunidades donde residen los pacientes o incluso a nivel hospitalario, una serie de planes de intervención que brinden

una red de apoyo e intervenciones primarias con el fin de mitigar y apoyar la recuperación de los pacientes. En vista de ello, el enfoque en psicología clínica comunitaria pudiera aportar un abordaje integral que pueda trascender solo el abordaje individual de los casos.



### **Limitaciones y recomendaciones**

Entre las limitaciones de la presente investigación se encuentra el método empleado para la recolección de datos, debido a que los datos se recabaron de forma electrónica, mediante google forms, puede suponer una barrera para el acceso de comunidades con dificultades en la conexión a internet, limitando la muestra a la cual se pudo tener acceso y requiriendo que tengan una conexión y equipo con los cuales contestar a los instrumentos. Se recomienda emplear un método mixto, donde se emplee tanto medios electrónicos como físicos y presenciales para poder abarcar una población con mayor diversidad. Aunado a ello, se recomienda incluir personas cuyas limitaciones en el funcionamiento debido a síntomas Post COVID-19 sean moderadas o severas, dado que el mayor porcentaje de la muestra consistió en personas con limitaciones leves.

Por otra parte, se encuentra un desbalance en cuanto al sexo de los participantes, con una cantidad de 150 mujeres y 59 hombres, teniendo una sobrerrepresentación en la muestra de las mujeres. Por lo cual se recomienda que exista una distribución proporcional entre ambos sexos, para evitar sesgos.

En cuanto al diseño de investigación, el hecho de ser un tipo de investigación no experimental limita la cantidad de variables extrañas que se pudieran controlar, principalmente en lo referente a la psicoterapia, en este sentido un tipo de investigación cuasi experimental o experimental traería ventajas para explorar la influencia de la psicoterapia en la salud mental, ello al trabajar con especialistas de la salud mental y controlar los planes de intervención, enfoque y modalidad de psicoterapia. Aunado a ello, una limitante fue emplear solo el número de sesiones de psicoterapia como variable para predecir la salud mental, dado que existen diferentes factores

que debido al diseño de investigación no pudieron ser controladas o incluidas en la investigación como el enfoque psicoterapéutico empleado por los especialistas y los planes de intervención.

Finalmente, debido al bajo porcentaje de varianza explicada por los modelos de regresión, se recomienda que se incluyan en futuras investigaciones una mayor cantidad de variables para poder dar una explicación más óptima y que permita predecir de forma más adecuada la salud mental de las personas con síntomas post COVID-19, entre ellas se pueden incluir la severidad de las limitaciones o síntomas Post COVID-19, enfoque empleado para la atención psicoterapéutica recibida y redes de apoyo recibidas.

## Referencias

- Ahrenfeldt, L. J., Otavova, M., Christensen, K., & Lindahl-Jacobsen, R. (2021). Sex and age differences in COVID-19 mortality in Europe. *Wiener Klinische Wochenschrift*, *133*(7), 393-398.
- Álvarez-Vargas, N., y Ochoa, A. (2014). La depresión: Una realidad masculina. *Enfoques*, *1*(1), 45-57.
- Ameyaw, E. K., Hagan, J. E., Ahinkorah, B. O., Seidu, A. A., y Schack, T. (2020). Mainstream reintegration of COVID-19 survivors and its implications for mental health care in Africa. *Pan African Medical Journal*, *36*(1), 20-27.
- Andrades-Tobar, M., García, F. E., Concha-Ponce, P., Valiente, C., y Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *26*(1), 13-22.
- Asociación Americana de Psicología. (2022). Diccionario de psicología. <https://dictionary.apa.org/psychotherapy>.
- Asociación Americana de Psicología. (2022). Diccionario de psicología. <https://dictionary.apa.org/mental-health>.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2019). Understanding psychotherapy and how it works. <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/understanding>
- Baron, R. & Byrne, D. (2005). *Psicología social* (10ma ed.). Madrid, España: Pearson Educación, S.A.
- Botella, L. (2012). Investigación en psicoterapia y salud mental. *Research Gate*, *3*, 1-18.

- Bouza, E., Moreno, R. C., Ramos, P. D. L., García-Botella, A., García-Lledó, A., Gómez-Pavón, J., y Sebastián, M. S. (2021). Síndrome post-COVID: Un documento de reflexión y opinión. *Revista Española de Quimioterapia*, 34(4), 269.
- Cámara, P. S., Lara, R. M. M., Jiménez, B. M., y Rodríguez, P. J. (2016). Estructura factorial del Cuestionario de Salud General GHQ-12 en población general de México. *Salud & Sociedad*, 7(1), 62-76.
- Campo-Redondo, M. (2021). Concepción de la psicoterapia. Aproximación cualitativa desde la Teoría Fundamentada. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), 47-61. <https://doi.org/10.15446/rcp.v30n1.78535>
- Capella-Palacios, M., Quinde-Reyes, M., y Mora-Goyes, L. (2022). Acciones colectivas frente al covid-19 en Latinoamérica una exploración desde la psicología comunitaria crítica. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 8(1), 1-23.
- Carfi, A., Bernabei, R., & Landi, F. (2020). Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *Jama*, 324(6), 603-605.
- Cheng, C., Zhang, H. T., Goncalves, J., Xiao, Y., Wang, M., Guo, Y., & Yuan, Y. (2020). An interpretable mortality prediction model for COVID-19 patients. *Nature Machine Intelligence*, 2(5), 283-288.
- Carvalho-Schneider, C., Laurent, E., Lemaigen, A., Beaufils, E., Bourbao-Tournois, C., Laribi, S., & Bernard, L. (2021). Follow-up of adults with noncritical COVID-19 two months after symptom onset. *Clinical Microbiology and Infection*, 27(2), 258-263.
- Craparo, G., La Rosa, V. L., Marino, G., Vezzoli, M., Cinà, G. S., Colombi, M., & Mangiapane, E. (2022). Risk of post-traumatic stress symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 recovered patients. A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 308, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114353>
- Christie, F., Quasim, T., Cowan, R., King, K., & McPeake, J. (2021). Meralgia paraesthetica in intensive care unit survivors of COVID-19. *Anaesthesia*, 76(5), 712-713.

