

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SISTEMAS DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**INCIDENCIA DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA, DEPRESIVA O DE
ESTRÉS POSTERIOR A UN INTERNAMIENTO HOSPITALARIO
POR COVID-19**

SUSTENTANTES

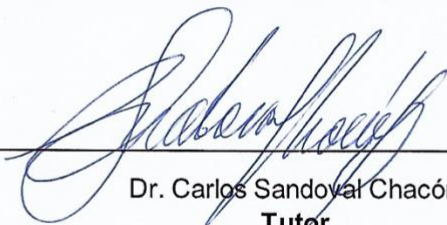
JOSÉ PABLO SEGURA JIMÉNEZ

MARIANGEL VICENTE UREÑA

2022

HOJA DE APROBACIÓN

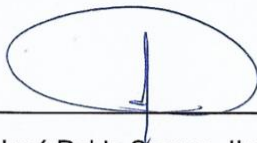
“Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito para optar por el título de la Especialidad en Psicología Clínica”



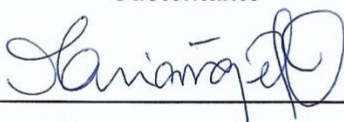
Dr. Carlos Sandoval Chacón
Tutor



Dra. Karen Quesada Retana
Coordinadora Programa de Posgrado en Psicología Clínica



Dr. José Pablo Segura Jiménez
Sustentante



Dra. Mariángel Vicente Ureña
Sustentante

DEDICATORIA

A mami que no le alcanzo la vida para ver esto...

A papi que fue y sigue siendo ejemplo que imitar

Pablo

AGRADECIMIENTOS

Siempre y en primer lugar a Dios, por la vida, por poner personas correctas en el camino y por darme la oportunidad de hacer lo que amo.

A Pao por su paciencia y comprensión, porque sin su compañía sencillamente esto no sería posible. Por ser confidente en mi desánimo y cómplice en mis logros.

A Emma por inspirarme a darlo todo.

A Mariángel; porque su compañía, paciencia, cariño y complicidad hicieron de este camino un recorrido placentero.

Quisiera hacer mención especial a cada persona que, mediante el consentimiento para atenderles, me permitieron aprender de su historia y aflicción, porque mediante ese consentimiento me llevaron a asumir con mística y motivación este proceso de aprendizaje. Sin menos mérito a cada supervisor, porque con la guía y supervisión cercana, enriquecieron de forma invaluable mi formación.

Pablo

AGRADECIMIENTOS

A las personas que han compartido conmigo fragmentos íntimos de sus historias a lo largo de este proceso, quienes me han inspirado con su coraje y resiliencia, motivando mi trabajo y aprendizaje.

A Gabri, por ser mi principal apoyo, acompañándome en traspasadas, madrugadas, y en el camino de construir juntos vidas de las que nos podamos sentir orgullosos.

A mi mamá y mi papá, por apoyar mis decisiones y enseñarme, a través del ejemplo, la pasión por el estudio, el trabajo y la vida.

A mi hermana, hermanos, amigas, amigos y familiares, por cargarme constantemente de cariño, combustible fundamental para llevar a cabo cualquier trabajo.

A Pablo, quien desde el primer día se convirtió en amigo, mentor y refugio.

A la Dra. Karen Quesada y a la Dra. Rocío Jiménez, quienes me recibieron como una miembro más de su equipo de trabajo, y mantuvieron siempre las puertas de sus oficinas abiertas, tanto para mí como para Pablo.

Al MPs. Carlos Sandoval, quien nos guió durante estos años en la propuesta de más de un anteproyecto, así como en el desarrollo de la presente investigación.

Al equipo docente de la Especialidad en Psicología Clínica, especialmente a quienes tuve el gusto de acompañar en su quehacer profesional, y se tomaron el tiempo de enseñarme lo que no se encuentra en los libros. ¡Gracias Mayra, Mariano, Marcela, Juan Carlos, Ivannia, Marcia, Paola, Nicole, Maureen, Marco, Rocío y María José! De ustedes aprendí invaluable lecciones como profesional y como ser humano.

Mariángel

RESUMEN

En diciembre del año 2019 se empezó a reportar en Wuhan, China, la presencia de pacientes portadores de una neumonía cuya causa era desconocida. Para el mes de enero del 2020 ese país estaba anunciando la identificación de un nuevo coronavirus, causante de dicha neumonía, eventualmente se le llamó SARS-CoV-2, y COVID-19 a la enfermedad que causa.

El COVID-19 ha significado una amenaza a la salud pública mundial, a pesar de que la mayoría de pacientes presentan síntomas moderados que no requieren de mayores cuidados médicos. Las manifestaciones de la enfermedad son variadas; los principales síntomas incluyen fiebre, tos, malestar en el pecho, y en casos graves, neumonía severa, disnea e infiltración pulmonar bilateral, que pueden causar daño en otros sistemas y conducir a la muerte (Hu et al, 2021; Hu et al, 2020).

Dentro de las secuelas reportadas se ha documentado sintomatología asociada a patologías de tipo psiquiátrico. Tomando en cuenta dicho contexto, esta investigación tiene como objetivo principal analizar la evidencia disponible en torno a la presentación de sintomatología de estrés, ansiedad o depresión en pacientes que han cursado un internamiento hospitalario por COVID-19. Se pretende identificar elementos sociodemográficos que pueden jugar un papel atenuante o acentuador del cuadro, así como indagar si existe algún patrón en la manifestación de estos síntomas con la duración del internamiento.

Se realizó una revisión sistemática en torno a las secuelas a nivel de salud mental identificadas en pacientes que han cursado con un internamiento hospitalario por COVID-19. Se extrajeron 12 artículos, que resumían investigaciones realizadas con un total de 3716 participantes en diferentes partes del mundo. Se identificó que la sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático es la más frecuente, asimismo, sintomatología de Ansiedad y de Depresión muestran una alta incidencia, la cual tiende a disminuir conforme se distancia la fecha del egreso.

Palabras clave: Infecciones por Coronavirus, Secuelas COVID-19, Salud Mental, Depresión, Ansiedad, Estrés Psicológico.

ÍNDICE

CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
CAPÍTULO II.....	4
MARCO TEÓRICO.....	4
a. Salud.....	4
b. Modelo biopsicosocial.....	5
c. Psicología de la salud.....	6
Promoción y mantenimiento de la salud.....	8
Prevención y tratamiento de enfermedades.....	8
d. Crisis.....	9
e. Episodio depresivo.....	10
f. Ansiedad.....	13
g. Reacción a estrés agudo.....	15
CAPÍTULO III.....	18
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	18
CAPÍTULO IV.....	19
METODOLOGÍA.....	19
CAPÍTULO V.....	23
RESULTADOS.....	23
CAPÍTULO VI.....	49
DISCUSIÓN.....	49
CAPÍTULO VII.....	57
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El problema que ha significado la propagación del virus del COVID-19 ha sido objeto de estudio, esfuerzo e investigación constante por frenar las diferentes olas de contagio que han tenido lugar en diversos sitios del mundo. Algunas localidades con mayor afectación que otras; que, en suma, han significado un gran número de pérdidas humanas, pero que también ha destacado la experimentación de un entramado social complejo resultante de las consecuencias directas del virus y de los esfuerzos globales para evitar la propagación.

Poco a poco conforme ha avanzado la investigación y han dado fruto los esfuerzos por reducir la letalidad del virus, han surgido otras consecuencias directas del virus, fallos orgánicos, funcionales, psicológicas y cognitivas que de a poco se han identificado gracias al esfuerzo por evidenciar estos problemas mediante pesquisas cada vez más específicas.

Estas investigaciones apuntan a diversas dianas según el grado de especialidad al que se le preste atención, pues el COVID-19 es un virus que ha demostrado generar consecuencias en diversos sistemas del cuerpo humano. Por lo tanto, se pueden encontrar estudios que apuntan a aspectos sociales, económicos, psicológicos y físicos que se han generado a raíz de la aparición del virus.

En este trabajo se pretende apuntar a una dirección de carácter psicológico, estudiando las consecuencias emocionales que puedan surgir posterior a un internamiento hospitalario por la infección del virus. Es por esto que se persigue la caracterización de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés que pueden manifestarse en personas ya egresadas de una hospitalización.

Para ello se realizará una búsqueda en bases de datos indexadas mediante artículos científicos de texto completo que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos y que describan la temática expuesta, con el fin de sistematizar la

información recopilada y así recomendar acciones que permitan la fluidez investigativa e intervencionista posterior.

Todo esto, encuadrado dentro de un ámbito académico, pero que además permita la visualización y atención pertinente dentro la CCSS y que facilite los procesos de atención que puedan presentarse y quizás de manera creciente, en los diferentes servicios que ofrece la institución.

A continuación, se describe mediante el trabajo realizado, aspectos teóricos e históricos del contexto pandémicos que sean relevantes, algunas consecuencias físicas y metabólicas y las múltiples consecuencias psicológicas que se puedan desprender de esta experiencia.

JUSTIFICACIÓN

Desde diciembre del 2019, se abrió paso a una nueva afectación en la salud de la población mundial, que dio inicio en la ciudad de Wuhan, China central, cuando se reportó a un grupo de personas con neumonía de causa desconocida, vinculada principalmente a trabajadores del mercado mayorista de mariscos del sur de China de Wuhan (Pérez, Gómez y Dieguez, 2020).

La rápida propagación entre la población de Wuhan, el resto de China y la aparición de casos similares en otras latitudes, fueron razones suficientes para que, finalizando el mes de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional, fundamentándose en el impacto que este virus podría tener en países subdesarrollados y la reconociera como una pandemia el 11 de marzo de ese mismo año (Pérez, Gómez y Dieguez, 2020).

Al 11 de noviembre del 2021, la OMS refería 251 266 207 casos reportados con COVID-19 en el mundo, de los cuales en ese momento habían muerto 5 070 244 personas. Según fuentes del Ministerio de Salud de Costa Rica, para esa misma fecha se contabilizan

en el país un total de 522 460 personas contagiadas por el virus SARS-CoV-2 y 7190 fallecidos por complicaciones relacionadas con el contagio.

Si bien es cierto que la preocupación de la comunidad científica y médica a nivel mundial ha estado enfocada en la minimización de los riesgos agudos y las muertes ocasionadas por la enfermedad; también de a poco, conforme avanzan las investigaciones en personas recuperadas, se han podido cuantificar las diversas secuelas a las que se enfrentan las personas que resultaron infectadas con el virus.

En relación a esto, Perramo et al. (2021) mencionan que se han encontrado secuelas como astenia, respiratorias, cardiovasculares, neurológicas, inmunológicas, manifestaciones cutáneas, gastrointestinales y renales, además de descripciones de efectos perjudiciales sobre la salud mental.

Estos efectos perjudiciales se dan, pero no exclusivamente, cuando las personas infectadas por el virus conocen el diagnóstico, ya que el mismo crea un impacto emocional considerable despertando situaciones estresantes e incluso traumáticas que pueden desencadenar ansiedad y por ende incrementando el riesgo de llegar a padecer un estrés postraumático.

