

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 fue reportada por primera vez en Wuhan, China una nueva enfermedad caracterizada por una alteración progresiva de la respiración, acompañada de fiebres y fatiga. Posteriormente, esta sería denominada COVID-19 causada por un nuevo tipo de coronavirus, ahora conocido como SARS-CoV-2 y definida por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad infecciosa y de alto nivel de contagio, razón por la cual se ha propagado una pandemia de la misma por todos los continentes del globo terráqueo (OMS, 2020).

Varias son las consecuencias que acompañan a esta enfermedad, no solo en cuanto a las áreas fisiológicas, sociales y económicas, sino que también trae un fuerte impacto en lo que respecta a la salud mental de aquellos que lograron sobrevivir a esta enfermedad y que deben aprender a enfrentar las repercusiones de la misma en su integridad, física, emocional y psicológica.

Tomando en cuenta que los registros oficiales brindados por el Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas de la Universidad John Hopkins, evidencian que los casos a nivel mundial hasta agosto de 2021, superaban los 228 millones y que en Bolivia sobrepasaron los 497 mil casos y 18 mil decesos, no es de extrañarse que esta enfermedad cause gran preocupación en nuestro entorno y que un pronóstico de recuperación involucre secuelas psicológicas en los pacientes, mismos que se vieron aislados, abandonados por su familia o incluso discriminados por la sociedad a la vez que debían someterse a tratamientos física, mental y económicamente desgastantes; por lo que después de vencer al virus; recuperar su vida previa es imposible y por lo cual, se recomienda complementar el tratamiento con psicoterapia para que los pacientes cuenten con las herramientas psicológicas que le permitan enfrentar de forma más adecuada una situación como la que una enfermedad de alto riesgo involucra (Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas, 2021).

Por lo antes descrito, se considera necesario la realización de un estudio para determinar las características psicológicas en pacientes recuperados de COVID-19, tomando en cuenta que las enfermedades que involucran el desgaste de tantas áreas como lo son el área psicológica, física, social y económica debería tratarse de forma integral y no solo enfocarse en su recuperación física, sino también concentrarse en las repercusiones psicológicas que puedan presentarse en los pacientes considerando la importancia de la salud mental para la

reinserción social tras los procesos de tratamiento médico debido a las complicaciones de salud ante la enfermedad.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y
JUSTIFICACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

El virus del COVID-19, es una enfermedad que se ha convertido en una preocupación a nivel mundial para la sociedad actual, que en uno de sus peores escenarios puede llevar a un infectado a una hospitalización de varios meses en la que deben lidiar no solo con dolores físicos sino también con la influencia que suponen en las características psicológicas el afrontar una nueva realidad y a la cual deben tratar de adaptarse y sobrevivir incluyendo la carga emocional que trae consigo y el efecto en la estructura familiar de los diferentes pacientes.

Además de acuerdo con el investigador de la Fundación Lucha Contra el Sida y las Enfermedades Infecciosas de España, el doctor José A. Muñoz-Moreno, quien realizó una revisión de 58 trabajos científicos en el área, indica que sólo un 2% de los estudios de índole psicológica en relación COVID-19 se ha centrado en las personas enfermas (Fundación Lucha Contra el Sida y las Enfermedades Infecciosas, 2020).

En lo que corresponde y de forma más específica el COVID-19 es conceptualizado por la Organización Mundial de la Salud como:

La enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente la COVID 19 es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo y que, en menos de un año, según reportes oficiales, se calcula que ha ocasionado más de 900 mil descensos alrededor del mundo (OMS, 2020).

Asimismo, de acuerdo a un estudio realizado en Italia, por Gennaro y sus colaboradores en 2020, titulado “Ansiedad y depresión en supervivientes de COVID-19: papel de los predictores clínicos e inflamatorios”, de los 402 pacientes sobrevivientes a COVID-19 (265 hombres y 137 mujeres) monitoreados un mes después del tratamiento hospitalario, se encontró que el 56% tenía al menos un trastorno psiquiátrico. Los resultados, basados en entrevistas clínicas y cuestionarios de autoevaluación, mostraron trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el 28% de los casos, depresión en el 31% y ansiedad en el 42%. Además, el 40% de los pacientes tenía insomnio y el 20% tenía síntomas obsesivo-compulsivos (OC) (Gennaro, M., 2020).

Sin embargo, pese a la información expuesta, estas investigaciones no han ido en aumento y mucho menos dentro del contexto boliviano por lo cual a través de esta investigación se pretende conocer las características psicológicas en pacientes recuperados de COVID-19, que deben lidiar no solo con las secuelas fisiológicas sino también con aquellas que ponen en riesgo su estabilidad mental.

El presente estudio pretende identificar las características psicológicas de pacientes recuperados de la COVID-19 entre las edades de 20 a 35 años de la ciudad de Tarija. Cuando nos referimos a características psicológicas, entendemos estas como aquellas que *“se deben a la biología de la persona y al entorno en el que vive. Este factor brinda una perspectiva de cómo estas características individuales pueden afectar el juego, además de los entornos sociales”* (GREO, 2018, p. 97).

Debido a la amplitud de este concepto es necesario delimitar el mismo en las dimensiones que se abordarán en el presente estudio, por lo cual se consideró conveniente estudiar las siguientes variables relacionadas con las personas recuperadas de COVID-19: depresión, ansiedad y estrés postraumático.

Se considera la depresión como una característica importante a detectar en un sujeto que se habría infectado de COVID-19, variable que definiremos como *“un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas”* (Beck, 1983, p.78).

Asimismo, la ansiedad es otra variable que puede presentarse tras una experiencia traumática en una persona y que influye en su comportamiento y desenvolvimiento, misma que es descrita por Clark y Beck (2012):

La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisio-lógica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (p. 23).

De igual forma, el estrés post traumático es una afección que se origina debido a sucesos traumáticos que experimenta una persona y repercute en sus acciones y estabilidad emocional. Cuando hablamos de estrés postraumático nos referimos a *“un trastorno psiquiátrico que puede ocurrir después de haber vivido o de haber sido testigo o estado expuesto a acontecimientos que amenazan la vida del sujeto”* (Bedregal, Carvallo, Hernández & Prado, 2015 p.134).

En el **plano internacional**, son pocos los estudios o registros a los que se pueden acceder debido a la reciente presencia de esta enfermedad como tal dentro de la sociedad, sin embargo, uno de ellos es un estudio realizado en Italia con una muestra de 402 pacientes sobrevivientes de COVID-19 denominada “Ansiedad y depresión en supervivientes de COVID-19: papel de los predictores clínicos e inflamatorios”.

En este estudio el que se examinó la presencia de síntomas psiquiátricos en sobrevivientes del virus de la COVID-19, los resultados revelados fueron interesantemente significativos:

Los sobrevivientes de COVID-19 presentaron una alta prevalencia de secuelas psiquiátricas emergentes con el 55% de la muestra presentando una puntuación patológica para al menos un trastorno. En los supervivientes se espera una incidencia superior a la media de trastorno de estrés postraumático, depresión mayor y ansiedad, todas enfermedades no transmisibles de gran carga asociadas con años de vida vividos con discapacidad. Además, la depresión se asocia con un riesgo notablemente mayor de mortalidad por todas las causas y por causas específicas (Gennaro, M., 2020 p. 5).

Ahora si bien el acceso a más investigaciones oficiales es limitado, no sucede lo mismo con los reportes brindados por expertos en salud como es el caso del artículo escrito por Pam Belluck, titulado “Así es la recuperación de los sobrevivientes de la Covid-19”, para un sitio web de Estados Unidos, The New York Times. Belluck da a conocer lo señalado por Lauren Ferrante, médica de enfermedades pulmonares y cuidados intensivos en la Escuela de Medicina de Yale, quien estudia los resultados de recuperación tras la terapia intensiva, quien

expresa que *“es muy común que los pacientes recuperados tengan estrés postraumático: pesadillas, depresión y ansiedad debido a que tienen recuerdos de lo que pasó”* (Belluck, P., 2020, párrafo 14).

Por su parte David Putrino, director de innovación en la rehabilitación del Sistema de Salud Monte Sinaí en la ciudad de Nueva York, a través de este artículo señala que *“esta experiencia de estar extremadamente enfermo y extremadamente solo únicamente amplifica el trauma”* y que puede describirse como *“acabo de pasarla muy mal en el hospital y ¿adivinen qué? El mundo sigue envuelto en llamas. Necesito sobrellevar eso mientras también intentó recuperar el ritmo de mi antigua vida”* (Belluck, P., 2020, párrafo 16).