- Cova-Solar, F. C. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia Psicológica*, 23(1), 43-56.
- Colizzi, M., Peghin, M., De Martino, M., Bontempo, G., Gerussi, V., Palese, A., ... & Balestrieri, M. (2023). Mental health symptoms one year after acute COVID-19 infection: Prevalence and risk factors. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 16, 38-46.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., & Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909.
- Disser, N. P., De Micheli, A. J., Schonk, M. M., Konnaris, M. A., Piacentini, A. N., Edon, D. L., ... & Mendias, C. L. (2020). Musculoskeletal consequences of COVID-19. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 102(14), 1197.
- Frasquilho, D., de Matos, M. G., Marques, A., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2016). Distress and unemployment: the related economic and noneconomic factors in a sample of unemployed adults. *International Journal of Public Health*, 61(7), 821-828.
- Federación de psicólogos de Venezuela (2021) Programa de Psicólogos Voluntarios. <http://www.fpv.org.ve/wordpress/2021/02/programa-de-psicologo-voluntarios/>.
- Fernández de-Las-Peñas, C., Martín-Guerrero, J. D., Pellicer-Valero, Ó. J., Navarro-Pardo, E., Gómez-Mayordomo, V., Cuadrado, M. L., ... & Arendt-Nielsen, L. (2022). Female sex is a risk factor associated with long-term post-COVID related-symptoms but not with COVID-19 symptoms: The LONG-COVID-EXP-CM multicenter study. *Journal of Clinical Medicine*, 11(2), 413.
- García Viniegras, C. R. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg: Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88-97.
- Gavin, B., Lyne, J., & McNicholas, F. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 156-158.

- Gebhard, C. E., Suetsch, C., Bengs, S., Deforth, M., Buehler, K. P., Hamouda, N., ... & Gebhard, C. (2021). Sex-and gender-specific risk factors of Post-COVID-19 syndrome: A population-based cohort study in switzerland. *MedRxiv*, 21(1). <https://doi.org/10.1101/2021.06.30.21259757>
- Giannopoulou, I., Galinaki, S., Kollintza, E., Adamaki, M., Kypouropoulos, S., Alevyzakis, E., ... & Rizos, E. (2021). COVID-19 and post-traumatic stress disorder: The perfect ‘storm’ for mental health. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 22(4), 1-7.
- Glavina, T., Marasović, T. B., Žuljević, M. F., Rakušić, M., Mustapić, M., Barišić, T., ... & Mastelić, T. (2023). Mental Health of Patients Hospitalized Due to COVID-19. *Clinical Neuropsychiatry*, 20(6), 479.
- Greenberg, N. (2020). Mental health of health-care workers in the COVID-19 era. *Nature Reviews Nephrology*, 16(8), 425-426.
- Gregorevic, K., Maier, A., Miranda, R., Loveland, P., Miller, K., Busing, K., ... & Lim, K. (2021). Presenting symptoms of COVID-19 and clinical outcomes in hospitalised older adults. *Internal Medicine Journal*, 51(6), 861-867.
- Guillen-Burgos, H. F., Galvez-Florez, J. F., Moreno-Lopez, S., Gonzalez, I., Guillen, M., & Anaya, J. M. (2023). Factors associated with mental health outcomes after COVID-19: A 24-month follow-up longitudinal study. *General Hospital Psychiatry*, 84, 241-249.
- Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, Walshaw C, Kemp S, Corrado J, Singh R, Collins T, O'Connor RJ, Sivan M. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol*. 93(2):1013-1022. doi: 10.1002/jmv.26368.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206.

- Hewitt Ramírez, N., & Gantiva Díaz, C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Houben-Wilke, S., Goërtz, Y. M., Delbressine, J. M., Vaes, A. W., Meys, R., Machado, F. V., ... & Janssen, D. J. (2022). The impact of long COVID-19 on mental health: observational 6-month follow-up study. *JMIR Mental health*, 9(2), e33704.
- Hu, B., Guo, H., Zhou, P., & Shi, Z. L. (2021). Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology*, 19(3), 141-154.
- Humer, E., Stippl, P., Pieh, C., Pryss, R., & Probst, T. (2020). Experiences of psychotherapists with remote psychotherapy during the COVID-19 pandemic: cross-sectional web-based survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11).
- Istituto Superiore di Sanità (2020). Epidemia COVID-19. Recuperado en: [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19\\_2-aprile-2020.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_2-aprile-2020.pdf).
- Javadi, S. M. H., Arian, M., & Qorbani-Vanajemi, M. (2020). The need for psychosocial interventions to manage the coronavirus crisis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(1), e102546.
- Kazdin, A. E. (2000). *Encyclopedia of psychology* (Vol. 2, pp. 10517-106). American Psychological Association (Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kerlinger, F & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento* (4ta ed.). México DF: McGraw-Hill.
- Klok, F. A., Boon, G. J., Barco, S., Endres, M., Geelhoed, J. M., Knauss, S., ... & Siegerink, B. (2020). The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. *European Respiratory Journal*, 56(1).
- Korea Centers for Disease Control and Prevention (KCDC). Status of COVID-19 in Korea. Recuperado en:

[http://ncov.mohw.go.kr/bdBoardList\\_Real.do?brdId=1&brdGubun=11&ncvContSeq=&contSeq=&board\\_id=&gubun=](http://ncov.mohw.go.kr/bdBoardList_Real.do?brdId=1&brdGubun=11&ncvContSeq=&contSeq=&board_id=&gubun=). Accessed 29 May 2020.

- Kotelchuck, M. (2022). The impact of fatherhood on men's health and development. *Engaged Fatherhood for Men, Families and Gender Equality: Healthcare, Social Policy, and Work Perspectives*, 5, 63-91.
- Lee, M., & You, M. (2020). Psychological and behavioral responses in South Korea during the early stages of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 2977.
- León, O. y Montero, I. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 503-508.
- Liu, J. W. T. W., De Luca, R., Mello Neto, H. O., & Barcellos, I. (2020). Post-COVID-19 Syndrome? New daily persistent headache in the aftermath of COVID-19. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 78, 753-754.
- Liu, D., Baumeister, R. F., Veilleux, J. C., Chen, C., Liu, W., Yue, Y., & Zhang, S. (2020). Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Research*, 292, 113297.
- Logue, J. K., Franko, N. M., McCulloch, D. J., McDonald, D., Magedson, A., Wolf, C. R., & Chu, H. Y. (2021). Sequelae in adults at 6 months after COVID-19 infection. *JAMA Network Open*, 4(2).
- López-Ruíz, M.B., & Presmanes-Roqueñi, L. (2018). Depresión en hombres y su relación con la ideología de género masculina tradicional y la alexitimia. *Psychology Research*, 1(1), 1-16.
- Lorca, L. A., Leão, I. R., Torres-Castro, R., Sacomori, C., & Rivera, C. (2022). Psychometric properties of the Post-COVID 19 Functional Status scale for adult COVID 19 survivors. *Rehabilitacion*, 56(4), 337-343.