Existen datos revelados en una investigación realizada en Puebla, México que reporta que un 16.4% de los participantes reporta síntomas de estrés moderado, 31.2% de depresión de leve a moderada y 22.2% de estrés postraumático moderado (angustia psicológica) y el 8.5% presenta sintomatología de estrés postraumático severo, datos que evidencian que el 40% de los participantes requiere atención específica en este campo de manera pronta. Evidenciando, además, que todos los síntomas persisten, aunque con menor frecuencia, una vez que se ha superado la enfermedad (Bautista, et al., 2020).

La proliferación de investigación a nivel mundial en torno a este tema genera la necesidad de una sistematización de la evidencia encontrada. De esta manera, se pueden identificar patrones en común, que brinden luces hacia cuáles pacientes pueden requerir de un seguimiento a nivel de salud mental posterior a la infección con SARS-CoV-2, y así evitar un mayor impacto en la calidad de vida de estas personas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

a. Salud

Este término, no sólo es importante para la contextualización de este proyecto final de graduación, si no que ha sido importante a través de los años para aquellos que hacen esfuerzos por mejorar la salud. Uno de estos esfuerzos fue impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 donde se definió la salud como "el estado de absoluto bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad." (Rodríguez y Neipp, 2008, p. 16).

Sin embargo, a través de los años se ha ido manteniendo, en la definición, el mismo cuerpo, aunque se ha logrado extender su terminología, para una mejor comprensión del término y de todos los factores que engloba. Así lo hace ver (Colvez y Blancher 1981, citado en, Rodríguez y Neipp 2008) donde afirman que "desde un punto más funcional la salud se entiende como la capacidad para desenvolverse de asuntos individuales y sociales." (p. 17).

Siguiendo esta misma línea, se logra realizar una ampliación al término y explicarlo, desde un plano más fisiológico, en donde las distintas partes de nuestro cuerpo que están implicadas en el concepto de salud logran entretejer una conexión, al respecto (Green y Green 1979, citado en Oblitas 2006) mencionan que:

Cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio apropiado en el estado mental- emocional, consciente o inconsciente e inversamente, cada cambio en el estado mental- emocional, consciente o inconsciente, es acompañado por un cambio apropiado en el estado fisiológico. (p. 3)

Si estos cambios se logran controlar de una manera adecuada previniendo tanto factores psicológicos como fisiológicos, el sentimiento subjetivo de bienestar que se tiene

por resultado, se ve traducido en la capacidad de tener altos niveles de productividad social y una baja demanda del sistema sanitario (Brannon y Feist, 2001).

Finalmente, la manera en que se ha venido tratando de poner en práctica lo emocional en el concepto de salud, es por medio de la atención de factores psicosociales en la vivencia de la salud y en la tarea propia del cuidado de ella, es decir, es influyente la persona que trata de conservar su salud, el medio que lo rodea e inclusive la persona que brinda atención en el momento de una queja. (Rodríguez y Neipp 2008).

b. Modelo biopsicosocial

Atendiendo a esta nueva manera, de la concepción actual de la salud, en la que se le presta mayor atención a factores psicosociales, es que nace este modelo, el cual, modifica en gran medida, la concepción del modelo biomédico existente anteriormente, el cual está fundamentado en dos ideas básicas mencionadas por (Engell 1977, citado en, Labiano 2006)

El dualismo mente-cuerpo, que implica que el cuerpo pertenece a una dimensión física y la mente forma parte del dominio espiritual. Cada uno constituye una dimensión diferente y separada.

El reduccionismo, que sostiene que el proceso de la enfermedad se limita a una serie de reacciones físicas y químicas, por lo cual los factores emocionales y de comportamiento son considerados como aspectos ajenos a él... (p. 7)

Mientras que el modelo bio psicosocial por su parte "sostiene que es el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales el determinante de la salud y la enfermedad." (Amigo et al, 2003, p. 24).

Al ser un modelo que toma en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales, entretejen un sistema recíproco entre los procesos de macro nivel (como el apoyo social, la presencia de depresión etc.) y los procesos de micro nivel (desordenes celulares o desbalances químicos) para ocasionar estados vulnerables a la enfermedad, o por el contrario

estado de salud. Este modelo apunta la causa de la enfermedad como la mezcla de múltiples factores, que a su vez, producen múltiples efectos; es decir, la obtención de salud se puede lograr mediante la atención de necesidades biológicas, psicológicas y sociales. (Taylor, 2007)

Para entender mejor el funcionamiento y los principios que rigen a este modelo Taylor (2007) acude a la mención de la teoría de sistemas, y lo explica de la siguiente forma:

La teoría de sistemas sostiene que todos los niveles de una organización en cualquier entidad están unidos entre sí en forma jerárquica y que el cambio en uno de los niveles facilitará cambios en todos los demás niveles. Esto significa que los procesos de micro nivel son acunados en los procesos de macro nivel (como cambios celulares) y que cambios en los micro niveles (como son los valores sociales) pueden tener efectos en los macro niveles (y viceversa) (p. 13)

Hay varias implicaciones, que este modelo puede tener a nivel clínico; primeramente, en los procesos de diagnóstico se debe considerar el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales y en segundo plano, que en las recomendaciones del tratamiento se deben examinar estos tres factores, para de esta forma, poder determinar un tipo de terapia única para una persona en particular, tomando en cuenta la condición total de la persona. (Amigo et al, 2003)

c. Psicología de la salud

Esta rama, que recientemente ha cobrado gran importancia en el quehacer psicológico, y un pilar importante dentro de esta investigación, se puede entender como la parte de la psicología que "está dedicada al entendimiento de las influencias psicológicas en la salud de las personas, por qué se enferman y cómo responden cuando se enferman... además de ayudar a las personas a estar saludables o para reponerse de las enfermedades." (Taylor, 2007, p. 4)

Por otro lado, en lo que se enmarca como la definición con la que se va a entender este concepto a lo largo de este estudio, (Matarazzo, 1980, citado en Taylor, 2007) menciona lo siguiente en relación a esta parte de la psicología:

La psicología de la salud en su conjunto representa las contribuciones a la educación, ciencia y el trabajo profesional de la psicología en general para la promoción y el mantenimiento de la salud; la prevención y el tratamiento de enfermedades, la identificación de las causas y sus correlaciones con la salud, enfermedad y la disfuncionalidad relacionadas a éstas; el mejoramiento de los sistemas de salud y la formulación de políticas al respecto. (p. 4)

Entonces, dentro de un contexto histórico, se puede mencionar que la psicología de la salud, es impulsada por un modelo holístico que ve a la psicología como una profesión sanitaria, pues se reconoce, que el comportamiento del ser humano repercute tanto en el mantenimiento como en el origen y la evolución de la enfermedad (Amigo, Fernández & Pérez, 2003).

Es parte de la psicología de la salud, tener cabida en aspectos que estén relacionados con la salud y la enfermedad a lo largo de todo el ciclo vital de las personas con el fin de lograr sus cometidos (Taylor, 2007).

Sin duda alguna, el surgimiento de esta nueva área en el campo de la psicología, tanto a nivel práctico como teórico, ha producido grandes aportes a la psicología, así lo describe (Labiano 2006):

...se ha producido un desarrollo y crecimiento notables, a nivel de congresos, publicaciones, cursos, programas de posgrado, etc. Decididamente, la psicología actual se focaliza cada vez más en potenciar los aspectos saludables de las personas, abandonando los antiguos esquemas centrados en la patología individual. (p.16)

Existen maneras predeterminadas con las cuales, los psicólogos de la salud, dan forma al trabajo que realizan, ordenando por temáticas específicas la manera en que intervienen con su conocimiento, dentro del plano profesional. Estas formas de intervención se detallan en los siguientes párrafos:

Promoción y mantenimiento de la salud.

Esto consiste en tareas que le permitan a la población enterarse de maneras adecuadas para mantener la salud, desde su planeamiento hasta su divulgación; es decir, programas para mantenerse activo físicamente, o el aprendizaje de hábitos de salud sanos: mantener una dieta balanceada, tomar agua, hacer chequeos médicos de manera periódica etc. (Taylor 2007)

Por su parte, (Costa y López 1996, citado en, Oblitas 2006) puntualizan el concepto diciendo que la promoción de la salud es "como cualquier combinación de educación para la salud y apoyo de tipo organizativo, legislativo o normativo, económico y ambiental que faciliten las prácticas saludables." (p. 58)

Prevención y tratamiento de enfermedades.

Contrario al enfoque anterior, con este, se pretende tener un impacto en las personas para que modifiquen algunos aspectos conductuales de su vida cotidiana, con el fin de que este cambio, no de pie a la aparición o la magnificación de alguna enfermedad. (Taylor, 2007)

Existen tres maneras básicas de prevenir la enfermedad, a las que en el campo de la psicología de la salud, se les conoce como prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. Rodríguez y Neipp (2008) mencionan estas tres maneras de prevención diciendo que:

El comportamiento preventivo es el que tiene como objetivo la disminución de la incidencia de enfermedades (atención primaria), intenta disminuir la prevalencia, acortando el período de duración de las mismas (prevención secundaria) o intenta

disminuir las secuencias y complicaciones de la enfermedad (prevención terciaria).
(p. 29).

Este trabajo es para lograr que las personas enfermas puedan "ajustarse de formas más funcional a su padecimiento o para que aprendan a seguir el régimen de tratamiento."
(Taylor, 2007, p. 4)

d. Crisis

Teoría de la crisis

“Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas” (Slaikeu, 2000, p. 16).

Al ser la crisis un estado temporal de desequilibrio donde confluyen multiplicidad de componentes, es esperable que haya factores que lo precipiten y otros elementos que ayuden a su resolución, al respecto Slaikeu (2000) explica que:

...El estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis dependiente de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo... y los recursos sociales del individuo... (p. 16)

Crisis vitales

Este tipo de crisis son inevitables, pues el propio transitar de la vida, hace que el individuo se inmiscuya en ella de forma ineludible, trayendo consigo algún grado de malestar emocional. El hecho que sus sucesos precipitantes están inmersos en los procesos de

maduración, hace que este enfoque vea más allá del suceso de una crisis particular y se enfoque sobre el individuo bajo la luz de su historia personal de desarrollo (Slaikau, 2000).

Crisis circunstanciales

A diferencia de la crisis vital, “en este tipo de crisis la característica sobresaliente es que el suceso precipitante... tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa de la vida en que éste se halla” (Slaikau, 2000, p 67).

Estas crisis son caracterizadas por tener una aparición repentina, tener un alto grado de imprevisión, desarrollarse con una calidad de urgencia, la posibilidad de impactar potencialmente sobre comunidades enteras y presentar en primera instancia un peligro para la persona y una oportunidad tras la resolución (Slaikau, 2000).

e. Episodio depresivo

En los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos", como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

Incluye:

Episodios aislados de:

- Reacción depresiva.
- Depresión psicógena.

- Depresión reactiva.

Excluye:

- Trastorno de adaptación (F43.2).
- Trastorno depresivo recurrente (F33.-).
- Cuando se asocia a trastorno de la conducta en F91.- (F92.0).

G 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

G2. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30.-) en ningún período de la vida del individuo.

G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

Episodio depresivo leve

Suelen estar presentes dos o tres de los síntomas (anotados antes en F32 y también enumerados a continuación). El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).