La Clínica Alemana de Chile a través de su sitio web, da a conocer que el psiquiatra de la misma, Manuel Reyes, señala al respecto que *“algunos de los síntomas que presentan estos pacientes son la ansiedad, cuadros depresivos e incluso un trastorno de estrés postraumático hasta en un 50% de los casos”* y por su parte la psicóloga Daniela Portilla, que igualmente forma parte de la prestigiosa clínica, expresa que el paciente puede presentar síntomas regresivos, mayor dependencia hacia otros e inseguridad. Es importante considerar que, en situaciones de alto impacto físico y emocional, las personas reflexionan sobre cuál es la vida que quieren llevar. Si se logra superar la crisis, esto posibilita la toma de decisiones derivadas del proceso resignificativo (Clínica Alemana, 2020, párrafo 7).

En cuanto al **plano nacional**, a través de fuentes virtuales no se ha podido acceder a investigaciones o artículos dirigidos especialmente al tema a indagar, sin embargo, según un artículo publicado por el diario Los Tiempos en su versión digital, se menciona:

Las emociones que se sufren durante la enfermedad —teniendo en cuenta además el aislamiento— puede provocar en algunas personas ansiedad, depresión o estrés postraumático. De hecho, hay estudios que certificarían esos síntomas psicológicos en los enfermos que pasaron el SARS. Problemas de memoria, delirio o síndrome confusional agudo también pueden ser otras consecuencias para los pacientes que hayan estado infectados por el coronavirus. La enfermedad podría limitar el flujo sanguíneo que llega al

cerebro, matando ‘células cerebrales’ que causarían estos problemas (Los Tiempos, 2020, párrafo 19).

Asimismo, Arias (2020), a través de un artículo, titulado “Apoyo psicológico para pacientes por COVID-19 es tan necesario como el tratamiento médico”, redactado para el diario Opinión, en su formato digital, da a conocer lo expresado por el especialista Marcos Ballesteros, quien señala:

El paciente con COVID-19 puede enfrentar ansiedad, estados depresivos, desesperación, culpa por no haberse cuidado o por haber contagiado a su familia, angustia por la pérdida del trabajo o la falta de dinero y miedo a la muerte. Cada individuo experimentará emociones únicas, por eso no hay una receta para describir en qué momento el paciente puede saber que requiere contención psicológica (...). Es importante abrir espacios para escuchar su malestar. Cada uno lo vive a su manera, unos lo ven como reto a vencer, hay otros muy limitados en el recurso de las palabras y sin apoyo de la familia. Se trata de buscar estrategias a corto o mediano plazo, devolver la palabra a estas personas, ayudarles a manejar sus sentimientos (párrafo 4).

Ante la falta de investigaciones dentro del medio social boliviano es que, a vista del investigador, se puede tomar como referencia, de la influencia en las características psicológicas que se presentan ante una amenaza a la vida propia, el trabajo de Camacho, Rodriguez y Arnez (2006) en el libro “Salud mental y desastres: intervención en crisis. Pautas para equipos de respuestas”, aprobado por el Dr. Darrás, representante de la OPS/OMS en Bolivia; señalan que los trastornos de la salud más frecuentes en sobrevivientes de un desastre, son los trastornos de ansiedad, crisis de pánico, depresión, trastornos orgánicos de causa predominantemente psíquica, estrés postraumático, abuso y consumo perjudicial de alcohol y conductas violentas. En el mismo escrito, por su parte, Darrás expresa en la presentación del mismo en un contexto un poco diferente, pero con la misma consecuencia que cuando ocurren emergencias y desastres naturales, los problemas de salud mental y del comportamiento

aumentan y requieren de atención en los sobrevivientes durante un periodo más o menos prolongado. Esto especialmente, cuando las personas afectadas tienen que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas (Camacho, Rodríguez & Arnez, 2006).

De igual forma, la psiquiatra Claribel Ramírez, en el artículo periodístico titulado “Evidencian Secuelas Pulmonares, Cardiovasculares o Neurológicas en Pacientes Post Covid-19 en La Paz” se expresa con respecto al impacto psicológico en relación a las enfermedades:

El impacto psicológico también está presente después de la enfermedad; la especialista explicó que en la población boliviana hay personas que perdieron familiares y seres queridos que, por la cuarentena, no pudieron despedirse como se acostumbra y no lograron hacer un buen duelo, sino un duelo no resuelto, presentando luego sentimientos de culpa, impotencia, frustración, etc. y asimismo expresa que las personas que sufrieron de COVID-19 ya fuera en su casa o en una clínica u hospital generaron emociones y alteraciones mentales desembocando en episodios de pánico, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y depresión (Instituto Boliviano de Comercio Exterior, 2021, párrafo 8).

En cuanto al **plano local**, Rivera (2020), en un artículo periodístico para el diario La Razón titulado “La recaída, otro problema para derrotar al COVID-19”, deja conocer a la sociedad Tarijeña aquello que señala la terapeuta de la línea de Contención Emocional y Apoyo Psicológico, Mayra Maidana, quien expresa que los pacientes y recuperados de COVID-19 *“tienen mucho estrés y ansiedad. Esto se debe al temor de pensar en perder a un ser querido. No saber a qué nos estamos enfrentando y saber que el acceso a salud es reducido, ocasiona que las personas tengan miedo”* (Rivera, 2020, párrafo 6).

De igual forma, a través de El Estado Digital, un portal de noticias virtual en un artículo titulado “Intraid reporta un incremento del 50% de pacientes con depresión en Tarija”, en cuanto a la actual pandemia y registros de salud mental, es que Raquel Caero, Directora del Instituto Nacional de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación e Investigación de Drogodependencias y Salud Mental (INTRAID), se expresa al respecto:

En ese contexto es importante mencionar que la atención a los pacientes en este periodo de flexibilización de la cuarentena aumentó, pues estamos manejando varios cuadros de ansiedad y depresión, ya que hay mucha gente exacerbada por esta situación, lo provocado es que se incrementen los casos nuevos (El Estado Digital, 2020, párrafo 3).

En cuanto a estrés postraumático, si bien no se han documentado investigaciones en relación a este virus, COVID-19, en el portal de noticias virtuales, Alerta Bolivia, registrado en la ciudad de Tarija, se da a conocer a la población de la misma:

Está científicamente comprobado que un cambio abrupto en la vida de una persona o el haber presenciado o vivido un evento inesperado emocionalmente intenso puede crear un trauma psicológico, teniendo como consecuencia reacciones emocionales y físicas intensas. Esto es lo que se conoce como trastorno por estrés postraumático (Alerta Bolivia, 2020, párrafo 2).

Asimismo, el profesor Adrián Quelca (2020) a través del trabajo de investigación titulado “Consideraciones clave para el retorno seguro a clases” expresó que, *“las situaciones de confinamiento y desconfinamiento a causa de COVID -19, son un factor de riesgo psicológico que pueden generar o profundizar algunos trastornos mentales tales como: depresión, ansiedad, estrés postraumático, fobias, etc.”* (Quelca A., 2020 p. 37).

Por su parte, en cuanto bienestar psicológico en relación a los pacientes recuperados de COVID-19 existe una ausencia de investigaciones que focalicen su atención a esta variable, sin embargo es relevante mencionar que en el informe defensorial de “Salud, Derechos Humanos y Covid-19 en Bolivia”, la Defensoría del Pueblo (2020) señala que *“en el hospital regional San Juan de Dios de Tarija, los pacientes COVID-19 no pueden recibir apoyo psicológico por estar intubados y por las limitaciones a las áreas restringidas, además no cuentan con personal de apoyo para los familiares”*, denotando de esta forma la falta de atención en cuanto salud mental respecta en los afectados directos de esta enfermedad, cuya solución se plantearía a través del diagnóstico y atención de pacientes ya recuperados, mismo que carece de priorización así como de un programa, por lo que origina que el bienestar

psicológico de los afectados fluctúa tras la experiencia y carezca de la atención profesional adecuada (Defensoría del Pueblo, 2020 p. 150).

Por su parte, en relación al COVID-19, el presidente de la Sociedad Tarijeña de Psiquiatría, Luis Durán, afirma que el COVID-19 causó el desarrollo de problemas mentales en personas que no los padecían y en quienes sí, ocasionó que estos empeorasen, explicando que en un periodo de epidemia es común el estrés y preocupación a morir, a enfermar, a ir a los hospitales por el temor a contagios, perder el trabajo o ser excluidos socialmente, sin embargo, la pandemia originada por el covid-19 trae consigo la incertidumbre sobre qué personas son asintomáticas, desencadenando una preocupación constante con respecto al virus, mientras que por su parte la directora del Intraid-Tarija, Caero, observó que con la llegada del COVID-19, a los pacientes a quienes se indicaba que era positivo para este virus, el primer pensamiento era la idea de muerte, por lo que lidiar con la noticia genera en ellos mucha ansiedad y angustia, sumado al factor de que en los equipos de COVID-19 de los hospitales y clínicas existe la ausencia de un psicólogo y un psiquiatra, por su parte Rivera afirma que las reacciones emocionales angustia, pánico y temor generan manifestaciones tanto en el área fisiológica como cognitiva además de taquicardia, sudoración fría y desvanecimiento (Rivera, D., 2020).