- Machado, F. V., Meys, R., Delbressine, J. M., Vaes, A. W., Goërtz, Y. M., van Herck, M., ... & Spruit, M. A. (2021). Construct validity of the Post-COVID-19 Functional Status Scale in adult subjects with COVID-19. *Health and Quality of Life Outcomes*, *19*(1), 1-10.
- Malik, P., Patel, K., Pinto, C., Jaiswal, R., Tirupathi, R., Pillai, S., & Patel, U. (2022). Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL)—A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Virology*, *94*(1), 253-262.
- Maltezou, H. C., Pavli, A., & Tsakris, A. (2021). Post-COVID syndrome: an insight on its pathogenesis. *Vaccines*, *9*(5), 497.
- Matud, M.P., Guerrero, K., & Matías, R.G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográfica en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *6*(1), 7-21.
- Médicos Sin Fronteras. (2022). COVID-19 en Venezuela: finalizamos nuestro proyecto de apoyo en Caracas ante la disminución de casos. Recuperado de: <https://www.msf.es/actualidad/venezuela/covid-19-venezuela-finalizamos-nuestro-proyecto-apoyo-caracas-la-disminucion>.
- Moreno-Torres, L. A., & Ventura-Alfaro, C. E. (2021). Validation of the Post-COVID-19 functional status scale into Mexican-Spanish. *Journal of Rehabilitation Medicine-Clinical Communications*, *4*.
- Moreta-Herrera, R., López-Calle, C., Ramos-Ramírez, M., & López-Castro, J. (2018). Estructura factorial y fiabilidad del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) en universitarios ecuatorianos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, *10*(3), 35-42.
- Needham, E., Newcombe, V., Michell, A., Thornton, R., Grainger, A., Anwar, F., ... & Sawcer, S. (2021). Mononeuritis multiplex: an unexpectedly frequent feature of severe COVID-19. *Journal of Neurology*, *268*, 2685-2689.

- Organización Mundial de la Salud (2020). *Origin of SARS-CoV-2*. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332197/WHO-2019-nCoV-FAQ-Virus\\_origin-2020.1-eng](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332197/WHO-2019-nCoV-FAQ-Virus_origin-2020.1-eng)
- Organización Mundial de la Salud. (2021). COVID-19 *weekly epidemiological update*, edition 58, 21 September 2021. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---26-october-2021>
- Organización Panamericana de la Salud (2021). *Covid-19 respuesta de la OPS/OMS*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55116/COVID-19SitRep61\\_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55116/COVID-19SitRep61_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Panamericana de la Salud (11 de marzo de 2020). *La OMS caracteriza a covid-19 como una pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Organización Panamericana de la Salud (28 de noviembre de 2022). *Condición Post COVID 19*. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19/condicion-post-covid-19>
- Ornell, F., Halpern, S. C., Kessler, F. H. P., & Narvaez, J. C. D. M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de Saude Publica*, 36.
- Ortega, L., & de los Angeles, M. (2009). La psicoterapia humanista. *Bosnic, M. Humanización de la Salud* 2, 1-13.
- Peña, G. (2009). Consideraciones éticas en psicología. En G. Peña, Y. Cañoto, y Z. Santalla (comp). *Una introducción a la psicología* (2° Ed.). Caracas, Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello.
- Priyamvada, R., Ranjan, R., & Chaudhury, S. (2021). Efficacy of psychological intervention in patients with post-COVID-19 anxiety. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(1), 41-44.

- Quintero, B., Hernández, J., Sanguinety, N., & Andrade, R. (2020). Impacto emocional del confinamiento por COVID-19 en la población venezolana en el marco de la migración. *Investigación & Desarrollo*, 13(1), 15-27.
- Quiñonez Solórzano, J. M. (2021). *Intervenciones psicoterapéuticas en pacientes infectados con COVID-19, tras su recuperación. Revisión sistemática* (tesis de maestría, Quito: Universidad Central de Ecuador). <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjgrarmyvaEAXUNfjABHRnVBUcQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.dspace.uce.edu.ec%2Fitems%2F3bb8ad46-1c81-405b-a6ad-6acf2b21cd2d&usg=AOvVaw0abue1kpAtlOz3RfyRKW2o&opi=89978449>
- Raahimi, M. M., Kane, A., Moore, C. E., & Alareed, A. W. (2021). Late onset of Guillain-Barré syndrome following SARS-CoV-2 infection: part of 'long COVID-19 syndrome?'. *BMJ Case Reports CP*, 14(1).
- Real Academia Española. (2016). *Diccionario de la lengua española*. <http://www.rae.es/>.
- Real Academia Española. (2023). *Diccionario de la lengua española*. <https://dpej.rae.es/lema/hospitalización>.
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125-139.
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., ... & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611-627.
- Rossi Ferrario, S., Panzeri, A., Cerutti, P., & Sacco, D. (2021). The psychological experience and intervention in post-acute COVID-19 inpatients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 413-422.

- Rosso, I. M., Killgore, W. D., Olson, E. A., Webb, C. A., Fukunaga, R., Auerbach, R. P., ... & Rauch, S. L. (2017). Internet-based cognitive behavior therapy for major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, *34*(3), 236-245.
- Saltzman, L. Y., Hansel, T. C., & Bordnick, P. S. (2020). Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(1), 55.
- Saltzman, L. Y., Longo, M., & Hansel, T. C. (2023). Long-COVID stress symptoms: Mental health, anxiety, depression, or posttraumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001567>
- Sampieri, R.; Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México: McGraw-Hill.
- Sassenfeld Jonquera, A., & Moncada Arroyo, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. *15*(1), 89-104.
- Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M. P., Matthey, S., Kemp, L., ... & Yeo, A. (2013). Maternal mental health in Australia and New Zealand: a review of longitudinal studies. *Women and Birth*, *26*(3), 167-178.
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM*. *113*(8), 531–537. doi: 10.1093/qjmed/hcaa201.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin*, *92*(3), 581.
- Shanbehzadeh, S., Tavahomi, M., Zanjari, N., Ebrahimi-Takamjani, I., & Amiri-Arimi, S. (2021). Physical and mental health complications post-COVID-19: scoping review. *Journal of Psychosomatic Research*, *147*, 110525. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110525>.
- Smith, ML, Glass, GV, Miller, TI (1980). The benefits of psychotherapy. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, *16*(2), 25-27.

- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752.
- Sudre, C. H., Murray, B., Varsavsky, T., Graham, M. S., Penfold, R. S., Bowyer, R. C., ... & Steves, C. J. (2021). Attributes and predictors of long COVID. *Nature Medicine*, 27(4), 626-631.
- Swartz, H. A. (2020). The role of psychotherapy during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Psychotherapy*, 73(2), 41-42.
- Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., Luciano, S., & Harrison, P. J. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 416-427.
- Team, E. (2020). The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19). *China CDC Weekly*, 2(8), 113.
- Thompson, E. J., Williams, D. M., Walker, A. J., Mitchell, R. E., Niedzwiedz, C. L., Yang, T. C., ... & Steves, C. J. (2021). Risk factors for long COVID: analyses of 10 longitudinal studies and electronic health records in the UK. *MedRxiv*, 17, 2021-2026. <https://doi.org/10.1101/2021.06.24.21259277>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320.
- Tosato, M., Carfi, A., Martis, I., Pais, C., Ciciarello, F., Rota, E., ... & Team, P. A. C. (2021). Prevalence and predictors of persistence of COVID-19 symptoms in older adults: A single-center study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(9), 1840-1844.
- Trelles, P. B. M., & Cadillo, D. N. G. (2022). Caracterización clínica epidemiológica de las secuelas Covid-19 en adultos recuperados de un hospital de Huancayo: Secuelas de la covid-19 en adultos recuperados. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 4(1), 364-364.

- Tropea, M., & De Rango, F. (2020). COVID-19 in Italy: current state, impact and ICT-based solutions. *IET Smart Cities*, 2(2), 74-81.
- Vostanis, P., & Bell, C. A. (2020). Counselling and psychotherapy post-COVID-19. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(3), 389-393.
- Uecker, J. E. (2012). Marriage and mental health among young adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 67-83.
- Webb, C. A., Rosso, I. M., & Rauch, S. L. (2017). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: current progress & future directions. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(3), 114.
- Villa, I. C., Zuluaga Arboleda, C., & Restrepo Roldan, L. F. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 532-545.
- Weerahandi, H., Hochman, K. A., Simon, E., Blaum, C., Chodosh, J., Duan, E., ... & Horwitz, L. I. (2021). Post-discharge health status and symptoms in patients with severe COVID-19. *Journal of General Internal Medicine*, 36(3), 738-745.
- Wijeratne, T., & Crewther, S. (2021). COVID-19 and long-term neurological problems: Challenges ahead with Post-COVID-19 neurological syndrome. *Australian Journal of General Practice*, 50. <https://doi.org/10.31128/ajgp-covid-43>
- Willi, S., Lüthold, R., Hunt, A., Hänggi, N. V., Sejdiu, D., Scaff, C., ... & Schlagenhauf, P. (2021). COVID-19 sequelae in adults aged less than 50 years: a systematic review. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 40. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2021.101995>
- World Health Organization. (2021). *A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus*, 6 Octobre 2021. No. WHO/2019-nCoV/Post\_COVID-19\_condition/Clinical\_case\_definition/2021.1.
- Yong, S. J. (2021). Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infectious Diseases*, 53(10), 737-754.

- Yook, Y. L. S. (2020). Effective crisis intervention approaches and activities Post-COVID-19: focusing on crisis intervention amid COVID-19. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 39(4), 368-381.
- Yuan, N., Lv, Z. H., Sun, C. R., Wen, Y. Y., Tao, T. Y., Qian, D., ... & Yu, J. H. (2023). Post-acute COVID-19 symptom risk in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 survivors: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 11, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1112383>
- Zhou, T., Li, X., Pei, Y., Gao, J., & Kong, J. (2016). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-11.

## **Anexos**



**Anexo A****Cuestionario de datos sociodemográficos**

A continuación, se le presentarán una serie de preguntas. Por favor lee cuidadosamente cada pregunta y responde con la opción que se parezca a su condición.

Debe tener una sola respuesta por cada pregunta. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Gracias.

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre: \_\_\_\_\_

Mujer: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_

Posee enfermedades crónicas: \_\_\_\_\_

## Anexo B

### Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 (1988)

A continuación, se le presentará un cuestionario, en el cual debe responder todas las preguntas. No hay respuestas correctas o incorrectas y la información obtenida se va a emplear con fines académicos y de investigación. La información será totalmente confidencial.

Las preguntas hacen referencia a su condición actual.

	Nunca	Menos que lo habitual	Igual que lo habitual	Mucho más que lo habitual
1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?				
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?				
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?				
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?				

6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?				
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?				
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?				
9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?				
10. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?				
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?				
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?				

**Anexo C****Cuestionario de atención psicoterapéutica****Cuestionario de atención psicoterapéutica**

Ha recibido atención psicoterapéutica: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Se encuentra actualmente recibiendo atención psicoterapéutica: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Número de semanas a las que ha asistido o asistió: \_\_\_\_\_

Tipo de psicoterapia: Individual \_\_\_\_\_ Grupal \_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_ Pareja \_\_\_\_\_