B. Presencia de por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.
2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
 5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
 6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
 7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.
- Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del "síndrome somático" (definido en la página 97):
- F32.00 Sin síndrome somático.
 - F32.01 Con síndrome somático

Episodio depresivo moderado

Normalmente están presentes cuatro o más de los síntomas (anotados antes en F3 y también enumerados a continuación) y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Episodio depresivo en el que varios de los síntomas descritos anteriormente son marcados y afectan al paciente; son típicas la pérdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas "somáticos".

Episodio aislado sin síntomas psicóticos de:

- Depresión agitada.
- Depresión mayor.
- Depresión vital.

Nota diagnóstica

Si síntomas importantes, como agitación o enlentecimiento, son notables, el paciente puede no estar dispuesto o ser incapaz de describir con detalle muchos síntomas. A pesar de ello, una valoración global de episodio grave está justificada en tales casos.

- A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos ocho.
- D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

f. Ansiedad

La ansiedad es una emoción que actúa como un aviso de peligro, teniendo una función adaptativa al producir reacciones corporales propias de la pelea o la huida; se caracteriza por una sensación de intranquilidad o aprensión que puede desencadenar síntomas molestos tanto a nivel físico como cognitivo (Sue y Sue, 2010).

Suele distinguirse del miedo, en el sentido que tiene una caracterización anticipatoria, contrario al miedo que aparece frente a un estímulo específico que puede ser real o imaginario; sin embargo, es común encontrar similitud en las reacciones fisiológicas que desencadenan. (American Psychiatric Association, 2014).

Es importante distinguir que el miedo y la ansiedad como reacciones emocionales adaptativas, o aquellas reacciones que aparecen aún cuando no hay peligro, convirtiendo estas reacciones en lo que podría ser un trastorno de ansiedad, el cual se considera como tal solo cuando logra interferir de manera significativa en el funcionamiento cotidiano de la persona que lo aqueja (Sue y Sue, 2010).

Ansiedad Generalizada

Este trastorno se caracteriza por niveles de ansiedad elevados y persistentes, así como de una preocupación excesiva por muchas circunstancias de la vida, las cuales pueden ser suficientes para causar problemas en la vida diaria y suelen estar acompañadas de reacciones fisiológicas variadas (Sue y Sue, 2010).

Ansiedad que es generalizada y persistente, pero que no se limita o incluso ni siquiera predomina en ningunas circunstancias ambientales particulares. Los síntomas predominantes

son variables, pero las quejas más frecuentes incluyen constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar epigástrico. A menudo, el paciente manifiesta temor a que él u otro allegado vaya, en breve, a padecer una enfermedad o a tener un accidente.

Los criterios descritos en el CIE-10, son los siguientes:

- A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.
- B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:

Síntomas autonómicos:

- 1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
- 2. Sudoración.
- 3. Temblor o sacudidas.
- 4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:

- 5. Dificultad para respirar.
- 6. Sensación de ahogo.
- 7. Dolor o malestar en el pecho.
- 8. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

- 9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- 10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización).
- 11. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.
- 12. Miedo a morir.

Síntomas generales:

- 13. Sofocos de calor o escalofríos.
- 14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
- 15. Tensión, dolores o molestias musculares.
- 16. Inquietud e incapacidad para relajarse.

17. Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión, o de tensión mental.

18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos:

19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.

20. Dificultad para concentrarse o de "mente en blanco", a causa de la preocupación o de la ansiedad.

21. Irritabilidad persistente.

22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

C. El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-) o trastorno hipocondríaco (F45.2).

D. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico (F00-F09) o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia a benzodiacepinas.

g. Reacción a estrés agudo

Se trata de un trastorno transitorio que se produce en un individuo, sin aparentemente ningún otro trastorno mental, en respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional, que remite normalmente en horas o días. En la aparición y gravedad de las reacciones a estrés agudo juegan un papel la vulnerabilidad y la capacidad de afrontamiento individuales. Los síntomas muestran un cuadro típicamente mixto y cambiante, e incluyen un estado inicial de "embotamiento" con alguna reducción del campo de conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar los estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de las circunstancias [hasta el extremo de un estupor disociativo (F44.2)], o a un estado de agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Con frecuencia están presentes signos autonómicos de ansiedad (taquicardia, sudoración, rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante, y desaparecen en dos o tres días (a menudo en pocas

horas). Puede haber amnesia (F44.0) parcial o completa para el episodio. Si los síntomas persisten, debe considerarse un cambio en el diagnóstico.

Reacción aguda a crisis.

Reacción aguda a estrés.

Fatiga de combate.

Estado de crisis.

"Shock" psíquico.

A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un estresante excepcional físico o psicológico.

B. La exposición al estresante se sigue del inicio inmediato de los síntomas (en una hora).

C. Hay dos grupos de síntomas; la reacción a estrés agudo se califica como:

F43.00 Leve; sólo se cumple el criterio 1.

F43.01 Moderado; se cumple el criterio 1 y dos cualesquiera de los síntomas del criterio 2

F43.02 Grave; se cumple el criterio 1, y cuatro síntomas del criterio 2 o estupor disociativo (véase F44.2).

1. Se cumplen los criterios B, C y D del trastorno de ansiedad generalizada (F41.1).

2. a) Abandono de la interacción social esperada.

b) Estrechamiento de la atención.

c) Aparente desorientación.

d) Ira o agresividad verbal.

e) Desesperanza o desesperación.

f) Hiperactividad inapropiada o sin propósito.

g) Duelo incontrolable y excesivo (juzgado a tenor del patrón cultural local).

D. Si el estresante es transitorio o puede aliviarse, los síntomas deben empezar a disminuir en no más de ocho horas. Si la exposición al estresante continúa, los síntomas deben empezar a disminuir en no más de 48 horas.

E. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. La reacción debe producirse en ausencia de cualquier otro trastorno mental y del comportamiento concurrente de la CIE-10 [excepto F41.1 (trastorno de ansiedad generalizada) y F60.- (trastornos de la personalidad)], y no

dentro de los tres meses tras la finalización de un episodio de cualquier otro trastorno mental y del comportamiento.

CAPÍTULO III

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En personas adultas ¿Cuál es la incidencia de sintomatología de ansiedad, estrés y depresión posterior a un internamiento hospitalario por COVID-19?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar la evidencia disponible en torno a la presentación de sintomatología de estrés, ansiedad o depresión en pacientes que han cursado un internamiento hospitalario por COVID-19.

Objetivos específicos

- Describir los fenómenos sintomáticos de ansiedad, estrés y depresión que se han encontrado en pacientes que han tenido un internamiento hospitalario por COVID-19.
- Identificar elementos sociodemográficos que pueden jugar un papel atenuante o acentuador del cuadro.
- Establecer si existe algún patrón en la manifestación de estos síntomas con la duración del internamiento.
- Indagar si se ha encontrado relación entre la gravedad del cuadro de COVID-19 y la presentación posterior de síntomas de estrés, ansiedad y/o depresión.
- Determinar factores de riesgo para la presentación de síntomas de estrés, ansiedad y/o depresión en pacientes hospitalizados por COVID-19.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

Estrategia metodológica

El presente estudio consiste en una revisión sistemática en torno a las secuelas a nivel de salud mental identificadas en pacientes que han cursado con un internamiento hospitalario por COVID-19. La revisión sistemática consiste en la búsqueda metódica de investigaciones sobre un tema, su selección y valoración, con el objetivo de responder a una pregunta científica específica (Sánchez y Botella, 2010). Por lo tanto, se realizará una búsqueda de investigaciones publicadas sobre secuelas a nivel de salud mental de COVID-19, las cuales se clasificarán con el objetivo de elegir aquellas que cuenten con el mejor nivel de evidencia posible.

Población y muestra

La población de este estudio está conformada por todos los posibles artículos de investigación sobre sintomatología de ansiedad, estrés y/o depresión secundaria a una hospitalización por COVID-19. Se realizará una búsqueda en el Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica (SIBDI), en específico en las bases de datos EBSCOhost, ScienceDirect, PsycINFO.

Criterios de selección

La selección de artículos para la investigación se realizará por medio de los criterios de inclusión y de exclusión que se detallan a continuación.

- Criterios de inclusión
 - Investigaciones con fecha de publicación entre el año 2020 y 2022.
 - Publicaciones en idioma inglés o español.
 - Estudios exploratorios, observacionales y descriptivos.

- Investigación de tipo cuantitativo.
- Investigaciones realizadas en pacientes mayores de 18 años que hayan tenido un internamiento hospitalario por COVID-19.
- Investigaciones en las que se utilice la aplicación de instrumentos de valoración de la sintomatología ansiedad, estrés y/o depresión como estrategia de medición.
- Estudios que cuenten con una muestra mayor a 100 sujetos.
- Artículos recuperados de las bases de datos EBSCOhost, ScienceDirect, PsycINFO.
- Criterios de exclusión
 - Estudios realizados con población menor de 18 años.
 - Artículos que requieran de pago económico para su recuperación.
 - Estudios en los que no se haya aplicado a los sujetos instrumentos de medición de la sintomatología de estrés, depresión y/o ansiedad.
 - Investigaciones que cuenten con una muestra menor a 100 sujetos.
 - Investigación de tipo cualitativo.

Procedimiento de búsqueda y selección de artículos

○ Identificación de artículos

Se llevará a cabo una búsqueda general de artículos en las bases de datos del SIBDI mencionadas anteriormente. En cada buscador se utilizará una combinación específica de palabras clave, tanto en inglés como en español, con el fin de que los resultados sean homogéneos.

- Palabras clave en español
 - “Post covid-19” + “ansiedad”
 - “Post covid-19” + “depresión”
 - “Post covid-19” + “estrés”
- Palabras clave en inglés
 - “Post covid-19” + “anxiety”

- “Post covid-19” + “depression”
- “Post covid-19” + “stress”

- Screening

Se realizará un tamizaje inicial de los artículos encontrados por medio de la lectura de los títulos y resúmenes (abstracts) de los mismos. Así, se eliminan aquellas publicaciones que no cumplen con los criterios de selección.