Es entonces que, en base a los datos e información presentada anteriormente, asimismo como la evidencia de la carencia de la misma, es que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características psicológicas que presentan los pacientes recuperados de COVID-19 entre las edades de 20 a 35 años de la ciudad de Tarija?

1.2 Justificación.

Es de suma importancia estudiar las características psicológicas de COVID-19 en pacientes ya recuperados, pues tomando en cuenta que en el tiempo actual es una de las enfermedades más temidas a nivel mundial y la primera gran pandemia registrada en los últimos 100 años, desencadenando consigo varias reacciones en nuestra sociedad y sobre todo en aquellos que se ven directamente afectados por este, es que se considera relevante su estudio, pues, debido a lo reciente de este problema es que se cuenta con escasa información que posibilite no solo un tratamiento médico determinado a favor de su recuperación, sino también investigaciones que sirvan de antecedentes con los cuales se pueda proceder a un seguimiento con los pacientes que fueron dados de alta, asegurando tanto su recuperación física como la mental. Si bien, dado el contexto social dentro del territorio boliviano, la prioridad es resguardar la vida de un paciente no se debe dejar en segundo plano el bienestar emocional y mental debido a que este posibilitará la reinserción a la sociedad de estas personas de forma exitosa y les permitirá adaptarse correctamente a esta, y tomando en cuenta la naturaleza social del ser humano, se debe prever el bienestar de estos para que pueda ser provechoso para la sociedad, de modo que las secuelas que dejaron huella en su psique no se agraven ante la falta de detección y atención médica y psicológica especializada en el área, de modo que los principales beneficiarios a través de la presente investigación, sean los pacientes recuperados y aquellos pronto a serlo, en virtud de que a través de los resultados, se podrá analizar las características psicológicas en relación al contagio de COVID-19; mientras que las instituciones serían beneficiarios indirectos, en vista de la información a la que se posibilitará el acceso a través de este estudio.

El estudio planteado cuenta con justificación **teórica**; esto debido, a que aportó datos nuevos en relación a nuestro medio con respecto a la temática planteada. Asimismo, se indagó sobre la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático de los pacientes recuperados de COVID – 19. Por medio de la aplicación de instrumentos competentes a la temática abordada y un cuestionario cerrado de apoyo, con lo que se pudo determinar las características psicológicas de los pacientes recuperados de esta enfermedad, esto en relación a los niveles de depresión, ansiedad, estrés postraumático y bienestar psicológico que muestren después de haber enfrentado este virus y así lograr identificar el impacto psicológico real de esta enfermedad sobre los sujetos infectados posterior a su recuperación.

De igual forma se garantiza que la investigación propuesta, contará con un relevante aporte **práctico**, en vista de que los datos que se recopilen a través de esta, se posibilitará el diseño de políticas a favor de la salud mental para las personas que actualmente siguen lidiando con secuelas psicológicas tras la enfermedad del COVID – 19 e inclusive, para enfermedades de igual relevancia, ampliando el alcance de salud para la sociedad. De modo que, los beneficiarios directos son los pacientes en recuperación e instituciones encargadas de la salud pues a través de este trabajo, podrán acceder a una fundamentación teórica que permitirá la creación de programas a favor del personal de salud para aminorar un posible impacto que perjudicara las características psicológicas en relación al afrontamiento de enfermedades de alto riesgo.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

2.1 Formulación del problema.

¿Cuáles son las características psicológicas que presentan los pacientes recuperados de COVID-19 entre las edades de 20 a 35 años de la ciudad de Tarija?

2.2 Objetivos.

2.2.1 Objetivo general.

Analizar las características psicológicas que presentan los pacientes recuperados del COVID-19 entre los 20 a 35 años de edad de la ciudad de Tarija.

2.2.2 Objetivos específicos.

- Identificar el grado de depresión en los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija
- Establecer el nivel de ansiedad en pacientes recuperados de COVID-19 entre los 20 a 35 años de edad.
- Identificar la presencia y el tipo de estrés postraumático en los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija.
- Determinar el nivel de bienestar psicológico en pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija.

2.3. Hipótesis.

- Los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija presentan un grado de depresión moderada.
- Los pacientes recuperados de COVID-19 presentan un nivel de ansiedad severa.
- Los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija presentan estrés postraumático caracterizado por el tipo crónico.
- Los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija presentan un nivel bajo de bienestar psicológico.

2.4 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Depresión: <i>“un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas”</i> (Beck A, 1983 p. 78).	Área cognitiva Área física/conductual Área afectiva/emocional	Tristeza, pesimismo, pensamientos o ideas suicidas y desvalorización. Indecisión, autocrítica, sentimiento de culpa, fracaso, disconformidad con uno mismo, sentimiento de castigo, pérdida de placer y llanto. Agitación, pérdida de interés, pérdida de energía, cambios de hábitos del sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.	Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II): • Depresión mínima (0 – 13) • Depresión leve (14 – 19) • Depresión moderada (20 – 28) • Depresión severa (29 – 63)

Estrés postraumático: <i>“patrón de síntomas que puede desarrollarse e individuos que han sido víctimas de catástrofes, accidentes o de agresiones causadas intencionadamente por otras personas”</i> (Crespo M. y Gómez M., 2003 p. 42).	Presencia de TEPT	Exposición a acontecimiento traumático, reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo, hiperactivación, duración y funcionamiento.	Evaluación Global de Estrés Postraumático de Crespo y Gómez (EGEP): ► Presencia de TEPT • Presencia (cumple con todos los criterios: A, B, C, D, E, F). • Ausencia (no cumple con todos los criterios: A, B, C, D, E, F). ► Tipos de TEPT • Ausente (por ausencia de TEPT) • Agudo (Síntomas por más de 1 mes y menos de 3 meses) • Crónico (Síntomas desde hace más de 3
	Tipos de TEPT	Tiempo transcurrido desde la presentación de los síntomas del TEPT.	

			meses) • Demorado (Síntomas por 6 meses o más)
	Intensidad de los síntomas del TEPT	Grado de molestia de los síntomas clínicos subjetivos descritos desde el ítem 28 a 53 en el apartado de síntomas.	► Intensidad de los síntomas del TEPT • Bajo 1 – 15 • Medio bajo 20 – 50 • Medio alto 55 – 80 • Alto 85 – 99
Bienestar psicológico: <i>“Estado mental y emocional que establece la actividad psíquico efectivo del individuo según su modelo individual y la forma de adaptarse a requerimientos internas y externas del área físico y social”.</i> (Ryff y Keyes, 1995)	Autoaceptación	Se relaciona con el hecho que las personas se sientan bien consigo mismas siendo conscientes de sus limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo.	Escala de Bienestar Psicológico de Ryff: • BP Elevado (Mayor a 176 puntos) • BP Alto (141-175 puntos) • BP Moderado (117-140 puntos) • BP Bajo (menor a 116 puntos)

	Relaciones positivas	Se requiere mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. La capacidad para amar y una afectividad madura es un componente fundamental del bienestar y de la salud mental.	
	Autonomía	Capacidad de la persona de sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales. Se espera que personas con altos niveles de autonomía puedan resistir mejor la presión social y autorregular mejor su comportamiento.	
	Dominio del entorno	Habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para sí mismos. Las personas con un alto	

		dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.	
	Propósito en la vida	Se requiere que la persona tenga metas claras y sea capaz de definir sus objetivos vitales. Un alto puntaje en esta sub-escala indicaría que se tiene claridad respecto a lo que se quiere en la vida.	
	Crecimiento personal	Capacidad del individuo para generar las condiciones para desarrollar sus potencialidades y seguir creciendo como persona.	

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se presenta toda la información recabada respecto al tema de estudio, donde las variables principales son: depresión, ansiedad, estrés postraumático y bienestar psicológico; conceptualizaciones que son útiles para la interpretación de datos recopilados. Primeramente, se partirá con una definición general de las características psicológicas para, seguidamente, proceder a conceptualizar las variables anteriormente mencionadas, así como sus tipos, causas y síntomas.

3.1 CORONAVIRUS.

Los coronavirus son definidos como “una familia de virus que normalmente afectan solo a animales. Algunos de ellos también tienen la capacidad de transmitirse de los animales a las personas lo que causa problemas respiratorios que mayoritariamente producen sintomatología leve” (Hospital Clinic, 2020).