## Anexo D

### Escala de Estado Funcional Post-COVID-19 de Klok et al. (2021)

#### Cuestionario del paciente para el auto-reporte de la Escala de Estatus Funcional Post-COVID-19

<p><b>¿Cuánto se ve afectada actualmente su vida diaria por el COVID-19? Por favor Indique cuál de las siguientes afirmaciones se aplica más a usted.</b> Por favor, marque sólo una casilla a la vez</p>	<p>Calificación correspondiente de la escala PCFS (marque la casilla)</p>
<p>No tengo limitaciones en mi vida diaria ni síntomas de dolor, depresión o ansiedad.</p>	<p><b>Grado 0</b></p>
<p>Tengo limitaciones insignificantes en mi vida diaria, ya que puedo realizar todas las tareas habituales, aunque todavía tengo síntomas persistentes, dolor, depresión o ansiedad.</p>	<p><b>Grado 1</b></p>
<p>Sufro limitaciones en mi vida diaria, ya que ocasionalmente necesito reducir o evitar tarea /actividades habituales o necesito extenderlas en el tiempo debido a los síntomas, dolor, depresión o ansiedad. Sin embargo, soy capaz de realizar todas las actividades sin ninguna asistencia.</p>	<p><b>Grado 2</b></p>
<p>Sufro limitaciones en mi vida diaria, ya que no soy capaz de realizar todas las tareas/actividades habituales debido a los síntomas, dolor, depresión o ansiedad. Sin embargo, soy capaz de cuidar de mí mismo sin ninguna asistencia.</p>	<p><b>Grado 3</b></p>
<p>Sufro limitaciones severas en mi vida diaria. No puedo cuidar de mí mismo y por lo tanto dependo de cuidados de enfermería y/o la asistencia de otra persona debido a los síntomas, dolor, depresión o ansiedad.</p>	<p><b>Grado 4</b></p>

**Anexo E****Cuestionario de infección por COVID 19, ingreso en hospitalización y en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

Ha estado infectado con COVID 19: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

¿En cuántas ocasiones estuvo infectado por COVID 19? \_\_\_\_\_

Fecha de la última infección por COVID 19: \_\_\_\_\_

Ha tenido pérdidas de amigos o familiares debido al COVID 19: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**Ingreso en Hospitalización y en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

Requirió ser hospitalizado durante la infección con COVID 19: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Durante la infección con COVID 19 fue ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Durante la infección con COVID 19 requirió de ventilación mecánica asistida: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

## Anexo F

### Estadísticos descriptivos

Estadísticos descriptivos					
N	Mínimo	Máximo	Media	Desv.	Desviación
Edad	209	18	78	38,96	16,281
Sexo	209	0	1	,28	,451
Estado civil	209	1	4	1,55	,706
Número de hijos	209	0	4	,98	1,254
Ocupación	209	0	28	9,73	6,635
COVID	209	1	1	1,00	,000
Ocasiones con COVID19	209	1	4	1,50	,767
Fecha infección por COVID	209	2020	2023	2021,58	,823
Hospitalización	209	0	1	,10	,301
UCI	209	0	1	,10	,301
Ventilación asistida	209	0	1	,08	,267
Enfermedad Cronica	209	0	8	,40	1,213
Perdidas	209	0	1	,71	,453
Atención psicológica	209	1	1	1,00	,000
Atención psico Actual	209	0	1	,32	,466
Duración semanas	209	1	1200	66,56	159,304
Tipo de psicológico	209	1	4	1,21	,723
Atención psico por COVID	209	0	1	,33	,470
Estado Funcional	209	2	4	2,12	,340
N válido (por lista)	209				

		<b>Ocupación</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desempleado	24	11,5	11,5	11,5
	Comunicador Social	5	2,4	2,4	13,9
	Desarrollador de Software	2	1,0	1,0	14,8
	Psicólogo	17	8,1	8,1	23,0
	Productor Audiovisual	5	2,4	2,4	25,4
	Asistente de marketing	1	,5	,5	25,8
	Arquitecto	3	1,4	1,4	27,3
	Ingeniero	12	5,7	5,7	33,0
	Estudiante	56	26,8	26,8	59,8
	Administrador	18	8,6	8,6	68,4
	Periodista	2	1,0	1,0	69,4
	Médico	6	2,9	2,9	72,2
	Recursos humanos	3	1,4	1,4	73,7
	Comerciante	13	6,2	6,2	79,9
	Docente	10	4,8	4,8	84,7
	Contador	4	1,9	1,9	86,6
	Escritor	2	1,0	1,0	87,6
	Auditor nocturno	1	,5	,5	88,0
	Especialista de Tecnología	1	,5	,5	88,5
	Odontólogo	1	,5	,5	89,0
	Abogado	12	5,7	5,7	94,7
	Farmacéutico	1	,5	,5	95,2
	Niñera	1	,5	,5	95,7
	Economista	2	1,0	1,0	96,7
	Radioimagenología	1	,5	,5	97,1
	Militar	3	1,4	1,4	98,6
	Conductor	2	1,0	1,0	99,5
	Electricista	1	,5	,5	100,0
	<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	



## Anexo G

### Estadísticos de confiabilidad Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12)

#### Confiabilidad total cuestionario de Salud Mental GHQ-12

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,865	,869	12

Estadísticas de total de elemento					
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	14,09	40,756	,485	,307	,859
Item2	13,70	37,296	,504	,368	,858
Item3	14,37	39,168	,487	,387	,858
Item4	14,45	40,278	,533	,398	,856
Item5	13,53	36,529	,598	,494	,850
Item6	13,88	36,385	,570	,477	,853
Item7	14,37	40,166	,494	,372	,858
Item8	14,40	40,338	,473	,405	,859
Item9	13,87	35,809	,639	,478	,847
Item10	14,13	35,055	,673	,557	,845
Item11	14,71	35,938	,635	,527	,848
Item12	14,39	39,538	,528	,408	,856

*Confiabilidad dimensión de ansiedad y depresión*

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,758	,767	6

<b>Estadísticas de total de elemento</b>					
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	7,37	10,051	,468	,246	,737
Item2	6,98	8,019	,519	,339	,721
Item5	6,80	7,851	,589	,380	,697
Item7	7,65	9,826	,454	,283	,737
Item9	7,14	7,845	,561	,320	,707
Item12	7,67	9,578	,470	,315	,732

*Confiabilidad dimensión de disfunción social*

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,781	,788	6

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item3	5,65	10,373	,528	,355	,750
Item4	5,73	11,332	,510	,350	,760
Item6	5,16	9,576	,474	,294	,768
Item8	5,68	11,488	,414	,286	,775
Item10	5,41	8,560	,649	,467	,716
Item11	5,99	8,716	,668	,503	,710