- Elegibilidad

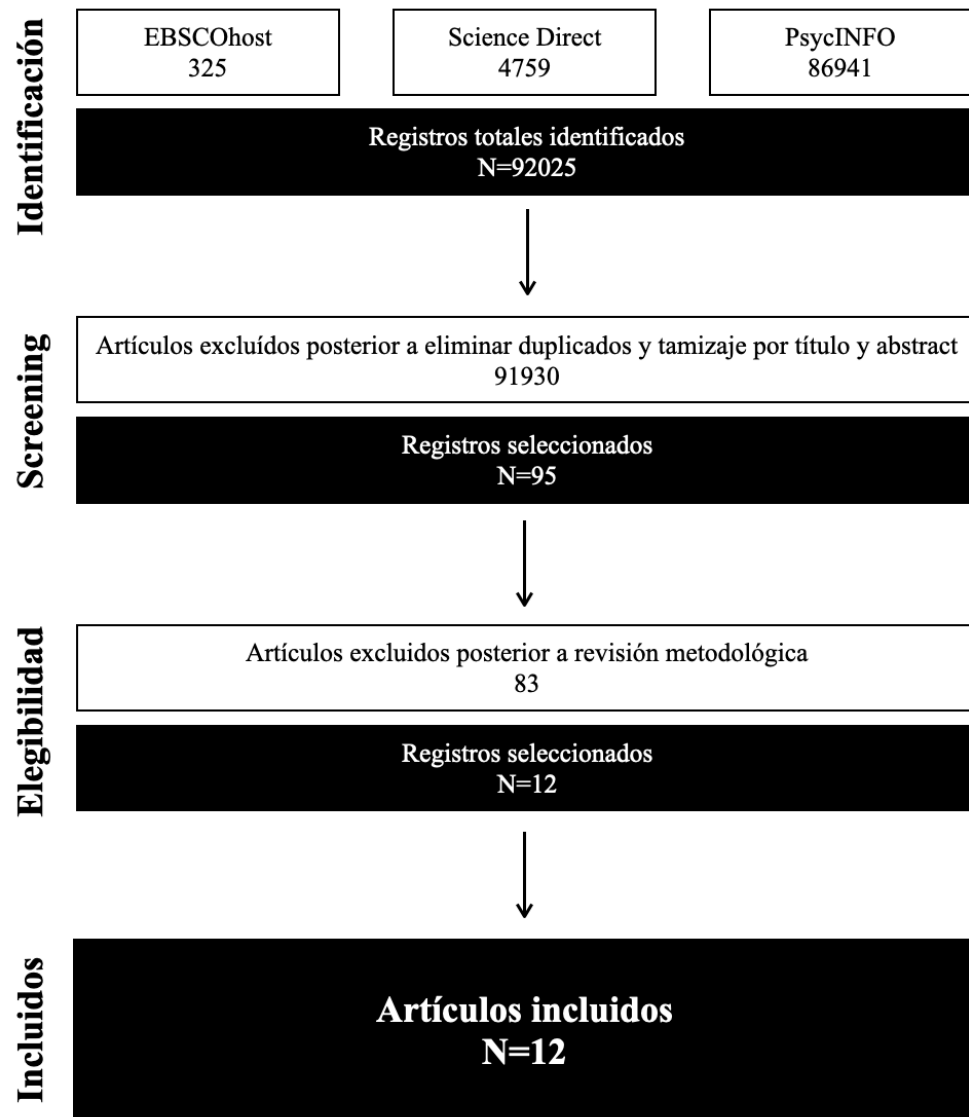
Se revisará la metodología de los artículos filtrados hasta este punto, con el objetivo de descartar aquellos que no coincidan con los criterios de selección.

- Inclusión

Finalmente, se incluirán en los resultados únicamente aquellos artículos que cumplen con los criterios específicos de esta revisión sistemática.

Figura 1

Diagrama de flujo de selección de artículos



CAPÍTULO V

RESULTADOS

Muestra de investigación

El proceso de búsqueda, revisión y selección de artículos generó como resultado la inclusión de 12 investigaciones, que se desglosan en la Tabla 1.

Tabla 1

Artículos seleccionados

Número	Título	Autores	Año
1	Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China	Liu, D., Baumeister, R.F., Veilleux, J. C., Chen, C., Liu, W., Yue, Y., Zhang, S.	2020
2	Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors	Mazza, M; De Lorenzo, R; Conte, C; Poletti, S; Vai, B; Bollettini, I; Melloni, E; Furlan R; Ciceri, F; Rovere-Querini, P; Benedetti, F.	2020
3	One-year mental health outcomes in a cohort of COVID-19 survivors	Mazza, M. G., Palladini, M., De Lorenzo, B., Bravi, R., Poletti, B. S., Furlan, R., Ciceri, F., The COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group, Rovere-Querini, P., Benedetti, F.	2021a
4	Persistent psychopathology and neurocognitive impairment in COVID-19 survivors: Effect of	Mazza, M. G., Palladini, M., De Lorenzo, B., Magnaghi, C., Poletti, B. S., Furlan, R., Ciceri,	2021b

Número	Título	Autores	Año
	inflammatory biomarkers at three-month follow-up	F., The COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group, Rovere-Querini, P., Benedetti, F.	
5	The occurrence and risk factors associated with post-traumatic stress disorder among discharged COVID-19 patients in Tianjin, China	Mei, Z., Wu, X., Zhang, X., Zheng, X., Li, W., Fan, R., Yu, H., Zhang, S., Gu, Y., Wang, X., Xia, Y., Meng, Ge, Shen, J., & Niu, K.	2022
6	Post-traumatic stress disorder among COVID-19 survivors in Manipur: A cross-sectional study	Rajkumari, B; Akham, N; Konjengbam, O; Pangambam, A; Ningthoujam, S	2022
7	Evaluating the Depression, Anxiety, Stress, and Predictors of Psychological Morbidity Among COVID-19 Survivors in Mashhad, Iran	Salimi, Z; Najafi, R; Khalesi, A; Oskoei, R; Moharreri, F; Khaniki, S; Shahini, N; Soltanifar, A; & Mohaddes, H.	2021
8	Prevalence and correlates of chronic fatigue syndrome and post-traumatic stress disorder after the outbreak of the COVID-19	Simani, L., Ramezani, M., Darazam, I. A., Sagharichi, M., Aalipour, M. A., Ghorbani, F., Pakdaman, H.	2021
9	Ninety days post-hospitalization evaluation of residual COVID-19 symptoms through a phone call check list	Suarez, M; Iguaran, M; García, J; Lorenzo, N & Méndez, M.	2020
10	Post-COVID symptoms reported at asynchronous virtual review	Taylor, R. R., Trivedi, B., Patel, N., Singh, R., Ricketts, W. M., Elliott, K., Yarwood, M., White,	2021

Número	Título	Autores	Año
	and stratified follow-up after COVID-19 pneumonia	V., Hylton, H., Allen, R., Thomas, G., Vikas Kapil, V., Rachel McGuckin, R., Pfeffer, P. E.	
11	Psychological distress and health-related quality of life in patients after hospitalization during the COVID-19 pandemic: A single-center, observational study	Vlake, J; Wesselius, S; Van Genderen M; Van Bommel, J; Boxma-de Klerk, Wils, E	2021
12	Depression, anxiety and post-traumatic growth among COVID-19 survivors six-month after discharge	Xiao, X; Yang, X; Zheng, W; Wang, B; Fu, L; Luo, D; Hu, Y; Ju, N; Xu, H; Fang, Y; Shing, P; Xu, Z; Chen, P; He, J; Zhu, H; Tang, H; Huang, D; Hong, Z; Hao Y; Cai, L; Ye, S; Yuan, J; Xiao, F; Yang, J; Wang, Z & Zou, H.	2022

La mayoría de los artículos incluidos se encuentran en inglés, solamente uno está redactado en español. Sin embargo, las investigaciones fueron desarrolladas en diferentes países: tres en China, tres en Italia, una en India, dos en Irán, una en España, una en Inglaterra y una en Países Bajos.

A continuación, en la Tabla 2, se pueden observar los resultados más relevantes extraídos de cada una de las investigaciones seleccionadas.

Tabla 2

Principales resultados

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
1	Se aplicó un cuestionario de manera presencial, virtual y telefónica a pacientes egresados del hospital por COVID-19.	Preguntas sobre variables clínicas asociadas a severidad del COVID-19 y tratamiento recibido. Preguntas sobre variables sociales. Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ)	675 pacientes egresados de hospitales en Wuhan, China, por COVID 19 respondieron el cuestionario, con una edad promedio de 55 años, estancia hospitalaria promedio de 27.87 días, de los cuales el 53% fueron mujeres y el 47% hombres.	12.4% de la muestra reportó síntomas clínicamente significativos de TEPT. 10.4% refirieron síntomas de moderados a severos de ansiedad y 32.3% síntomas leves. 19% reportó sintomatología de moderada a severa de depresión y 46.7% leve. Se encontró una asociación significativa entre la presencia de síntomas de TEPT por COVID-19 y los siguientes factores: mayor

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
		Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático para el DSM 5 (PCL-5)		severidad de la enfermedad, vivir con niños y discriminación percibida por la enfermedad. El uso de tratamiento con corticoesteroides se asoció a menor riesgo de TEPT. Niveles de ansiedad moderada a severa reportados se asociaron significativamente a: mayor severidad de la enfermedad, vivir con niños, muerte de un familiar por COVID 19, cantidad total de síntomas tras el egreso y percepción de discriminación. Las probabilidades de depresión incrementaron significativamente en asociación a los siguientes: mayor nivel educativo, vivir con

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
				niños, fumar, mayor severidad de la enfermedad tras el egreso y discriminación percibida. Los síntomas más prevalentes de TEPT fueron: problemas de sueño, pensamientos intrusivos, sentimientos de aislamiento y escasa capacidad de concentración. El síntoma de depresión más reportado fueron las dificultades para dormir.
2	El estudio se llevó a cabo en el Hospital IRCCS San Raffaele de Milán.	Escala Revisada de Impacto del Estresor (IES-R) Lista de verificación de TEPT para DSM-5 (PCL-5)	402 pacientes sobrevivientes de Covid-19 (265 hombres) con una edad media de 57,8 y un rango de	Se informan altas tasas de TEPT, depresión, ansiedad, insomnio y síntomas obsesivos compulsivos. Se describe las consecuencias psiquiátricas a la

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
	Todos los pacientes incluidos habían sido evaluado por primera vez en el Servicio de Emergencias, donde se les realizó evaluación clínica, electrocardiograma, y análisis hematológico. Se incluyeron pacientes admitidos por neumonía grave (n = 300, estancia hospitalaria 15,31 ± 10,32 días) y pacientes manejados de ambulatoriamente (n = 102).	Escala de depresión de autoevaluación de Zung (ZSDS) Inventario de Depresión de Beck (BDI-13) Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo formulario (STAI-Y) Escala de sueño Medical Outcomes Study Sleep Scale (MOS-SS) Escala de calificación de insomnio de iniciación (WHIIRS) Inventario Obsesivo-	edad entre los 18 y 87 años.	infección por SARS-CoV-2 tanto por la respuesta inmunológica al propio virus, o por efectos psicológicos estresantes como el aislamiento social, el impacto psicológico de preocupaciones acerca de infectar a otros, y estigma. Participantes mujeres, y pacientes con diagnósticos psiquiátricos previos positivos fueron más proclives a los síntomas psicológicos desadaptativos. Los pacientes ambulatorios mostraron una mayor ansiedad y trastornos del sueño. La duración de la hospitalización se correlacionó inversamente.

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
	Se realizó una evaluación psiquiátrica 31,29 ± 15,7 días después del alta, o 28,56 ± 11,73 días después del alta.	Compulsivo (OCI)		con TEPT, depresión, ansiedad y sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo. Los pacientes más jóvenes mostraron niveles más altos de depresión y trastornos del sueño.
3	Se realizó la evaluación prospectiva del estado psicológico de sobrevivientes de COVID-19 uno, seis y doce meses después de su egreso hospitalario en un estudio longitudinal de cohorte.	Entrevista Clínica Psiquiátrica para identificar psicopatología con base en los criterios diagnósticos del DSM-5. Escala de Depresión Autoaplicada de Zung (ZSDS) Escala de Severidad de la Fatiga (FSS)	Hombres y mujeres mayores de 18 años con un ingreso hospitalario por COVID-19 en el Hospital IRCCS San Raffaele, en Milán, Italia. Seguimiento un mes después del egreso N=402, seis meses después N=216 y doce meses después	A los 6 y 12 meses después del egreso el 44% y 45% los pacientes, respectivamente, reportaron sintomatología sobre el umbral clínico en al menos una de las dimensiones evaluadas. Las mujeres y población con historial psiquiátrico presentaron puntuaciones más altas en todos los dominios psicopatológicos.