3.1.1 Coronavirus 2019 o COVID-19.

El Coronavirus 2019 o COVID-19 se describe, según la Organización Mundial de la Salud (2020), como:

La enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2, [...] entre las complicaciones que pueden llevar a la muerte se encuentran la insuficiencia respiratoria, el síndrome de dificultad respiratoria aguda, la septicemia y el choque séptico, la tromboembolia y/o la insuficiencia multiorgánica, incluidas las lesiones cardíacas, hepáticas y renales.

Entre las personas que desarrollan síntomas, la mayoría (alrededor del 80%) se recuperan de la enfermedad sin necesidad de recibir tratamiento hospitalario. Alrededor del 15% desarrollan una enfermedad grave y requieren oxígeno y el 5% llegan a un estado crítico y precisan cuidados intensivos (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Esta enfermedad presentó una magnitud de contagio bastante alarmante, ante lo que los grandes líderes alrededor del mundo se vieron en la necesidad de plantear distintas medidas para prevenir más contagios, en este sentido:

El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció el 11 de marzo de 2020 que la nueva

enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) puede caracterizarse como una pandemia. La caracterización de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas (OPS, 2020).

3.1.1.2 Síntomas del COVID – 19.

La COVID-19 puede afectar a diversas personas de forma distinta. La mayoría de los infectados desarrollarán una enfermedad de leve a moderada y se recuperarán sin necesidad de hospitalización. Los síntomas de esta enfermedad se clasifican en las siguientes tres categorías:

3.1.1.2.1 Síntomas más comunes

- Fiebre.
- Tos.
- Cansancio.
- Pérdida del gusto o del olfato (OMS, 2020, párrafo 2).

3.1.1.2.2 Síntomas menos comunes

- Dolor de garganta.
- Dolor de cabeza.
- Dolores y molestias.
- Diarrea.
- Erupción en la piel o decoloración de los dedos de las manos o pies.
- Ojos rojos o irritados (OMS, 2020, párrafo 3).

3.1.1.2.3 Síntomas graves

- Dificultad para respirar o falta de aire.
- Pérdida del habla o la movilidad, o confusión.
- Dolor en el pecho (OMS, 2020, párrafo 4).

3.1.1.3 Tipos de Vacuna Contra COVID – 19.

“Pese a que las vacunas actúan de diferentes formas, todas provocan una respuesta inmunitaria para que tu cuerpo combata al virus en caso de que tengas un contacto real y

te infectes. Así se evitan hospitalizaciones y casos graves de la enfermedad” (Médica Sur, 2021, párrafo 1).

Los tipos de vacunas identificados son los siguientes:

3.1.1.3.1 Vacunas ARN mensajero (ARNm)

“Las vacunas de Pfizer-BioNTech y Moderna utilizan ARNm genéticamente modificado que le dice a tus células cómo producir la proteína S de COVID 19. De esta manera el organismo produce linfocitos T y B que recordarán cómo combatir al virus en caso de ser contagiado” (Médica Sur, 2021, párrafo 2).

3.1.1.3.2 Vacunas de subunidades proteicas

“La vacuna de Novavax trabaja con subunidades proteicas que ya incluyen la proteína S de COVID 19 para favorecer la estimulación del sistema inmunitario y la creación de linfocitos T y B que combatirán al virus en caso de contagio” (Médica Sur, 2021, párrafo 7).

3.1.1.3.3 Vacunas de Vector

“Las vacunas Janssen de Johnson & Johnson, AstraZeneca y la Universidad de Oxford contienen una versión debilitada de un virus diferente al de COVID 19 como vía de entrada o vector viral. Una vez dentro, se libera la proteína S para generar respuesta inmune y formación de linfocitos T y B que recordarán cómo combatir el virus en el futuro” (Médica Sur, 2021, párrafo 12).

3.2 PACIENTE RECUPERADO

Para poder definir esta variable, primero se procederá a dividirla en dos partes para posibilitar su conceptualización, siendo la primera paciente y en consiguiente, recuperado; ambos desde terminologías médicas.

En cuanto a la variable paciente, Ayuzo (2016) refiere que a este término se entiende como “persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica” (Ayuzo, C., 2016, p. 409).

En cuanto a recuperado, la Real Academia Española define a esta variable como el volver a un estado de normalidad después de enfrentar una situación alarmante o difícil (RAE, 2020).

De modo que se puede entender como paciente recuperado todo individuo que haya pasado por un tratamiento o intervención médica para posteriormente presentar la ausencia del

virus de COVID-19 después de conllevar un proceso de atención con personal capacitado y fármacos controlados por personal de la salud.

3.3 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

Las características psicológicas se definen aquellas que *“se deben a la biología de la persona y al entorno en el que vive. Este factor brinda una perspectiva de cómo estas características individuales pueden afectar el juego, además de los entornos sociales”* (GREO, 2018, p. 97).

A juicio del investigador, las características psicológicas relevantes a evaluarse en la presente investigación son: depresión, ansiedad y estrés postraumático.

3.3.1 DEPRESIÓN.

De acuerdo a Beck, Aaron (1983), la depresión se define como *“un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas”* (Beck, 1983, p. 78).

Asimismo, El Instituto de Comunicación Empresarial, define la depresión como *“un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad”* (ICE, 2012, p. 4).

Por su parte Retamal (citado en Valle H., 2018, p. 31), mencionó que *“la depresión es una alteración de ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para apreciar placer en las actividades habituales y seguidas de diversos síntomas psíquicos y físicos”*.

De acuerdo con Vásquez, Muñoz y Becoña (2000), la depresión *“es un trastorno del estado de ánimo. (...) Caracterizadas, fundamentalmente, por cambios del estado de ánimo y del afecto”* (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000 p. 418).

La depresión, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición, versión revisada:

Está caracterizada por un bajo estado de ánimo persistente, tiempo durante el cual el individuo puede experimentar tristeza, irritabilidad, pérdida de interés o placer por realizar actividades que anteriormente le generaban satisfacción. También puede presentarse alteraciones del sueño o del apetito y pérdida de energía o fatiga (Rubio, J., 2015, p. 46).

Alrededor de 1953, Skinner Frederic plantea una serie de postulados que buscan darle explicación al surgimiento de la depresión. Sus explicaciones planteadas se enfocan en el sistema de reforzamiento de la conducta, ante lo cual Skinner expone:

Cuando el refuerzo deja de aparecer, el comportamiento sufre «extinción» y aparece escasamente, si es que aparece. Entonces se dice que la persona sufre una pérdida de confianza, de certeza o de sentido de poder: sus sentimientos van desde la falta de interés, pasando por la decepción, el desánimo y el sentido de impotencia, hasta la depresión profunda (Skinner, 1953, p. 57).

Y finalmente, al respecto la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (2005), refiere en cuanto a la depresión *“la presencia de humor deprimido, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño y pensamiento, así como la presencia de movimientos ya sean lentos o agitados”* (párrafo 1).

3.3.1.1 Teoría Cognitiva de Beck.

De acuerdo con Freeman y Oster (citado en Rubio J., 2015), en lo que corresponde a la depresión afirma:

Constituye una problemática común a diversas culturas, siendo esta una respuesta a un estímulo estresor externo o un patrón de respuesta de un individuo al medio. Así mismo, puede presentarse de manera única o como

patrón recurrente de respuesta, pasando por diferentes niveles de gravedad (p. 56).

Por su parte Martín, Javier (2003) con respecto a la depresión, sostienen la siguiente afirmación:

En la Psicoterapia Cognitiva no existe como en otras escuelas un corpus teórico unificado o un autor centralizador, por eso a veces resulta difícil plantear los conceptos centrales sin tomar partido por uno u otro autor. En general existe cierto consenso respecto de los lineamientos básicos, pero pueden encontrarse distintas conceptualizaciones o incluso términos diversos que hacen referencia al mismo proceso (p. 3).

En 2015, Rubio, Jorge, realizó un estudio de tesis en el cual señala *que “Beck y Cols (2010) han desarrollado un modelo cognitivo de la depresión. Este modelo postula tres conceptos explicativos específicos: La tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información”* (Rubio J., 2015, p. 57).

De acuerdo a Beck Aaron, Rush John, Shaw Brian y Emery Gary (1979), autores del libro *Terapia Cognitiva de la Depresión*, la tríada cognitiva:

Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. (...) El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. (...) El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro (p. 20).

Mientras que según Beck (citado en Martín J., 2003), con respecto a los esquemas refiere que estos:

Son patrones cognitivos estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. En otras palabras, los esquemas son construcciones mentales subjetivas, más o menos estables, que actúan como filtros a la hora de percibir el mundo por parte del individuo (p. 4).