Atención psicológica Actual	Correlación	,048	,167*	-,235**	,008	-,267**	,240**	,223**	-,056	-,047	1	,392**	,143*	,094	,054
	de Pearson														
	Sig. (bilateral)	,488	,015	,001	,904	,000	,000	,001	,422	,502		,000	,038	,174	,436
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Duración semanas de psicoterapia	Correlación	,119	,081	-,073	-,096	-,195**	,201**	,135	-,060	-,041	,392**	1	-,013	,012	,018
	de Pearson														
	Sig. (bilateral)	,087	,243	,291	,166	,005	,004	,052	,386	,552	,000		,852	,861	,791
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Atención psicológica por COVID	Correlación	,161*	,234**	,085	,132	,062	,051	,070	,277**	,012	,143*	-,013	1	,086	,102
	de Pearson														
	Sig. (bilateral)	,020	,001	,223	,057	,370	,461	,314	,000	,866	,038	,852		,214	,143
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Estado Funcional	Correlación	,105	,080	-,056	,061	-,084	,045	,043	,164*	-,088	,094	,012	,086	1	,007
	de Pearson														
	Sig. (bilateral)	,130	,251	,423	,381	,229	,517	,532	,018	,205	,174	,861	,214		,923
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Enfermedad Crónica	Correlación	,015	-,008	,240**	,058	,168*	,086	-,106	,079	,094	,054	,018	,102	,007	1
	de Pearson														
	Sig. (bilateral)	,831	,913	,000	,404	,015	,218	,128	,256	,178	,436	,791	,143	,923	
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## Anexo I

### Análisis de regresión múltiple

Resumen del modelo <sup>d</sup>					
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,242 <sup>a</sup>	,058	,054	3,39378	
2	,296 <sup>b</sup>	,088	,079	3,34868	
3	,326 <sup>c</sup>	,106	,093	3,32283	1,719

- a. Predictores: (Constante), Hospitalización  
 b. Predictores: (Constante), Hospitalización, Edad  
 c. Predictores: (Constante), Hospitalización, Edad, Fecha infección COVID  
 d. Variable dependiente: ansiedad y depresión

ANOVA <sup>a</sup>						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	147,738	1	147,738	12,827	,000 <sup>b</sup>
	Residuo	2384,166	207	11,518		
	Total	2531,904	208			
2	Regresión	221,888	2	110,944	9,894	,000 <sup>c</sup>
	Residuo	2310,016	206	11,214		
	Total	2531,904	208			
3	Regresión	268,455	3	89,485	8,105	,000 <sup>d</sup>
	Residuo	2263,449	205	11,041		
	Total	2531,904	208			

- a. Variable dependiente: ansiedad y depresión  
 b. Predictores: (Constante), Hospitalización  
 c. Predictores: (Constante), Hospitalización, Edad  
 d. Predictores: (Constante), Hospitalización, Edad, Fecha infección por COVID

Gráfico P-P normal de regresión Residuo estandarizado

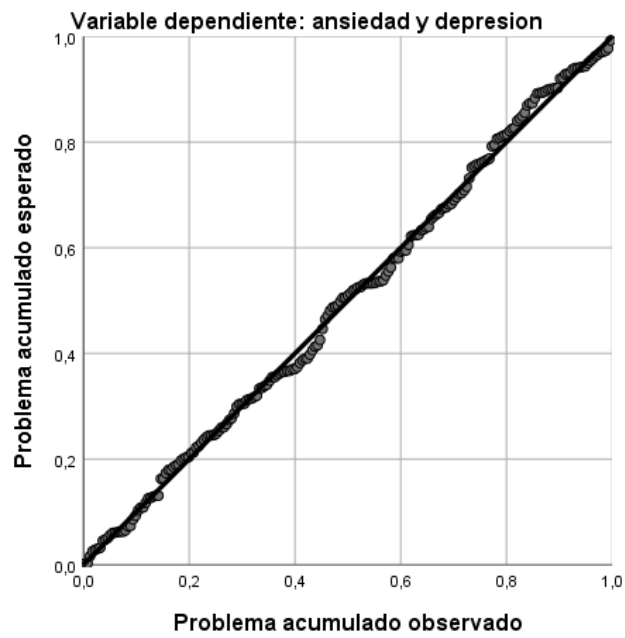
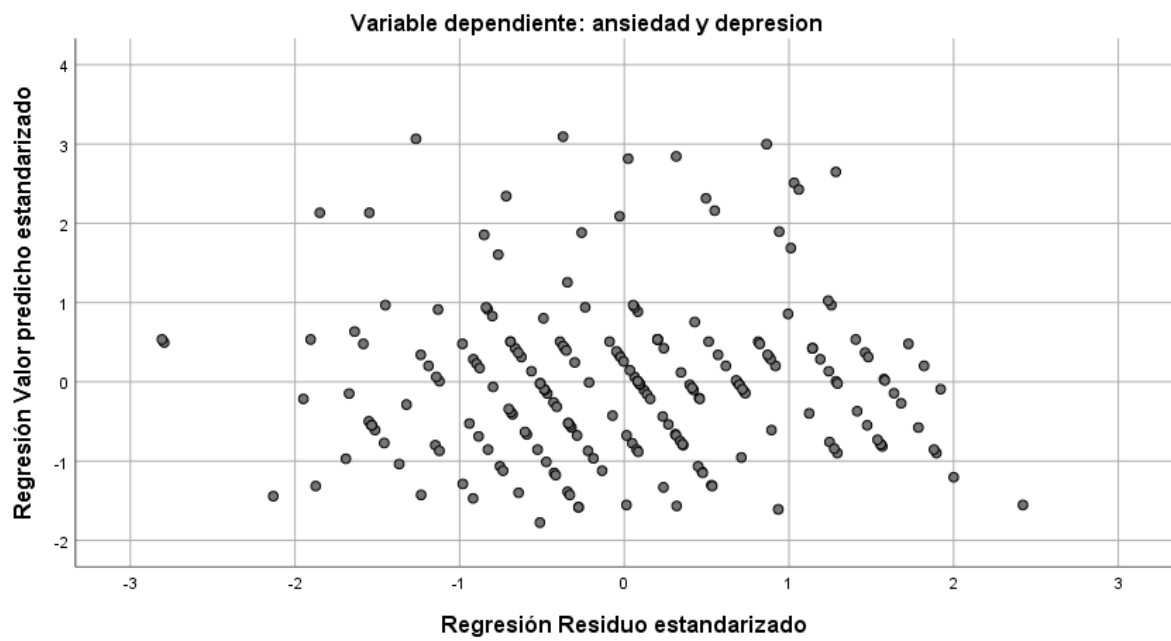