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
		Escala Revisada de Impacto del Estresor (IES-R) Inventario de Ansiedad de Estado Rasgo forma Y (STAI-Y)	N=192. Seguimiento en los tres periodos N=95. 60 años es la edad promedio del total de la muestra.	La sintomatología psicopatológica a un mes fue la única variable asociada a la presencia de sintomatología a los 12 meses. No se observó un efecto significativo del tiempo en la sintomatología ansiosa y depresiva, pero sí se encontró una disminución de sintomatología postraumática con el paso del tiempo.
4	Estudio prospectivo de cohorte en el que tres meses tras el egreso hospitalario se realizó una evaluación psicopatológica y cognitiva a pacientes hospitalizados	Entrevista clínica psiquiátrica desestructurada para identificar psicopatología con base en los criterios diagnósticos del DSM-5.	226 pacientes egresados del Hospital San Raffaele, Milán, Italia, por COVID 19, con una estancia promedio de 15.66 días. Todos mayores de 18 años,	El 35.8% presentaron puntuaciones dentro de los rangos clínicos de los instrumentos en al menos una de las dimensiones valoradas. Del seguimiento un mes después del egreso a tres meses se halló una disminución significativa en sintomatología

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
	por COVID-19, y se realizó una revisión de los marcadores inflamatorios al momento del ingreso hospitalario.	Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático para el DSM 5 (PCL-5) Escala de Depresión Autoaplicada de Zung (ZSDS) Inventario de Depresión de Beck de 13 ítems (BDI-13) Escala Revisada de Impacto del Estresor (IES-R) Inventario de Ansiedad de Estado Rasgo forma Y (STAI-Y)	con una edad promedio de 58.5 años. 149 hombres y 77 mujeres.	reportada de TEPT, ansiedad e insomnio. En contraste, la sintomatología depresiva no cambió significativamente y la de TOC empeoró. Se encontró una asociación entre los efectos del SII al ingreso hospitalario sobre la gravedad de la depresión a los tres meses. Los efectos significativos fueron el efecto principal del sexo (peores puntuaciones en mujeres), la interacción del SII con la hospitalización, la interacción de edad y sexo, y la triple interacción del SII con la edad y el sexo. Se encontró una asociación entre un grado de inflamación

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
		Escala de Evaluación del Insomnio de la Iniciativa de Salud Femenina (WHIIRS) Inventario de Obsesión-Compulsión (OCI) Marcadores inflamatorios: Proteína C reactiva (CRP) Índice Neutrófilo-Linfocito (NLR) Índice monocito-linfocito (MLR) Índice de inmunidad-inflamación sistémica (SII) A una submuestra de 130 pacientes se		significativamente peor al ingreso hospitalario y las puntuaciones de ambas escalas de depresión (corrigiendo el efecto de edad y sexo). Pacientes que presentaron una disminución significativa en sus marcadores de SII también mostraron una disminución en la sintomatología, reportada de depresión, mientras que quieren presentaron escasas fluctuaciones en su SII reportaron persistencia o empeoramiento de su sintomatología depresiva.

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
		les evaluaron las funciones cognitivas a través de: Evaluación Breve de Cognición en Esquizofrenia (BACS) Batería amplia de memoria verbal, fluidez verbal, memoria de trabajo, atención selectiva, velocidad de procesamiento, coordinación psicomotora y funciones ejecutivas.		
5	Se seleccionó una muestra por conveniencia de pacientes sobrevivientes de COVID-19.	Escala Revisada de Impacto del Estrés (IES-R) Pruebas de laboratorio:	144 pacientes egresados del Hospital Tianjin Haihe, en China. 82 participantes	La incidencia de TEPT fue del 16% de los participantes. Los posibles factores de riesgo identificados fueron: edad superior a los 40 años, sexo

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
	Se les aplicó vía telefónica un cuestionario de TEPT alrededor de los tres meses posteriores a la confirmación de la infección por SARS-CoV-2.	Conteo de glóbulos blancos, glóbulos rojos, linfocitos, hemoglobina, proteína C-reactiva, D-dímero, procalcitonina, albumina, aminotransferasas (ALT), aspartato aminotransferasas (AST), fosfatasa alcalina, creatinasa, isoenzimas de creatina-fosfocinasa, lactato deshidrogenasa, mioglobina, creatinina, nitrógeno uréico e interleucina-6.	estuvieron hospitalizados menos de 15 días y 62 más de 15 días. 67 participantes eran menores de 40 y 77 tenían más de 40 años.	femenino, fumador(a) actual, tres o más lóbulos pulmonares afectados y niveles elevados de nitrógeno uréico. Se encontró que pacientes con niveles altos de albumina tienen un menor riesgo de presentar TEPT.
	Se tomaron datos de los expedientes médicos, con respecto a exámenes de laboratorio de rutina durante la hospitalización, así como el TAC de pulmón, realizado a todos los pacientes.			

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
		CURB-65 (escala de predicción de la mortalidad en pacientes con neumonía) calculada con base en información registrada al momento del ingreso hospitalario. TAC (Tomografía Axial Computarizada) de corte fino de pulmón. Preguntas sobre variables psicosociales y de estilo de vida.		
6	Estudio transversal se realizó entre los	Lista de verificación del trastorno de estrés	Se incluyeron sobrevivientes de COVID-19 mayores de 18	Alrededor de 92 participantes (40,3%) informaron que tienen problemas para

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
	que tuvieron una estancia hospitalaria de aproximadamente un mes de duración. Se administró a través de un cuestionario Google Form que consta de tres partes: la primera sección informa sobre el propósito del estudio, los riesgos-beneficios involucrados y el consentimiento informado.	postraumático-5 (PCL-5) basada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). También se preguntaron datos sociodemográficos y antecedentes de salud de los participantes.	años de julio a septiembre de 2020 en Manipur, India. Se incluyeron 550 personas, posterior a la desestimación de algunos de ellos, el estudio finalizó con el análisis de la información de 228 personas que finalizaron con el aporte de los datos solicitados. La edad media de participación fue de $35,7 \pm 9,5$ años. Los varones constituían más de la	quedarse dormido o permanecer dormido y 18 personas (7,9%) informaron haber experimentado recuerdos extremadamente repetidos, perturbadores y no deseados de una experiencia estresante. La puntuación PCL-5 total obtenida osciló entre 20 y 66 con una puntuación media de $41,9 \pm 13,9$. Casi dos tercios (154, 67,5%) tenían una puntuación superior a 33, por lo tanto, categorizándolos como casos probables de TEPT. Se encontró que el aumento de la edad es un predictor significativo para el TEPT en este estudio.

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
			mitad (136, 59,6%), y casi la mitad de los encuestados estaban casados (107, 47,4%). La mayoría de los participantes eran hindúes por religión (134, 58,8%). La mayoría (105, 46,1%) estaban desempleados o eran estudiantes. La duración de la estancia hospitalaria osciló entre 2 y 20 días.	El riesgo de desarrollar TEPT fue mayor entre los que no estaban casados en comparación con los participantes que estaban casados, aunque es un dato con poca significancia estadística. El apoyo psicosocial de los familiares es muy importante disminuir las consecuencias a largo plazo para la salud mental de la enfermedad.
7	Estudio transversal mediante cuestionarios	Escala Hospitalaria de Ansiedad y	Participaron 188 sobrevivientes de COVID-19	De acuerdo con los resultados del Cuestionario HADS, la frecuencia de pacientes

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
	autoinformado s aplicados a través de medios electrónicos, donde primeramente firmaron un consentimiento informado asegurando la confidencialida d de los datos suministrados, posteriormente se solicitaron datos sociodemográf icos y el llenado de los instrumentos de síntomatología clínica.	Depresión (HADS). Se utilizó la Escala de Estrés 42 (DASS-42).	datos de alta del hospital Imam Reza de Mashhad, Irán, desde el 20 de marzo al 3 de abril del 2020 . El rango de edad fue de 33 a 80 años y la edad media de los participantes fue de 56,4 años, y la mayoría de los pacientes eran hombres (62,2%). La duración media de la estancia hospitalaria fue de 7,1 días (rango: 4 - 16 días). Además, 46 (24,5%) de los pacientes	en el límite de ansiedad y depresión fue 42 (22,3%) y 84 (44,7%), respectivamente. El nivel de ansiedad anormal en pacientes dados de alta fue de 81 (43,1%), mientras que esta frecuencia para depresión fue de 24 (12,8%). Según los puntos de corte del cuestionario DASS-42, 23 (12,2%) y 73 (38,8%) pacientes con COVID-19 dados de alta del hospital tenía una depresión extremadamente severa y ansiedad, respectivamente; mientras tanto, sólo un paciente reportó

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
			datos de alta tenían al menos menos una persona en su familia que estaba infectada con COVID-19.	estrés severo. Cabe señalar que 23 (12,2%), 20 (10,6%) y 74 (39,4%) pacientes no presentaban ningún signo de depresión, ansiedad o estrés. Se describe que la hospitalización más prolongada se asocia de forma independiente con mayor estrés, ansiedad y depresión. Se correlaciona una hospitalización más prolongada con mayor estrés, ansiedad y depresión. Se reportan tasas relativamente altas de ansiedad (43,1%), estrés severo (32,4%) y depresión (12,8%) entre los sobrevivientes de COVID-19.

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
				Duración de la estancia hospitalaria, número de niños y el género se asoció con resultados psicológicos adversos, incluyendo ansiedad, depresión y estrés.
8	La investigación tenía el objetivo de determinar la presencia de efectos a largo plazo de fatiga y trauma en pacientes remitidos por COVID-19 sin antecedentes psiquiátricos. Se aplicaron instrumentos estandarizados seis meses después del egreso hospitalario.	Cuestionario validado de Síndrome de Fatiga Crónica / Encefalomiелitis Miálgica (CFS/ME) basado en las Guías Fukuda. Lista de verificación del trastorno de estrés postraumático-5 (PCL-5) basada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos	N=120 que estuvieron internados en hospitales universitarios de Tehran, Irán. 33.3% mujeres y 66.7% hombres con una edad promedio de 54.6 años y un promedio de 3.5 días de internamiento hospitalario.	La prevalencia de TEPT fue de 5.8% sin asociación significativa a fatiga crónica. La prevalencia de CFS/ME fue de 17.5%.