Por su parte García-Allen (2016), expresa *que “los esquemas provienen en gran medida de experiencias previas de aprendizaje (en general, tempranas) y pueden permanecer latentes hasta ser activadas por un evento significativo que interactúa con ellos”* (párrafo 14).

En el año 2015, Rubio, Jorge, en la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en una paciente con depresión doble y rasgos obsesivos de personalidad, expresa que en cuanto a los errores del procesamiento de información, el cual es el tercer elemento de la terapia conductual de Beck, este *está “conformado por una serie de “errores sistemáticos” en el procesamiento de la información que hacen que el individuo valide sus creencias y conceptos negativos a pesar de que el ambiente evidencie lo contrario”* (Rubio, J., 2015, p. 59).

3.3.1.2 Tipos de Episodios Depresivos.

Según la Organización Mundial de la Salud, *“dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves”* (OMS, 2020, párrafo 7).

Así mismo, dentro del CIE-10, la Organización Mundial de la Salud (2008), refiere en cuanto a los episodios típicos, ya sean leves, moderados o graves:

El paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la contracción, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser

inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido (p. 317).

3.3.1.2.1 Episodios Depresivos Leves.

Según la OMS (2008), en cuanto a los episodios depresivos leves *“por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso, pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades”* (p. 318).

3.3.1.2.2 Episodios Depresivos Moderados.

De acuerdo a Valle, Heraida (2018), *“este episodio depresivo, se muestra de manera más intensa, ya que normalmente se presentan de cuatro a más síntomas, generando en la persona de que no pueda realizar ningún tipo de actividad”* (p. 36).

3.3.1.2.3 Episodios Depresivos Graves.

En cuanto a este episodio depresivo, Valle (2018), expresa que las personas que padecen de este *“muestran síntomas significativos, llegando a afectar principalmente a la autoestima, manifestándose el sentimiento de culpa, las ideas irracionales de suicidio y otros, obteniendo una puntuación total de ocho síntomas la cual se llega a clasificar este episodio depresivo”* (p. 37).

3.3.1.3 Síntomas de la Depresión.

El Instituto de Comunicación Empresarial (2012), dentro de la depresión, señala los siguientes síntomas:

- En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

- Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o cada una de las actividades.
- Falta de autoestima.
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Alteración del apetito, quitándole o exacerbándolo.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores.
- Fatiga o pérdida de energía casi diariamente.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse (p. 5).

3.3.1.4 Causas de la Depresión.

La OPS y la OMS (2006), refieren que la depresión en cuanto a sus motivos u origen:

No es provocada por un solo factor; lo habitual es que en ella intervengan varios elementos. Aunque la causa exacta de la depresión no está clara, la investigación ha mostrado que en muchos casos puede ir asociada a una carencia o desequilibrio de varios neurotransmisores, incluyendo la serotonina y la noradrenalina. No está claro por qué algunas personas se deprimen y otras no (p. 205).

Asimismo, ambas organizaciones, tanto la OPS como la OMS, refieren que el desarrollo de esta afección no siempre tiene un origen determinado, pues como afirman:

En algunos casos sucede sin razón aparente, y en otros se ve desencadenada por un acontecimiento determinado, por un hecho negativo, o por la suma de una serie de golpes psicológicos o traumáticos para el individuo. Las personas cuyos parientes cercanos han sufrido depresión, son más propensas a tener esta

enfermedad. Por otra parte, la depresión afecta aproximadamente al doble de mujeres que de hombres (OPS y OMS, 2006, p. 205).

3.3.1.5 Depresión en Relación al COVID-19.

En cuanto a depresión, si bien el único estudio en relación a los pacientes recuperados de COVID al que se pudo acceder fue el realizado en Italia, aún existen ciertas investigaciones que relacionan ambas variables, como la realizada por Londoño (2020), en el que apunta que:

Se debe tener en cuenta que la presencia de la ansiedad dentro de los hallazgos podría deberse a una comorbilidad de la depresión, teniendo en cuenta la sobrecarga laboral y factores externos que fortalecen estos síntomas. En relación con los hallazgos encontrados, se entiende que el sistema de salud no cuenta con un mecanismo de afrontamiento que busque priorizar la salud mental (p. 23).

Asimismo, Hernández (2020) reveló a través de un trabajo de investigación que existe *“una alta prevalencia de síntomas de salud mental entre ellos, donde se destaca que 50,4 %, 44,6 %, 34 % y 71,5 % de todos los participantes informaron síntomas de: depresión, ansiedad, insomnio y angustia, respectivamente”* y añadiendo que *“la incertidumbre asociada con esta enfermedad, más el efecto del distanciamiento social, el aislamiento y la cuarentena, pueden agravar la salud mental de la población”* (p. 590).

Incluso, un trabajo de investigación realizado en Bolivia por la Defensoría del Pueblo (2020), señala que, *“los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad”* además de apuntar que, *“la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres”* esto fundamentándose ante los resultados que reflejan que *“entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio”* y señalando que *“los trastornos mentales y neurológicos en los*

adultos mayores, como la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y la depresión, contribuyen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles” (p. 325).

Por su parte Barhum (2019), en relación a las enfermedades y su impacto en la psique de los pacientes, afirma que:

Las enfermedades serias pondrán en evidencia retos y dificultades increíbles y complicarán la capacidad de tomar placer hacia adentro y de perseguir las actividades disfrutadas una vez. Es como cabe esperar que la gente crónico enferma experimenta tristeza y abatimiento. Tan a menudo, los efectos físicos de la enfermedad y/o los efectos secundarios de la medicación pueden accionar sensaciones deprimidas (párrafo 2).

Mientras que, Erreyes (2017) señala que, en cuanto a la relación de la salud física y mental, *“la depresión tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas independientemente de las complicaciones propias de la enfermedad”* (p. 50).

3.3.1.6 Depresión en Relación al Sexo.

En relación a la depresión en cuanto a sexo, Vásquez (2013) indica que *“algunos factores biológicos, fundamentalmente genéticos y hormonales tratan de explicar estas diferencias. Las mujeres están expuestas a mayor cantidad de estresores psicosociales y parecen ser más vulnerables al efecto depresogénico de estos”* (p. 1).

Por su parte Gaviria (2009) toma en cuenta distintos factores que se ven involucrados a lo largo de la vida de las personas en cuanto a sexo y refiere que:

Las experiencias de vida de las mujeres difieren de las de los hombres de muchas maneras, pues abarcan su carencia de poder en las relaciones personales, laborales, económicas, sociales, profesionales y políticas. Ellas son

las que dan a luz a los hijos y quienes los crían, y muchas de ellas realizan tareas dobles o múltiples en el seno del hogar y en el trabajo (p. 321).

3.3.1.7 Depresión en Relación a la Edad.

En cuanto a la relación entre estas dos variables Echeverría (2015) expresa *que “la adolescencia-juventud es una etapa de gran vulnerabilidad en el que la presencia de otros factores de riesgo como conflictos familiares, presión social, acoso (bullying) o discriminación, aumento de consumo de drogas y fracaso escolar se ven acentuados”* (p. 36).

Mientras que, al respecto el Instituto Nacional de Salud Mental (2018) evita expresar afirmaciones expresando que, *“la depresión puede darse a cualquier edad, pero a menudo los síntomas comienzan en la adolescencia o a los 20 o los 30 años”* (párrafo 1).

La idea ya mencionada se ve complementada ante lo que Medline Plus (2018) afirma cuando refiere que *“la depresión puede ocurrir a cualquier edad, pero a menudo comienza en la adolescencia o al comienzo de la adultez”* (párrafo 4).

3.3.2 ANSIEDAD.

En cuanto a esta variable, existen varias definiciones, mismas que contemplaremos a continuación, iniciando con lo que expone Clark y Beck (2012):

La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisio-lógica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (p. 23).

Asimismo, Martínez y López (2011) refieren que este trastorno se caracteriza *“por miedo excesivo y evitación en respuesta a objetos o situaciones específicas que en realidad no representan un peligro real”* (p. 101).

De acuerdo a Miguel-Tobal (1990), la ansiedad viene a ser descrita como una *“respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos*

displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativo” (p. 310).

Esta variable puede ser explicada de forma más amplia y específica por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2008):

Una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión (...). Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes (...) cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual (p. 31).

Existiendo varios estudios y análisis sobre la variable ansiedad, es que entre una de las distintas conceptualizaciones que se le realizan se encuentra la de López (2018), que con respecto al que es la ansiedad, afirma que se trata de:

Una emoción que surge cuando una persona se siente en peligro, sea real o imaginaria la amenaza. Es una respuesta normal o adaptativa, que prepara al cuerpo para reaccionar ante una situación de emergencia. Por lo tanto, tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad (...), una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos, y se acompaña de

un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (párrafo 1).