Gráfico de dispersión





**Resumen del modelo<sup>d</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,283 <sup>a</sup>	,080	,076	3,57229	
2	,379 <sup>b</sup>	,144	,135	3,45518	
3	,414 <sup>c</sup>	,171	,159	3,40760	1,972

a. Predictores: (Constante), Número de hijos

b. Predictores: (Constante), Número de hijos, Atención por COVID

c. Predictores: (Constante), Número de hijos, Atención por COVID, Hospitalización

d. Variable dependiente: disfunción social

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	230,324	1	230,324	18,049	,000 <sup>b</sup>
	Residuo	2641,580	207	12,761		
	Total	2871,904	208			
2	Regresión	412,626	2	206,313	17,282	,000 <sup>c</sup>
	Residuo	2459,279	206	11,938		
	Total	2871,904	208			
3	Regresión	491,503	3	163,834	14,109	,000 <sup>d</sup>
	Residuo	2380,401	205	11,612		
	Total	2871,904	208			

a. Variable dependiente: disfunción social

b. Predictores: (Constante), Número de hijos

c. Predictores: (Constante), Número de hijos, Atención psicológica por COVID

d. Predictores: (Constante), Número de hijos, Atención psicológica por COVID, Hospitalización

Gráfico P-P normal de regresión Residuo estandarizado

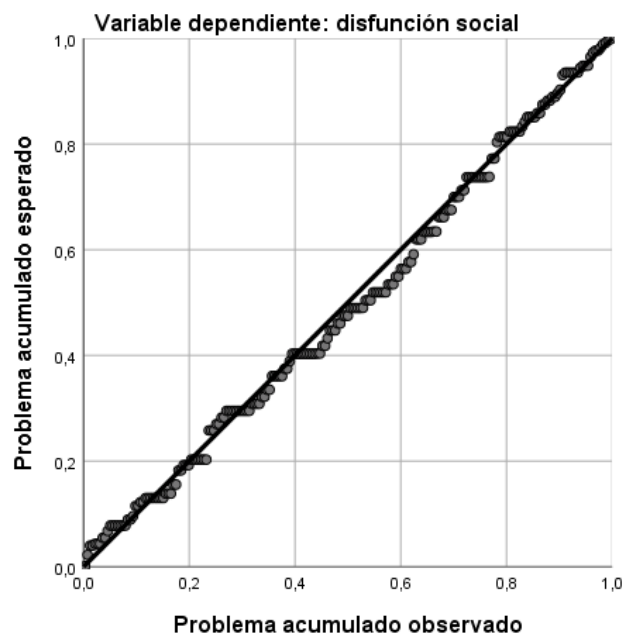
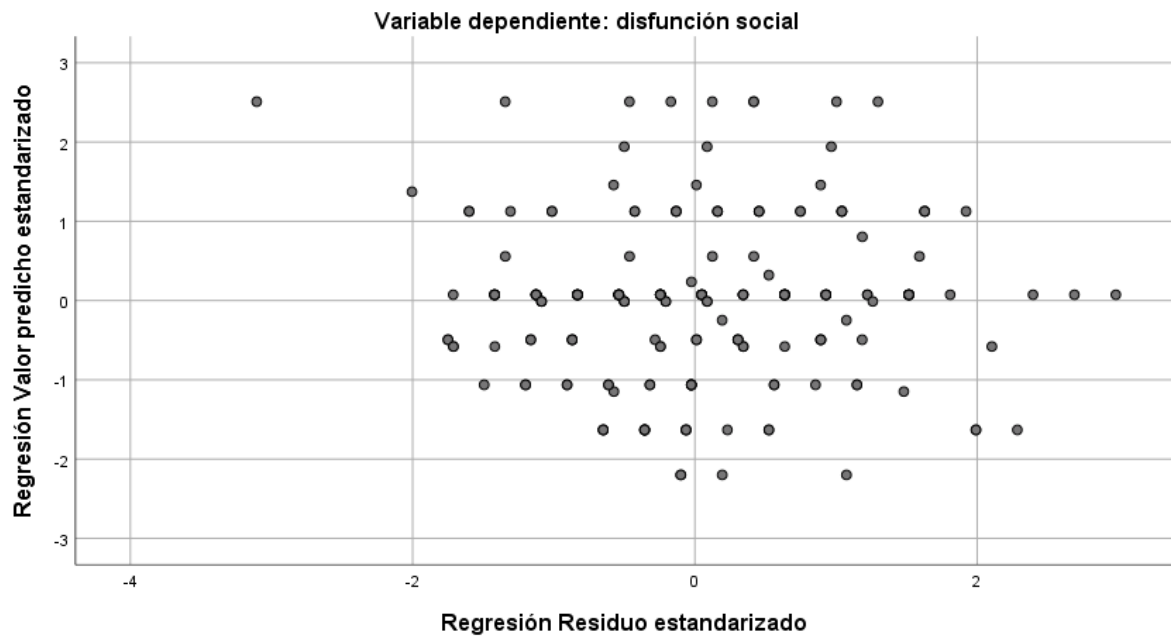