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
		mentales (DSM-5).		
9	Estudio observacional descriptivo, realizado mediante encuesta telefónica con consecutivos de muestreo no probabilístico. La encuesta tuvo lugar en el mes de junio 2020, donde se realizó una entrevista estructurada a través de una lista de verificación que incluía la revisión de algunos síntomas a 90 días del egreso hospitalario.	Escala de ansiedad GAD-7	Se encuestaron 134 pacientes dados de alta en el Hospital Clínico San Carlos en Madrid, con una edad media de 58,53 ± 18,53 años de los cuales 62 eran hombres (46,3%) y 72 mujeres (53,7%). De los pacientes incluidos, 2 fueron hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y 4 fueron dados de alta con	El síntoma referido con mayor frecuencia fue astenia en 73 (54,5%), disnea en 54 (40,3%) y pérdida de peso en 50 (37,3%) . El 43,4% de los pacientes refirió síntomas relacionados con la ansiedad. Se confirma que los pacientes dados de alta por la infección por COVID-19 tiene síntomas residuales de la enfermedad en los primeros 90 días después del alta hospitalaria.

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
	Previamente a la encuesta se realizó consentimiento informado a cada participante.		oxigenoterapia .	
10	12 semanas posteriores al egreso se invitó a los pacientes a participar completando un cuestionario en línea o por teléfono y se les realizó una placa de rayos x de tórax de seguimiento.	Preguntas sobre sintomatología física persistente. Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-2) Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-2) Cuestionario de Screening de Trauma (TSQ) También se incluyeron	675 pacientes, hombres y mujeres, que consultaron en los hospitales que Londres que pertenecen al Barts Health NH Trust. 169 pacientes habían sido internados por alto riesgo, con una edad promedio de 57.1, y 376 internados con bajo riesgo, con una edad promedio de 59.3. y 130 referidos.	Entre los tres grupos, de pacientes internados por alto y bajo riesgo, así como los referidos, se encontró minoría clínicamente significativa sobre el umbral de los instrumentos aplicados, lo cual sugiere la posibilidad de que estos pacientes tuvieran depresión, ansiedad y TEPT. Tampoco se encontró una asociación entre la hospitalización y un peor reporte de satisfacción con la propia vida. Por el contrario, pacientes

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
		preguntas sobre aspectos psicosociales.	A los pacientes que reportaron sintomatología específica se les enviaron panfletos con información sobre la recuperación. También se identificaron y se citaron pacientes que requirieran de una valoración presencial.	que cursaron con un internamiento refirieron mayores índices de satisfacción que aquellos que fueron referidos.
11	Estudio observacional de cohortes en el centro Franciscus Gasthuis & Hospital Vlietland en Róterdam, Países Bajos del 16 de marzo al 14 de	Datos sociodemográficos obtenidos mediante los registros electrónicos de atención médica. Primera Evaluación Primera evaluación:	Los pacientes mayores de 18 años que estuvieron hospitalizados con síntomas sugestivos de COVID-19, definidos como la presencia de síntomas respiratorios	Un mes después del alta hospitalaria el 16% de los pacientes reportaron TEPT probable en este aspecto no hubo diferencias entre pacientes que estuvieron en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y quienes no estuvieron en UCI.

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
	setiembre del 2020. Los pacientes fueron abordados un mes después del alta mediante el envío de una carta de información y los primeros cuestionarios. Se pidió a los pacientes que aceptaran la participación que devolvieran los cuestionarios completados y los que declinaran de la participación devolver el cuestionario en blanco. Un	Escala Revisada de Impacto del Estrésor (IES-R). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Medida de Calidad de Vida Asociada a la Salud (RAND-36) Segunda Evaluación: EuroQol 5-dimensions 5-levels (EQ-5D) Índice de Salud y Calidad de Vida (EQ-5D)	(disnea, tos, dolor de garganta, rinorrea, saturación <94% o frecuencia respiratoria >24/minuto) y/o síntomas gastrointestinal es (diarrea o vómitos) con una duración de 24 horas, y que sobrevivieron hasta un mes después del alta hospitalaria. Con una edad de 33 a 89 años. Los que tuvieron una estancia en UCI, estuvieron de 9	Un mes después del alta hospitalaria, el 29% de los pacientes reportaron ansiedad probable, situación que mejoró a los tres meses reduciendo el porcentaje al 20%. En ningún punto temporal se encontraron diferencias en la severidad de los síntomas relacionados con la ansiedad, ni entre pacientes UCI y no UCI. El 32% de los pacientes informó probable depresión al mes del alta hospitalaria mediante una mediana de 5, situación que mejoró a los tres meses, donde hubo un reporte que puntuó una mediana de 4, sin diferencias entre la severidad de la depresión ni entre

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
	segundo conjunto de cuestionarios se envió tres meses después del alta a los participantes.		a 69 días hospitalizados, y quienes no estuvieron en UCI tuvieron un internamiento de 1 a 18 días de duración.	pacientes UCI y no UCI. Una proporción sustancial de pacientes reportaron malestar psicológico, pero no se observaron diferencias en su severidad y prevalencia entre pacientes con o sin COVID-19. Los pacientes de UCI con COVID-19 sufrieron menos depresión que sus contrapartes fuera de la UCI. Aunque el ingreso en la UCI no fue predictivo de la gravedad de los trastornos psicológicos, hay otros predictores identificados, como etnicidad y nivel educativo,

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
				consistentes con los factores de riesgo previamente descritos para el trauma psicológico posterior a la UCI. La depresión fue aún menos frecuente en pacientes con COVID-19 en la UCI en comparación con sus homólogos que no estuvieron en la UCI.
12	Encuesta telefónica transversal, con seguimiento a los seis meses después del alta hospitalaria. Previamente se hizo firma del consentimiento informado y una vez resuelto este primer paso se	Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) Inventario de Crecimiento Post-Traumático (PTGI)	199 pacientes adultos recuperados de COVID-19 y que fueron dados de alta de los hospitales entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2020, edad media de 42,7 siendo el 53,3% mujeres.	Los resultados develan que la prehospitalización, hospitalización y post hospitalización son factores que pueden correlacionarse significativamente con depresión, ansiedad y crecimiento post traumático. A pesar de la disminución, la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos sigue

Número	Metodología	Instrumentos	Participantes	Resultados
	realizó una entrevista telefónica de aproximadamente 35 minutos. Se llevó a cabo en cinco ciudades Chinas (Wuhan, Shenzhen, Zhuhai, Dongguan y Nanning), desde agosto a setiembre del 2020.			siendo alta en comparación con la población general. El estar expuesto al sufrimiento de otros pacientes pareciera ser un predictor del TEPT a largo plazo. Además, la gravedad de los síntomas y la atención durante la hospitalización pareciera correlacionar con la aparición de síntomas ansiosos o depresivos. En este estudio correlacionan el hecho de recibir atención psicológica con la gravedad de los síntomas post egreso. Aparece la somatización de síntomas respiratorios como parte del repertorio de respuesta a los síntomas ansiosos o depresivos.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

El COVID-19 enfermedad pandémica que como es ya sabido inició en Wuhan, localidad de China, ha desencadenado consecuencias de salud física y psicológica secundarias a la infección del virus, pero al que se añaden otros componentes como las complejidades socioeconómicas producto de medidas para evitar la propagación del virus.

En diferentes artículos en los que se ahondan estos componentes se describe violencia intrafamiliar, desempleo, aumento en el consumo de sustancias, adicción a la internet, aumento de peso, dificultades en las relaciones de pareja, infidelidad y otros componentes que fueron haciendo eco conforme avanzó la pandemia, se mantuvo el confinamiento y se produjeron más infecciones.

Otros estudios se enfocaron en aspectos relacionados con la salud mental de las personas que estuvieron en confinamiento, también durante la búsqueda de información para el tema que atañe a este trabajo se encontraron aspectos descriptivos que se relacionan con dificultades cognitivas, síntomas físicos persistentes, e incluso padecimientos médicos que al parecer son secundarios a la infección del virus.

Todas estas consecuencias han disminuido con el pasar del tiempo, pues la inoculación del virus, mediante los distintos esfuerzos de vacunación al parecer han sido exitosos; no obstante, tras esta tregua en la infección, gravedad y letalidad del virus, salen a la luz otros aspectos que son importantes de investigar, entre estos, los aspectos que dan cabida al proceso investigativo de este documento.

A continuación, se discuten los aspectos más relevantes encontrados en los resultados de esta investigación:

Metodología empleada

Como parte del análisis de la información de los artículos seleccionados, sobresale la utilización de una metodología que emplea instrumentos aplicados de manera remota, ya sea telefónicamente o utilizando instrumentos completados en línea.

Esta forma de realizar estudios es la tendencia dentro del ámbito investigativo que se desarrolló durante el periodo pandémico, esto sin determinar si tiene mayores beneficios para la obtención de información, o si, por el contrario, es una limitante dentro de los estudios, pues en algunos casos se describe la complejidad para establecer comunicación con los evaluados utilizando estos medios, llevando a una reducción de la población propuesta inicialmente para la investigación.

Dentro de los artículos seleccionados se encontró que siete estudios fueron realizados de manera remota, un estudio utilizó métodos combinados (remotos y presenciales) y tres fueron realizados de manera presencial; marcando una clara tendencia en la forma de obtener la información.

La mayoría de los estudios utilizaron el procesamiento estadístico mediante programas diseñados para este fin, predominando el SPSS para el procesamiento de la información.

Instrumentos utilizados

Los resultados de las diferentes investigaciones revisadas tienen como inconveniente, además de la variabilidad de las muestras y el contexto sociocultural en el que se desarrollaron los estudios, la cantidad de instrumentos que se utilizaron para cuantificar la sintomatología de ansiedad, depresión y estrés. A pesar de las descripciones sobre la validez de los instrumentos para la población a la que se aplica el instrumento, existen variables estadísticas distintas para cada instrumento, lo cual, evidentemente, genera que los resultados proyecten datos que no son comparables entre sí.

Para ser específicos en 11 artículos que se incluyen dentro del análisis de este trabajo, se utilizaron 20 instrumentos distintos, incluso dentro de una misma investigación se utilizaron dos instrumentos distintos para la medición de una misma variable. Quizás estudios que logren unificar instrumentos de evaluación sean los más apropiados para lograr una generalización de resultados en una población específica.

Caracterización de participantes

El total de participantes de todos los estudios fue de 3716, el de la menor muestra contó con 120 sujetos (Simani et al., 2021) y el que incluyó más sujetos contó con 725 (Mazza et al., 2021a). Tomando los datos de los 10 artículos que especificaron la edad promedio de sus participantes, la edad media total sería de 53.9 años. Llama la atención que, mientras la mayoría de investigaciones reportan una edad promedio similar a la media total mencionada, Rajkumari et al. (2022) indican una edad promedio casi 20 años menor, de 37.5 años. Una posible explicación sería que los pacientes con mayor edad del área donde se realizó el estudio (Manipur, India) tuvieron secuelas más graves o fallecieron producto de la enfermedad, por lo que no pudieron responder la encuesta.

Únicamente cinco de los 12 artículos seleccionados reportaron el promedio de días de hospitalización de sus participantes. Partiendo de ese dato, se determina que 15.42 días fue la duración media total del internamiento de los participantes. Liu et al. (2020) contaron con la muestra con mayor duración promedio de estancia, 27.87 días. Por otro lado, Simani et al. (2021) fueron los que contaron con una muestra con una hospitalización más corta, de 3.58 días en promedio. Esta marcada diferencia entre días de hospitalización parece haber tenido un efecto en los resultados obtenidos, ya que el estudio con participantes con una hospitalización más larga reportó un mayor porcentaje de pacientes con sintomatología psicopatológica.