La ansiedad puede ser leve, moderada o severa, esto dependiendo del desencadenante y de la reacción en relación a la cantidad e intensidad de síntomas experimentados en quien la padece, siendo la leve la menos significativa y la severa siendo su contraparte, mientras que en cuanto a la ansiedad moderada se refiere, Salud Navarra (2018) expresa que *“se centra sólo en las preocupaciones inmediatas. Esto implica una disminución del campo de percepción. La persona bloquea determinadas áreas, pero puede reconducirse si se centra en ello”* (párrafo 2). Mientras que, por su parte, Sánchez (2020) complementa refiriendo que *“una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante”* (párrafo 1).

3.3.2.1 Diferencia entre Ansiedad Normal y Patológica.

La explicación brindada por el Sanatorio Allende (2016), ubicado en Córdoba-Argentina, detalla que *“la ansiedad normal es adaptativa y permite a la persona responder al estímulo de forma adecuada. Se presenta ante estímulos reales o potenciales (no imaginarios o inexistentes). La reacción es proporcional cualitativa y cuantitativamente en tiempo, duración e intensidad”* (párrafo 6).

Y asimismo esta institución, Sanatorio Allende (2016), explica que *“la ansiedad se considera patológica cuando “el estímulo supera la capacidad de adaptación de respuesta del organismo y aparece una respuesta no adaptativa, intensa y desproporcionada, que interfiere con el funcionamiento cotidiano y disminuye el rendimiento”* añadiendo que la misma *“se acompaña de una sensación desagradable y desmotivadora, síntomas físicos y psicológicos, y persiste más allá de los motivos que la han desencadenado”* (párrafo 7).

3.3.2.2 Manifestaciones Sintomatológicas de la Ansiedad.

Los síntomas de la ansiedad pueden clasificarse en los siguientes grupos, tomando en cuenta sus variedades: físicas, psicológicas, de conducta, intelectuales o cognitivas y sociales según Baeza J. y Balaguer (citados por Bolaños M., 2014).

3.3.2.2.1 Manifestaciones Físicas.

De acuerdo a Baeza y Balaguer (citados por Bolaños M., 2014), las manifestaciones físicas son: *“taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad”* y en casos muy extremos se pueden presentar *“alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual”* (p. 9).

3.3.2.2.2 Manifestaciones Psicológicas.

En cuanto a las manifestaciones psicológicas, en la línea de los mismos autores (citados por Bolaños M., 2014), refieren que son diversas y menciona las siguientes:

Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones y en casos más extremos, temor a la muerte, la locura o el suicidio (p. 10).

3.3.2.2.3 Manifestaciones de Conducta.

En su libro Higiene y prevención de la ansiedad, Baeza Carlos y Balaguer Gemma (citados en Bolaños, 2014), señalan que las manifestaciones de conducta consisten en una escala que describen de la siguiente forma:

Escala de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación” (p. 10).

3.3.2.2.4 Manifestaciones Intelectuales o Cognitivas.

Según indican Baeza y Balaguer (citados por Bolaños, 2014), en lo que a cognición corresponde, dentro de las manifestaciones intelectuales o cognitivas se encuentran:

Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, pensamientos distorsionados o inoportunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad (p. 10).

3.3.2.2.5 Manifestaciones Sociales.

Sobre las manifestaciones sociales Baeza y Balaguer (citados por Bolaños, 2014) expresan que, dentro de las mismas, se ubican una variedad de ellos, entre los que señalan:

Irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos (p. 10).

3.3.2.3 Causas de la Ansiedad.

En su libro *Psicología de la anormalidad y vida moderna*, Carson Robert y Butcher James (1992), clasifican la ansiedad en tres diferentes grupos causales: causas biológicas, causas psicosociales y causas socioculturales.

3.3.2.3.1 Causas Biológicas.

Según Carson y Butcher (citados por Bolaños, 2014) hacen mención del importante rol que supone el factor hereditario:

Juega un papel mínimo en el desarrollo de la ansiedad. Algunos estudios han demostrado que existe una tendencia al apareamiento de la ansiedad en grupos

familiares, aunque es difícil determinar el hecho de haber nacido y crecido en un ambiente familiar ansioso y en qué medida depende de la genética (Bolaños M., 2014 p. 10).

3.3.2.3.2 Causas Psicosociales.

De acuerdo a Carson y Butcher (citados en Bolaños, 2014), sobre lo que corresponde a la génesis de la ansiedad, refieren sobre las causas psicosociales lo siguiente:

Estos factores parecen ser muy importantes ya que se relacionan los factores a traumas fisiológicos en la infancia, patrones patológicos en la familia y en la relación padre-hijo, así como las relaciones interpersonales. Se relaciona a un crecimiento personal bloqueado y a un aprendizaje distorsionado (Bolaños M., 2014 p. 11).

3.3.2.3.3 Causas Socioculturales.

En cuanto a las causas socioculturales Carson Robert y Butcher James (citados en Bolaños, 2014), refieren en cuanto a este grupo causal:

No ha sido investigado con profundidad, pero se ha demostrado que existen efectos socioculturales distintos de las personas que manifiestan ansiedad. Una de las diferencias es el tipo de reacción que cada persona posee para afrontar las circunstancias que se le presentan, la otra es que el ambiente social influye en la manifestación de la ansiedad y la forma en que la persona se desarrolla (p. 11).

3.3.2.4 Ansiedad en Relación al COVID-19.

Si bien, escasos son los trabajos de investigación que se enfocan en esta problemática, varias han sido las menciones que se han realizado al respecto, relacionando un cuadro de ansiedad con la enfermedad de COVID-19; tal como la realizada por Carissa Etienne, directora de la Organización Panamericana de la Salud, en uno de los encuentros médicos en 2020, quien expresa:

Muchas personas se ven abrumadas por el miedo a desarrollar una enfermedad grave, mientras que otras están comprensiblemente preocupadas por sus vidas y que las investigaciones iniciales muestran que hasta un tercio de los pacientes que se recuperan pueden sufrir cambios duraderos en su estado de ánimo y padecer ansiedad o depresión (Noticias ONU, 2020, párrafo 7).

Mientras que, en una investigación realizada en Colombia, Monterrosa-Castro (2020), afirma lo siguiente sobre el estrés, la ansiedad y el miedo:

Son emociones o expresiones sintomáticas que son normales en fases iniciales ante estímulos agresores que se pueden moderar con patrones individuales de afrontamiento o somatización, y también se pueden desbordar llevando a la histeria o al pánico. Todo ello hace presencia en condiciones de epidemia. Se pueden explicar la presencia y confluencia de los síntomas de estrés, ansiedad y miedo por las modificaciones que se suceden en los neurotransmisores. Está establecido un vínculo entre la disminución de algunos neurotransmisores y las emociones. La reducción de la serotonina, dopamina, endorfinas, acetilcolina, adrenalina y ácido aminobutírico, se asocian con la ansiedad, obsesión, depresión, dificultad para controlar la ira, tristeza y emociones negativas (p. 209).

En cuanto a las estadísticas obtenidas, Monterrosa-Castro (2020), expresa que, *“70% de los evaluados manifestaron miedo de padecer COVID-19, ser fuente de contagio para sus familias, ser portadores asintomáticos e incluso morir y en la misma proporción se identificaron los síntomas de ansiedad, estrés laboral y las manifestaciones psicosomáticas”* (p. 209).

Monterrosa-Castro (2020) concluye con análisis a las condiciones generadas por las medidas para controlar la pandemia de COVID-19, alegando que:

El distanciamiento social y el confinamiento inadecuadamente exigido, así como el incumplimiento ciudadano y la carencia de medidas de higiene, pueden llegar a ser factores generadores de miedo, ansiedad y estrés con mayor deterioro en la salud mental de la comunidad en general y de los profesionales de la salud (p. 211).

Mientras que en otro estudio realizado por Cardozo (2020), tras la recolección de datos, se detectó a través de los mismos distintas afecciones que corresponden a la salud mental, señalando que:

El 32.8% de los pobladores, han sufrido episodios de ansiedad y depresión debido al confinamiento, teniendo en su estudio, resultados asociados a ideaciones suicidas manifestadas por los mismos participantes [...] y que ante el confinamiento impuesto por las autoridades y ante una amenaza de enfermar, los niveles de estrés ansiedad y depresión aumentan en la población, pero sobre todo lo hacen en aquellos grupos llamados de riesgo (p. 33).