Gráfico de dispersión



## Anexo J

### Resultados de análisis adicionales

#### Resultados análisis adicionales de Estado Civil

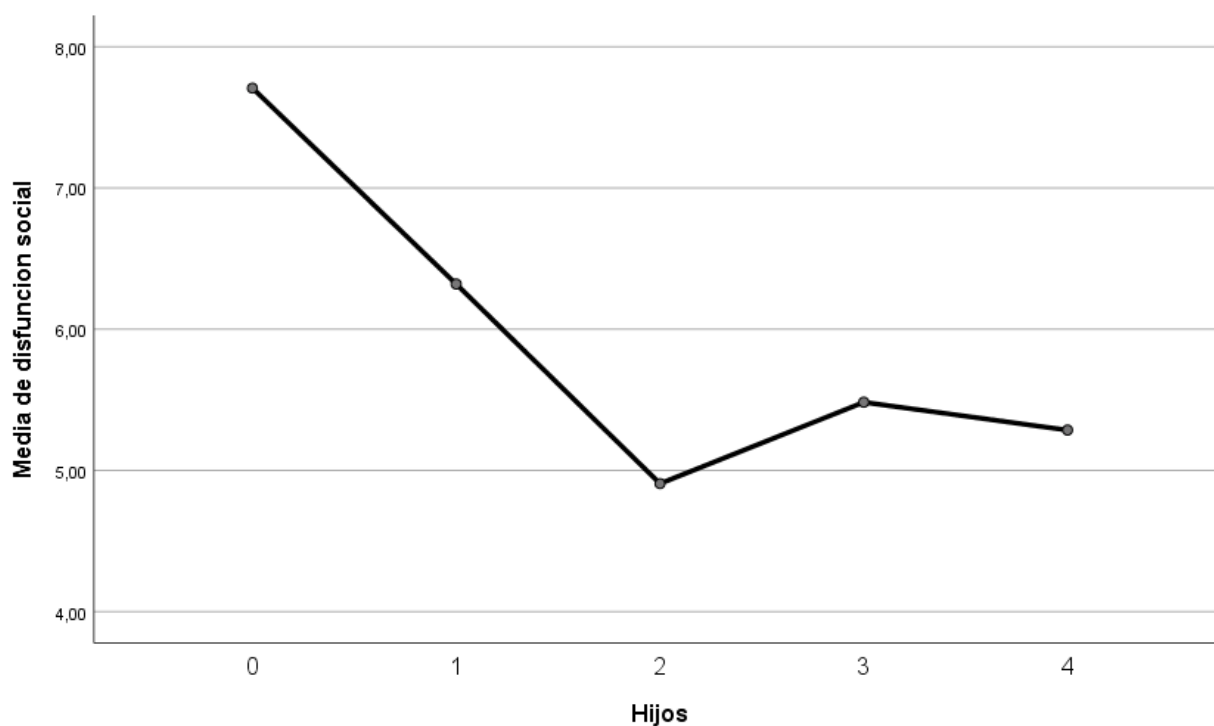
		ANOVA				
		Suma de	gl	Media	F	Sig
		cuadrados		cuadrática		
Ansiedad y depresión	Entre grupos	95,910	4	23,977	2,008	,095
	Dentro de grupos	2435,995	204	11,941		
	Total	2531,904	208			
Disfunción social	Entre grupos	281,041	4	70,260	5,532	,000
	Dentro de grupos	2590,863	204	12,700		
	Total	2871,904	208			

#### Comparaciones múltiples

HSD Tukey							
Variable dependiente	(I) Hijos	(J) Hijos	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Ansiedad y depresión	0	1	,64138	,76196	,917	-1,4558	2,7386
		2	1,64763	,69000	,123	-,2515	3,5467
		3	,82759	,71743	,778	-1,1470	2,8022
		4	2,24138	1,34492	,457	-1,4603	5,9431
	1	0	-,64138	,76196	,917	-2,7386	1,4558
		2	1,00625	,92239	,811	-1,5325	3,5450
		3	,18621	,94309	1,000	-2,4095	2,7819
		4	1,60000	1,47768	,815	-2,4671	5,6671
	2	0	-1,64763	,69000	,123	-3,5467	-,2515
		1	-1,00625	,92239	,811	-3,5450	1,5325
		3	-,82004	,88596	,887	-3,2585	1,6184
		4	,59375	1,44189	,994	-3,3748	4,5623
3	0	-,82759	,71743	,778	-2,8022	1,1470	
	1	-,18621	,94309	1,000	-2,7819	2,4095	
	2	,82004	,88596	,887	-1,6184	3,2585	
	4	1,41379	1,45521	,868	-2,5914	5,4190	
4	0	-2,24138	1,34492	,457	-5,9431	1,4603	

		1	-1,60000	1,47768	,815	-5,6671	2,4671
		2	-,59375	1,44189	,994	-4,5623	3,3748
		3	-1,41379	1,45521	,868	-5,4190	2,5914
Disfunción social	0	1	1,38690	,78581	,397	-,7759	3,5497
		2	2,80065*	,71160	,001	,8421	4,7592
		3	2,22414*	,73988	,025	,1877	4,2605
		4	2,42118	1,38702	,409	-1,3963	6,2387
	1	0	-1,38690	,78581	,397	-3,5497	,7759
		2	1,41375	,95126	,573	-1,2044	4,0319
		3	,83724	,97260	,911	-1,8397	3,5142
		4	1,03429	1,52392	,961	-3,1601	5,2286
	2	0	-2,80065*	,71160	,001	-4,7592	-,8421
		1	-1,41375	,95126	,573	-4,0319	1,2044
		3	-,57651	,91369	,970	-3,0913	1,9383
		4	-,37946	1,48702	,999	-4,4722	3,7133
	3	0	-2,22414*	,73988	,025	-4,2605	-,1877
		1	-,83724	,97260	,911	-3,5142	1,8397
		2	,57651	,91369	,970	-1,9383	3,0913
		4	,19704	1,50076	1,000	-3,9335	4,3276
4	0	-2,42118	1,38702	,409	-6,2387	1,3963	
	1	-1,03429	1,52392	,961	-5,2286	3,1601	
	2	,37946	1,48702	,999	-3,7133	4,4722	
	3	-,19704	1,50076	1,000	-4,3276	3,9335	

\*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.



## Resultados análisis adicionales número de hijos

## ANOVA

Disfunción social	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	133,461	3	44,487	3,330	,021
Dentro de grupos	2738,443	205	13,358		
Total	2871,904	208			

## Comparaciones múltiples

Variable dependiente: disfunción social

HSD Tukey

(I) Estado civil	(J) Estado civil	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Solteros	Casado o en concubinato	1,51836*	,54285	,029	,1122	2,9245
	Divorciado	1,41026	1,03360	,523	-1,2670	4,0875
	Viudo	2,91026	1,85842	,400	-1,9035	7,7240
Casado o en concubinato	Solteros	-1,51836*	,54285	,029	-2,9245	-,1122
	Divorciado	-,10811	1,06521	1,000	-2,8673	2,6510
	Viudo	1,39189	1,87619	,880	-3,4679	6,2516
Divorciado	Solteros	-1,41026	1,03360	,523	-4,0875	1,2670
	Casado o en concubinato	,10811	1,06521	1,000	-2,6510	2,8673
	Viudo	1,50000	2,07213	,887	-3,8673	6,8673
Viudo	Solteros	-2,91026	1,85842	,400	-7,7240	1,9035
	Casado o en concubinato	-1,39189	1,87619	,880	-6,2516	3,4679
	Divorciado	-1,50000	2,07213	,887	-6,8673	3,8673