Descriptores generales de malestar psicológico

Los estudios analizados coinciden en que un porcentaje importante de pacientes que han cursado con una hospitalización a causa del COVID-19 reportan sintomatología psicopatológica los meses posteriores a su egreso. Se ha identificado una prevalencia del 38% al 45% de estas manifestaciones en pacientes que estuvieron internados con diferentes niveles de gravedad, variada duración, y que cursaron o no con estancias en Unidad de Cuidado Intensivo.

En general, se establecen algunos factores de riesgo para el desarrollo de sintomatología psicopatológica. Entre éstos se encuentran el sexo femenino, el historial psiquiátrico, el apoyo psicosocial percibido, el número de hijos y la duración de la estancia hospitalaria. Xiao et al (2022) correlacionan el hecho de recibir atención psicológica con la gravedad de los síntomas post egreso, describiendo como una posibilidad que la atención psicológica se brindó porque ya durante la hospitalización, existían indicios de una afectación en la salud mental.

Con respecto a la duración del internamiento, varios artículos refieren haber encontrado que un ingreso más largo está asociado a mayores síntomas psicopatológicos post-egreso. Salimi et al (2021) consideran que un internamiento de larga duración puede estar relacionado a problemas respiratorios posteriores al alta, preocupaciones acerca de la recurrencia y transmisión de enfermedades a otros, factores que podrían acentuar el malestar psicológico. Los hallazgos de Maza et al (2020) contrastan, ya que reportan que la duración de la hospitalización se correlacionó inversamente con síntomas psicopatológicos. Estos autores sugieren la posibilidad de que menos apoyo de atención médica podría haber aumentado el aislamiento social y la soledad propios de la pandemia del COVID-19, lo cual se refleja en un detrimento de la salud mental de quienes han cursado con internamientos cortos.

Descriptor de Estrés y Trastorno de Estrés Postraumático

Las investigaciones consultadas que indagan la presencia de estrés en pacientes con historia de internamiento por COVID-19 se refieren principalmente al Trastorno de Estrés

Postrauumático, utilizando instrumentos diseñados específicamente para la valoración de su sintomatología. Los síntomas fueron encontrados en muy variadas proporciones, desde un 67.5% un mes tras el egreso (Rajkumari et al, 2022), hasta un 5.8% de la muestra tres meses después del egreso (Mei et al, 2022). Esta fluctuación asociada al factor del tiempo es esperable, y también fue encontrada en el seguimiento que realizaron Mazza et al (2021a; 2021b), quienes describen una disminución de sintomatología postraumática con el paso del tiempo, hallando diferencias en los reportes de un mes, seis meses y doce meses después del egreso.

La mayoría de publicaciones logran establecer posibles factores de riesgo para el padecimiento de sintomatología asociada al TEPT tras el COVID-19. Se identifican factores sociodemográficos, como vivir con niños, ser del sexo femenino, ser de una etnia no caucásica, tener un nivel educativo alto, no estar casado y tener más de 40 años de edad. Rajkumari et al (2022) señalan la posibilidad de que el factor de la edad esté vinculado al conocimiento y temor de las graves consecuencias de la enfermedad que se asocian a una mayor edad. Por otro lado, también se plantean factores relacionados al curso del COVID-19 y a marcadores fisiológicos, como mayor severidad de la enfermedad, tener tres o más lóbulos pulmonares afectados y niveles elevados de nitrógeno uréico. A nivel psicosocial se refiere la discriminación percibida por la enfermedad y la exposición al sufrimiento de otros pacientes durante la hospitalización. Por último, se identifica dentro de factores de estilo de vida el consumo de tabaco al momento de completar el auto-reporte, es decir, posterior al egreso.

Además de esto, algunas investigaciones también lograron establecer una asociación con factores de protección para la presentación de sintomatología de TEPT: niveles altos de albúmina en pruebas de laboratorio y el uso de tratamiento con corticoesteroides durante la hospitalización.

Descriptor de Ansiedad

Es común encontrar niveles de ansiedad reportados en los diferentes estudios analizados, rondando entre un 22% y un 43% de los participantes. Éstos no solo responden a un aspecto cultural, pues los estudios se efectuaron en distintas latitudes del mundo, donde la única diferencia significativa entre ellos fue la intensidad de los síntomas y las distintas correlaciones que pudieron desprenderse de la profundidad del análisis de cada uno de los estudios.

Algunas de estas variables identificadas, tienen relación con la severidad de la enfermedad, la convivencia con niños dentro del hogar, la presencia de muertes dentro del núcleo familiar a causa del COVID-19, la cantidad de síntomas tras el egreso y la percepción de discriminación social tras la infección.

La presencia y severidad de los síntomas fue directamente proporcional a la cercanía con que se efectuó la evaluación post egreso, encontrando que los estudios detallan mayor presencia de síntomas ansiosos cuando el seguimiento se realiza a un mes del alta hospitalaria. Conforme este tiempo avanza, hay estudios que describen la presencia de síntomas, pero con menor severidad, lo cual también tiene relación con los puntos de corte del instrumento que se utilizó para realizar la medición de los síntomas.

Ahora bien, el hecho que estos síntomas tengan una disminución no significa que sean aplicables a todas las personas, tal es el caso concreto que describen Vlake et al (2021) donde hacen referencia que al mes del egreso un 29% de la muestra reporta sintomatología, y a los tres meses todavía el 20% persisten con síntomas ansiosos.

Es importante rescatar que, aunque conforme avanza el tiempo se reporte un descenso en la sintomatología ansiosa de las personas egresadas de centros hospitalarios, los síntomas ansiosos tienden a tener un aumento al egresar que, durante el propio internamiento, sobre todo cuando esta estancia hospitalaria ha sido prolongada (Salimi et al, 2021).

Descriptores de Depresión

Las investigaciones incluidas en este análisis encontraron rangos de sintomatología depresiva entre un 32% y 47.8% de los pacientes que estuvieron internados a nivel hospitalario por COVID-19. Mientras que Maza et al (2021a, 2021b) no observaron un efecto significativo del tiempo en los reportes de síntomas depresivos al mes, seis meses y doce meses del egreso; otros autores sí encontraron una disminución entre un mes y tres meses del egreso (Vlake et al, 2021).

Se describe una amplia variedad de factores de riesgo identificados. A nivel sociodemográfico se menciona una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes más jóvenes, con un mayor nivel educativo y que viven con niños. Con respecto al curso de la enfermedad y a factores fisiológicos, se plantea la gravedad de los síntomas y la atención durante la hospitalización. Vlake et al (2021) hallaron que la depresión fue menos frecuente en pacientes con COVID-19 en la Unidad de Cuidado Intensivo que en quienes no estuvieron en esta unidad. Especulan como posible explicación que la mayoría de los pacientes requirieron sedación profunda para facilitar la ventilación pulmonar, por lo que podrían tener menos recuerdos angustiosos y menos conciencia de la gravedad de su enfermedad. En cambio, los pacientes que no ingresaron en la UCI estaban completamente despiertos durante su estadía en el hospital y conscientes de la gravedad de su enfermedad y del medio circundante, lo que podría causar niveles más altos de estrés.

Maza et al (2021b) observaron una asociación entre marcadores inflamatorios (SII) y la gravedad de la depresión. A mayores niveles inflamatorios al ingreso hospitalario, mayor gravedad de sintomatología depresiva reportada a los tres meses del egreso. Mientras que bajos niveles, se asoció a disminución en síntomas depresivos. Además de lo anterior, otros factores de riesgo en el plano psicosocial como el fumado y la discriminación percibida, se correlacionaron con síntomas depresivos post egreso.

Con respecto a la sintomatología en sí, únicamente Liu et al (2020) detallaron que las dificultades para dormir fueron el síntoma más reportado. Más adelante se ampliará sobre la presencia de trastornos del sueño, que fue referida en otros artículos de manera independiente.

Descriptores de otra sintomatología

A pesar de la pertinencia del objetivo de esta investigación se circunscribió a la búsqueda de síntomas específicos de estrés, ansiedad y depresión, algunos de los artículos revisados con esta especificidad recalcan la aparición de otros síntomas, siendo algunos precursores de la ansiedad, depresión o estrés y otros resultantes de esta misma sintomatología.

Es así como se menciona los problemas de insomnio, correlacionándose con la aparición y sostenibilidad de síntomas ansiosos y depresivos, los cuales tienden a disminuir pasados tres meses del egreso hospitalario, estos problemas de sueño se describen principalmente como dificultades de iniciación y mantenimiento del sueño, descritos en uno de los estudios hasta en 40% de los participantes (Rajkumari et al, 2022).

Caso contrario con la sintomatología obsesiva compulsiva, la cual pasado el tiempo de tres meses post egreso tiende a aumentar. De acuerdo con Mazza et al (2020), podría deberse a efectos desregulatorios autoinmunes y de inflamación o incluso a un mayor riesgo percibido de contaminación.

En esta misma línea se hace descripción que mediante la medición sistémica de citocinas, quimiocinas y otras sustancias inflamatorias, se puede obtener la respuesta inmunitaria. Es mediante esta medición que se determinó que la desregulación de las citocinas y citoquinas pueden relacionarse con la aparición de trastornos psiquiátricos, esto debido a efectos de neuroinflamación que afecta directamente la barrera hematoencefálica, provocando invasión celular en el Sistema Nervioso Central, deterioro de la neurotransmisión y siendo causal de disfunción del eje hipotálamo-pituitario suprarrenal (HPA), hecho que desencadena la activación de la microglía y la inducción de indoleamina 2,3-dioxigenasa (IDO). Todas estas respuestas, representan vías de interacción entre los sistemas inmunológico y los mecanismos subyacentes a los trastornos psiquiátricos (Mazza et al, 2020).

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

El fenómeno de la pandemia en todas sus aristas ha representado para la comunidad científica internacional una oportunidad para la investigación en distintas disciplinas de la salud, así lo ha dejado ver, la cantidad sin precedentes, de información que se ha logrado generar en tan solo tres años del curso de la COVID-19. Esto demuestra la importancia que tiene el campo investigativo para la búsqueda de síntomas y enfermedad; así como las propuestas de intervención que se puedan generar con base en esta información.

El hecho que acontezca a nivel mundial brinda la posibilidad de observar cómo hay tendencias sintomatológicas a consecuencia de un internamiento, describiendo entonces las afecciones del plano psicológico que subyace a este proceso de enfermedad específico, y como los factores socioculturales y económicos establecen parámetros que pueden correlacionar de maneras distintas con este fenómeno.

Ahora bien, al tener a la comunidad científica trabajando al unísono, puede generar ciertas desavenencias, ya que por un asunto de validación de instrumentos, presupuesto, tiempo e incluso acceso a la información, se utilizan en su mayoría instrumentos totalmente distintos para llegar a conclusiones similares, y aunque los resultados parecieran ser consistentes, utilizar instrumentos con significancias estadísticas específicas y puntos de cortes definidos podría representar en diferencias, que aunque estadísticas, impiden la generalización y comparación de los resultados.