3.3.2.5 Ansiedad en Relación al Sexo.

En lo que respecta al sexo y la ansiedad, Remes (2017) afirma que *“las mujeres perciben, se relacionan e involucran de manera diferente a los hombres. Las mujeres están más expuestas al contexto vivo quizás debido a su mayor asimilación del trabajo a tiempo parcial y deberes domésticos o de crianza de los hijos”* (p. 5).

Mientras que por su parte Martínez (2015) declara que *“aunque es más común entre las mujeres, cada vez hay más hombres con crisis de ansiedad”* (párrafo 1).

Por su parte, Arenas y Puigcerver (2009) señalan que *“ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, la voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica”* (párrafo 2).

Por otro lado, Barchilón (2020) expresa que si bien *“hombres y mujeres pueden verse afectados del mismo modo por problemas de salud mental”* (párrafo 2).

También hace referencia a los roles asignados y actitudes arraigadas y esperadas de las personas en relación a su sexo, señalando que *“la tendencia de los hombres a no pedir ayuda psicológica o no mostrar síntomas de depresión es otro de los motivos por los que hay algunos trastornos mentales que se diagnostican más a un género que a otro”* (párrafo 12).

3.3.2.6 Ansiedad en Relación a la Edad.

En cuanto a estas dos variables, Sánchez (2019) realiza un análisis respecto al impacto psicológico en cuanto a la prevalencia de este trastorno, ansiedad, en relación a las diferentes edades de las mismas, por lo que señala que *“muchos expertos han notado que los jóvenes de hoy día padecen más ansiedad que los de hace años”* (párrafo 7).

Por su parte Espinosa, García y Muela (2018), plantean una idea un poco más general al respecto, manifestando que:

Los trastornos de ansiedad son uno de los problemas más frecuentes entre la población en general y no solo en adultos, sino también entre los niños, adolescentes y jóvenes. De hecho, se considera que la adolescencia es una época de especial vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental (p. 17).

3.3.3 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Para definir en qué consiste el estrés postraumático, primeramente, conceptualizaremos estrés, que según Neidhardt, Weinstein y Conry (citados por Naranjo, 2009), este se refiere a *“un elevado nivel crónico de agitación mental y tensión corporal, superior al que la capacidad de la persona puede aguantar y que le produce angustia, enfermedades, o una mayor capacidad para superar esas situaciones (eustrés)”* (p. 171).

Mientras que, de acuerdo a Naranjo (2009), el estrés *“ha sido un tema de interés y preocupación para diversos científicos de la conducta humana, por cuanto sus efectos inciden tanto en la salud física y mental, como en el rendimiento laboral y académico de la persona”* (p. 171).

Conceptualizando el estrés postraumático Bedregal, Carvallo, Hernández y Prado (2015) lo definen como *“un trastorno psiquiátrico que puede ocurrir después de haber vivido*

o de haber sido testigo o estado expuesto a acontecimientos que amenazan la vida del sujeto” (P. 134).

Por su parte en el libro *Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático*, Córdoba, Galindo, Hernández, Cuauhtémoc y Verduco (2011), conceptualizan esta variable de una forma más amplia y detallada:

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen (p. 9).

Asimismo, el sitio web de MedlinePlus (2020), describe el estrés postraumático de la siguiente forma:

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una afección de salud mental que algunas personas desarrollan tras experimentar o ver algún evento traumático. Este episodio puede poner en peligro la vida, como la guerra, un desastre natural, un accidente automovilístico o una agresión sexual. Pero a veces el evento no es necesariamente peligroso (párrafo 1).

Córdoba (2011) por su parte hace una señalización con respecto a esta variable, estrés postraumático:

Se caracteriza por estar desencadenado por la exposición a una o más experiencias traumáticas y el paciente presentan un deterioro significativo del funcionamiento social, escolar o laboral y personal. El concepto de TEPT ha evolucionado desde la idea de una reacción que sucede universalmente hasta la

visión del trastorno como un tipo específico de respuesta a un evento que ocurre en ciertas circunstancias (p. 9).

En cuanto a estrés postraumático, Whalley y Kaur (2020) afirman que se trata de *“una variedad de síntomas que muchas personas desarrollan después de que su vida ha estado en peligro o cuando ha existido la posibilidad de sufrir lesiones graves”* (p. 4).

Sin embargo, cabe resaltar que, si bien el atravesar por una experiencia traumática es una base para desarrollar trastorno de estrés postraumático, no es suficiente para desencadenarlo por sí solo, pues como Rojas (2016) señala: *“la exposición a un factor estresante traumático es una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de trastorno de estrés postraumático”*, asimismo estos autores expresan que *“estar gravemente enfermo es una experiencia física y emocionalmente abrumadora. Naturalmente, debido a la magnitud de lo que ha pasado, toma tiempo recuperarse”* (p 234).

Es a su vez relevante el menciona que, en cuanto a la relación del estrés postraumático, Ortiz y Escribano (2007) expresan que *“los niños y adolescentes son más vulnerables que los adultos a desarrollar síntomas postraumáticos tras la exposición a un acontecimiento traumático”* (p. 101), mientras que el Instituto Nacional de Salud Mental (2020) refiere que *“cualquier persona puede tener trastorno por estrés postraumático a cualquier edad”* (párrafo 3).

3.3.3.1 Diagnóstico del Estrés Postraumático.

De acuerdo a MedlinePlus (2020) un profesional en el área de salud y que cuente con experiencia en enfermedades mentales y en la ayuda de la misma, es capaz de diagnosticar el trastorno de estrés postraumático, este deberá realizar una prueba direccionada a la salud mental así como también puede realizar uno de tipo físico; de los siguientes síntomas, al menos debe haber la presencia de uno para obtener un diagnóstico de estrés postraumático: al menos un síntoma de reviviscencia, al menos un síntoma de evitación (evasión), al menos dos síntomas de hipervigilancia y reactividad y al menos dos síntomas cognitivos y anímicos.

3.3.3.2 Síntomas del Estrés Postraumático.

A través de su sitio web, Mayo Clinic (2019) señala los síntomas del trastorno de estrés postraumático en relación al tiempo, pues la gravedad de dicha afección dependería de ese factor:

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) pueden comenzar dentro de un mes de un suceso traumático, pero a veces pueden no aparecer hasta años después. Estos síntomas ocasionan considerables problemas en situaciones sociales o laborales y en las relaciones. También pueden interferir con tu capacidad de hacer tus tareas normales de todos los días. (...) Se agrupan en cuatro tipos: recuerdos intrusivos, evasión, cambios en el pensamiento y en los estados de ánimo, y cambios en las reacciones físicas y emocionales. Los síntomas pueden variar con el paso del tiempo o según la persona (párrafo 4).

3.3.3.2.1 Recuerdos Intrusivos o Reviviscencia.

De acuerdo a Mayo Clinic (2020), los síntomas de los recuerdos intrusivos pueden ser:

- Recuerdos recurrentes, involuntarios y angustiantes del hecho traumático.
- Revivir el hecho traumático como si estuviera sucediendo otra vez (reviviscencia).
- Sueños perturbadores o pesadillas acerca del hecho traumático.
- Angustia emocional grave o reacciones físicas a las cosas que te recuerdan el suceso traumático (párrafo 6).

3.3.3.2.2 Evasión o Evitación.

En cuanto a estos síntomas, Mayo Clinic (2020) señala que estos pueden ser:

- Tratar de evitar pensar o hablar acerca del suceso traumático.
- Evitar lugares, actividades o personas que te recuerden el suceso traumático (párrafo 7).

3.3.3.2.3 Cambios Negativos en el Pensamiento y en los Estados de Ánimo.

Según indica Mayo Clinic (2020), los síntomas de los cambios en el pensamiento y en el estado de ánimo pueden ser:

- Pensamientos negativos sobre ti mismo, otras personas, o el mundo en general.
- Desesperanza acerca del futuro.

- Problemas de memoria, incluso no recordar aspectos importantes del suceso traumático.
- Dificultad en mantener relaciones cercanas.
- Sentirte distanciado de tus familiares y de tus amigos.
- Falta de interés en las actividades que antes te gustaban.
- Dificultad para sentir emociones positivas.
- Sentirte emocionalmente insensible (párrafo 8).

3.3.3.2.4 Cambios en Reacciones Físicas y Emocionales.

En su página web, Mayo Clinic (2020) indica que los síntomas de los cambios en las reacciones físicas y emocionales pueden ser:

- Asombrarte o asustarte fácilmente.
- Estar siempre alerta al peligro.
- Conducta autodestructiva, como por ejemplo beber en exceso o conducir demasiado rápido.
- Trastornos del sueño.
- Dificultad en concentrarte.
- Irritabilidad, arrebatos de ira o conducta agresiva.
- Sentimientos abrumadores de culpa o vergüenza (párrafo 9).