Quizás uno de los aspectos más sobresalientes guarde relación con la predominancia de la metodología utilizada para obtener los datos, pues pareciera que hubo un consenso científico, en parte por las características de transmisibilidad del virus, para utilizar instrumentos autoaplicados de forma remota, utilizando el internet como una estrategia de evaluación, técnica que al parecer tuvo acogida por los científicos y los sujetos que formaron parte de las distintas muestras.

Dejando de lado estos aspectos metodológicos, los diferentes estudios analizados dejan ver el impacto psicológico que tienen los internamientos hospitalarios a consecuencia

del COVID-19, pues alrededor de la mitad de las muestras reportan algún tipo de sintomatología en este ámbito, siendo el TEPT el de mayor frecuencia de aparición.

El reporte de los resultados dentro de los artículos contempla este factor incluso en los estudios que se hicieron con un mes de distanciamiento en relación al egreso hospitalario, y es importante mencionar que, de acuerdo a criterios de temporalidad de los manuales diagnósticos, utilizar propiamente el concepto desde la psicopatología, podría ser un aspecto erróneo, pues la mayoría de los resultados hacen referencia a síntomas que se contemplan dentro del diagnóstico y no al concepto nosológico.

La sintomatología ansiosa y depresiva, tiende a disminuir conforme se distancia la fecha del egreso hospitalario; no obstante, sigue teniendo presencia en al menos el 20% de la población estudiada, cifra sumamente alta si se tiene en cuenta el aumento sustancial en los egresos hospitalarios a causa del COVID-19, datos que podrían interpretarse como advertencia para los procesos de intervención que se avecinan hacia la población infectada por el virus y que cursó con internamientos en centros hospitalarios.

La variable sobre el lugar donde se cursó la estancia hospitalaria, es preponderante para determinar la sintomatología subsecuente, pues la exposición ambiental sumado a un nivel de consciencia conservado puede dar cabida a componentes de tipo más traumático, mientras que la disminución de consciencia, podría tener relación con síntomas de tipo ansioso o depresivo, que no es distinto a los descriptores ya conocidos del efecto que tiene en algunos pacientes el internamiento en una unidad de cuidado intensivo.

Al parecer la intervención psicológica durante el internamiento de las personas, no es un factor protector para el desarrollo de síntomas depresivos, ansiosos o de estrés que se desencadenen posterior a la salida del recinto hospitalario.

Existen algunos factores sociodemográficos que son riesgosos para la aparición de síntomas de carácter psicológico como ser mujer, mayor edad a la hora del internamiento y ser padre de familia. Además, algunos factores psicosociales como la muerte de parientes por COVID-19 y el estigma social de la infección se asocian con mayor riesgo de aparición de los síntomas estudiados en este artículo.

Hay aspectos propiamente fisiológicos que tienen una estrecha relación con la aparición de síntomas de carácter psicológico y que están ligados a procesos inflamatorios e interferencia inmunitaria que, en combinación con la trasgresión de la barrera hematoencefálica, ocasiona deterioro en la neurotransmisión en el eje hipotálamo-pituitario suprarrenal (HPA), hecho que desencadena la activación de la microglía, teniendo mayor activación de las vías que subyacen a trastornos psiquiátricos.

A pesar de que los síntomas de trastorno obsesivo compulsivo escapan a los alcances de este estudio, hay una marcada aparición en pacientes que tienen mayor tiempo de haber egresado del centro hospitalario, existiendo una correlación de factores fisiológicos de neuroinflamación y factores psicosociales. Al mismo tiempo que son de frecuente aparición, manifestaciones cognitivas que pueden estar asociadas a procesos inflamatorios, de carácter psicológico o incluso de problemas de sueño y que podrían interferir directamente con el rendimiento cognitivo.

RECOMENDACIONES

A pesar de la disminución de los casos que requieren internamiento a causa de la infección por COVID-19, es importante establecer protocolo de atención psicológica, que contemplen tamizajes de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés que pueden manifestarse dentro del ámbito nosocomial, para que estos tengan una utilidad comparativa en estudios posteriores que se quieran realizar a lo interno de la institución.

Sobre esta misma línea cobra importancia documentar en el ámbito nacional, cuáles son las cifras de incidencia de estos síntomas tras el egreso hospitalario, pues serán datos útiles en la designación de recurso humano, que desde la plataforma gerencial de la institución se pueda gestionar.

Para esta documentación, a pesar de la variabilidad de instrumentos, con mayor tendencia se marca la utilización de la lista de verificación del trastorno de estrés postraumático-5 (PCL-5), la escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) e incluso

la escala de depresión, ansiedad, estrés (DASS21), que pueden marcar un punto de partida para aspectos investigativos.

Además de la utilización de esta información para fines investigativos, estos tamizajes pueden utilizarse con el objetivo de identificar usuarios que puedan requerir de atención psicológica post egreso y actuar de forma preventiva ante una eventual intensificación de síntomas depresivos, ansiosos o de estrés que se manifiesten.

Se hace útil la creación de protocolos de atención, que puedan ser utilizados para la atención grupal de personas con manifestación sintomática y que puedan ser aplicados en segundo y tercer nivel de atención institucional, con el fin de disminuir la persistencia de los síntomas y las consecuencias socioeconómicas que pueda desencadenar el empeoramiento de estos.

La creación de protocolos grupales, marcarán una optimización de recursos institucionales, tanto humanos como materiales y que ayudarán a prestar atención a las ya descritas consecuencias emocionales que deja en un porcentaje importante de la población que tiene un internamiento a causa de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mental DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Bautista, E., Cortés, N., Vuelvas, C., González, T., Morales, N., et al. (2020) Sintomatología y efectos psicológicos en personas sobrevivientes de la COVID-19. UPAEP. México.
- Brannon, L., Feist, J., (2001). *Psicología de la Salud*. España: International Thompson Editores Spain Paraninfo, S.A.
- Labiano, M. (2006). Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida. En: Luis A. Oblitas (coordinador). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (pp. 259-336). México: McGraw-Hill.
- Liu, D., Baumeister, R. F., Veilleux, J. C., Chen, C., Liu, W., Yue, Y. y Zhang, S. (2020). Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Research*, 292, 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113297>
- Mazza, M; De Lorenzo, R; Conte, C; Poletti, S; Vai, B; Bollettini, I; Melloni, E; Furlan R; Ciceri, F; Rovere-Querini, P; Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 594-600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- Mazza, M. G., Palladini, M., De Lorenzo, B., Bravi, R., Poletti, B. S., Furlan, R., Ciceri, F., The COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group, Rovere-Querini, P., Benedetti,

- F. (2021a). One-year mental health outcomes in a cohort of COVID-19 survivors. *Journal of Psychiatric Research*, 145, 118-124.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.11.031>
- Mazza, M. G., Palladini, M., De Lorenzo, B., Magnaghi, C., Poletti, B. S., Furlan, R., Ciceri, F., The COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group, Rovere-Querini, P., Benedetti, F. (2021b). Persistent psychopathology and neurocognitive impairment in COVID-19 survivors: Effect of inflammatory biomarkers at three-month follow-up. *Brain, Behavior, and Immunity*, 94, 138-147.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.02.021>
- Mei, Z., Wu, X., Zhang, X., Zheng, X., Li, W., Fan, R., Yu, H., Zhang, S., Gu, Y., Wang, X., Xia, Y., Meng, Ge, Shen, J., & Niu, K. (2022). The occurrence and risk factors associated with post-traumatic stress disorder among discharged COVID-19 patients in Tianjin, China. *Brain and Behavior*, 12, e2492. <https://doi.org/10.1002/brb3.2492>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2020, Marzo). *Caso confirmado por Covid-19 en Costa Rica*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1555-caso-confirmado-por-covid-19-en-costa-rica>
- Salimi, Z; Najafi, R; Khalesi, A; Oskoei, R; Moharreri, F; Khaniki, S; Shahini, N; Soltanifar, A; & Mohaddes, H. (2021). Evaluating the Depression, Anxiety, Stress, and Predictors of Psychological Morbidity Among COVID-19 Survivors in Mashhad, Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci.*, 15(2). doi: [10.5812/ijpbs.108972](https://doi.org/10.5812/ijpbs.108972).
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. (2 Edición). Manual Moderno.
- Slaikeu, K., y Leff, S. (2000). Intervención en crisis por teléfono. En *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. (2 Edición, pp. 355-366). Manual Moderno.

- Suárez, M; Iguaran, M; García, J; Lorenzo, N & Méndez, M. (2020). Ninety days post-hospitalization evaluation of residual COVID-19 symptoms through a phone call check list. *PAMJ* - 37(289)
- Sue, D., Sue, D., y Sue, S. (2010). *Psicopatología: Comprendiendo la conducta anormal*. México: Cengage Learning Editores, S.A.
- OMS. (1999). Documentos básicos. (42 ed.) Recuperado el 22 de julio de 2012, de: http://new.paho.org/arg/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=142.
- Perez, M., Gómez, J., y Dieguez, R. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista habanera ciencias médicas* vol.19 no.2. ISSN 1729-519X.
- Rajkumari, B; Akham, N; Konjengbam, O; Pangambam, A; Ningthoujam, S. (2022). Post-traumatic stress disorder among COVID-19 survivors in Manipur: A cross-sectional study. *J Gen Intern Med* 36(6), 1702–7. DOI: 10.1007/s11606-021-06731-7
- Rodríguez, J., Neipp, M. (2008). *Manual de psicología social de la salud*. España: EDITORIAL SINTESIS S, A.
- Simani, L., Ramezani, M., Darazam, I. A., Sagharichi, M., Aalipour, M. A., Ghorbani, F., Pakdaman, H. (2021). Prevalence and correlates of chronic fatigue syndrome and post-traumatic stress disorder after the outbreak of the COVID-19. *Journal of NeuroVirology*, 27, 154-159. <https://doi.org/10.1007/s13365-021-00949-1>
- Taylor, S. (2007) *Psicología de la salud*. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.

Taylor, R. R., Trivedi, B., Patel, N., Singh, R., Ricketts, W. M., Elliott, K., Yarwood, M., White, V., Hylton, H., Allen, R., Thomas, G., Vikas Kapil, V., Rachel McGuckin, R., Pfeffer, P. E. (2021). Post-COVID symptoms reported at asynchronous virtual review and stratified follow-up after COVID-19 pneumonia. *Clinical Medicine*, 21(4), E384-E391. DOI: 10.7861/clinmed.2021-0037

Vlake, J; Wesseliuss, S; Van Genderen M; Van Bommel, J; Boxma-de Klerk, Wils, E. (2021). Psychological distress and health-related quality of life in patients after hospitalization during the COVID-19 pandemic: A single-center, observational study. PLoS ONE 16(8): e0255774. [https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0255774](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255774)

Xiao, X; Yang, X; Zheng, W; Wang, B; Fu, L; Luo, D; Hu, Y; Ju, N; Xu, H; Fang, Y; Shing, P; Xu, Z; Chen, P; He, J; Zhu, H; Tang, H; Huang, D; Hong, Z; Hao Y; Cai, L; Ye, S; Yuan, J; Xiao, F; Yang, J; Wang, Z & Zou, H. (2022). Depression, anxiety and post-traumatic growth among COVID-19 survivors six-month after discharge. *European Journal Of Psychotraumatology*, 13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2055294>