3.3.3.3 Tipos de Estrés Postraumático.

Según Crespo (2011), este trastorno puede presentarse en tres tipos distintos, variando según el tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas. Estos tipos son los siguientes:

- **Agudo**, cuando experimenta los síntomas desde hace más de un mes y menos de tres meses desde el acontecimiento.
- **Crónico**, cuando experimenta los síntomas desde hace más de tres meses.
- **Demorado**, cuando experimenta los síntomas desde hace seis meses o más desde el acontecimiento.

Asimismo, se considera ausente cuando en el sujeto existe la ausencia de estrés postraumático.

3.3.3.4 Consecuencias Psicológicas de las Situaciones de Riesgo.

En el estudio de caso único realizado en 2018 por López, Zárate, Garamendi, Cardozo y Viluyo, psicológicas en lo que refiere al estrés postraumático se hace mención sobre las consecuencias, como una ruptura en los patrones normales de conducta, alegando *que “se refiere a un daño psíquico, sufrimiento humano, desequilibrio y evidente crisis que amenaza la integridad el cual producen estrés. Se sugiere un listado de síntomas que se pueden presentar ante la presencia de dichas consecuencias”* (López, Zárate, Garamendi, Cardozo y Viluyo, 2018 p. 18).

Mientras que Kaseda (2020), en relación a los pacientes infectados por COVID-19, señaló que *“el TEPT ocurría con mayor frecuencia en grupos de pacientes que compartían características comunes de ingreso, en concreto: ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), pacientes intubados y ventilados mecánicamente y los que experimentaron delirium”* (párrafo 12).

Sin embargo, es importante mencionar que ciertos elementos que pueden influir a que el impacto sea menor, pues como indica MedlinePlus (2021):

Hay ciertos factores que pueden ayudar a reducir el riesgo de desarrollar TEPT.

Estos se conocen como factores de resiliencia e incluyen: Buscar el apoyo de otras personas como amigos, familiares o un grupo de apoyo, aprender a sentirse bien con su actuar ante el peligro, tener una estrategia de afrontamiento o una forma de superar el episodio traumático y aprender de él y por último actuar y responder eficazmente a pesar de sentir miedo (párrafo 16).

3.3.3.5 Estrés postraumático en Relación al Sexo.

Por lo que corresponde a ambas variables, el Instituto Nacional de Salud Mental (2020), señaló una clara prevalencia entre el sexo femenino y masculino, afirmando que *“las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar estrés postraumático. Las mujeres son dos veces más propensas que los hombres”* (párrafo 15).

3.3.4 BIENESTAR PSICOLÓGICO.

Ryff y Keyes (1995) describen el bienestar psicológico como un *“estado mental y emocional que establece la actividad psíquico efectivo del individuo según su modelo individual y la forma de adaptarse a requerimientos internas y externas del área físico y social”* (p. 57).

Por su parte, para Castro (citados por Valle M., 2015), el bienestar psicológico se entiende como un *“conjunto de características, tanto internas como externas, en donde, los afectos son catalogados bajo el criterio de cada sujeto como positivos o negativos; viéndose influenciado fuertemente por el entorno que le rodea”* (p. 11).

En cuanto a esta variable, García y Gonzales (2000) refieren que el bienestar psicológico como tal, se trata de un *“constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social”* (párrafo 12).

Mientras que Ryff y Singer (citados en Papalia, Wendkos & Duskin, 2005), afirman que la salud mental positiva involucra un sentido de bienestar psicológico que va de la mano con un sentido saludable del yo, Rice (1997) señala una valoración más extensa en la que afirma que el bienestar psicológico se produce en relación con un juicio cognitivo acerca de los logros, pero a su vez influye en la conducta dirigida al logro de metas y propósitos. La persona con altos niveles de bienestar suele trazarse metas alcanzables de lo cual deriva a la vez, satisfacción y bienestar. La persona con altos niveles de bienestar suele trazarse metas alcanzables de lo cual deriva a la vez, satisfacción y bienestar. El bienestar psicológico suele ser la resultante de afrontar adecuadamente las situaciones de estrés de la vida cotidiana, pero a la vez una persona con alto nivel de bienestar está mejor preparada y, de hecho, afronta mejor las demandas y desafíos del ambiente.

Victoria (2005) sostiene que la calidad de vida (objetiva y subjetiva) y salud tienen una doble relación: la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y a la vez, un resultado de ella. Cuando un individuo se siente mal (aunque no se le encuentre una enfermedad definida, diagnosticable desde el punto de vista clínico) “se siente enfermo”, infeliz, y eso puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Sin embargo, la salud no es sólo un componente importante de la calidad de vida, sino también un resultado.

3.3.4.1 Teorías y Conceptualización de Bienestar Psicológico.

La concepción eudaimónica establece que el bienestar se encuentra en la realización de actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno, con el que las personas se sienten vivas y auténticas (Waterman, 1993).

Ryff (1995), una de las autoras más importantes dentro de la perspectiva eudaimónica, ha argumentado que las medidas del bienestar han adolecido históricamente de una escasa base teórica y han olvidado importantes aspectos del funcionamiento positivo. Proponiendo el término de bienestar psicológico para distinguir su concepción del bienestar subjetivo más propio de la concepción hedonista, ha intentado superar esas limitaciones definiendo el bienestar como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo.

De esta forma, la felicidad o bienestar psicológico no sería el principal motivo de una persona sino más bien el resultado de una vida bien vivida (Ryff & Keyes, 1995).

La propuesta de Ryff (1995) consiste en un modelo multidimensional de bienestar psicológico, ligado a un cuestionario para medirlo que presenta seis aspectos diferentes de un bienestar óptimo a nivel psicológico. Cada dimensión de bienestar psicológico supone un reto diferente que encuentran las personas en su esfuerzo por funcionar positivamente. De esta forma, las personas que presentan bienestar eudaimónico:

- **Autoaceptación:** Se sienten bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.
- **Relaciones positivas con los otros:** Han desarrollado y mantenido relaciones cálidas con los demás.
- **Control ambiental:** Dan forma a su medio para así satisfacer sus necesidades y deseos
- **Autonomía:** Han desarrollado un marcado sentido de individualidad y de libertad personal.
- **Propósito en la vida:** Han encontrado un propósito que unifica sus esfuerzos y retos.
- **Crecimiento personal:** Mantienen una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de sus capacidades (p. 67).

De modo semejante, la teoría de la autodeterminación (Ryan & Deci, 2000) también liga la idea de eudaimonia a la de autorrealización, como un aspecto central en la definición del bienestar. Esta teoría se basa en una de las premisas básicas del humanismo, que sostiene que el bienestar es fundamentalmente consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo.

La teoría de la autodeterminación afirma que el funcionamiento psicológico sano implica una adecuada satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia y vinculación), y además un sistema de metas congruente y coherente.

El primer elemento, la satisfacción de las necesidades básicas, consiste en mantener un equilibrio vital que permita una mínima satisfacción en cada una de las áreas de forma independiente. En cuanto al segundo componente, el modelo plantea que para desarrollar un bienestar eudaimónico cada persona debe establecer sus metas personales preferiblemente con arreglo a ciertos criterios. Por ejemplo, dichas metas deben ser mejor intrínsecas que extrínsecas; deben ser coherentes entre sí; y, por último, coherentes con los propios valores e intereses, así como con las necesidades psicológicas básicas (Vázquez & Hervás, 2008).

Como podemos observar, las necesidades psicológicas básicas propuestas por esta teoría coinciden casi exactamente con tres de las dimensiones del modelo de Ryff (autonomía, control ambiental y relaciones positivas con los otros) aunque a nivel conceptual existen diferencias entre los dos modelos (Lent, 2003).

Además, según la teoría de la autodeterminación, la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas fomenta el bienestar subjetivo además del bienestar eudaimónico (Ryan & Deci, 2001).

El bienestar ha sido tema de interés de diversas disciplinas y campos de la psicología y se ha relacionado con felicidad, calidad de vida y salud mental, así como con distintas variables personales y contextuales asociadas. En la psicología, la mayor parte de las influencias en la definición del concepto provienen de modelos de desarrollo y de ciclo vital, así como de modelos motivacionales y de la psicología positiva, como se observan las construcciones teóricas de, Ryff y Keyes (1995).

Martin y Boeck (citados por Vázquez, 2009) refieren que el bienestar psicológico puede ser definido si se toma en consideración la inteligencia emocional, pues la primera es inexistente si la segunda está desequilibrada. Al estudiar la inteligencia emocional es posible definirla en base a la comprensión de las emociones, saber dirigir las emociones, manejar el potencial existente, ponerse en el lugar del otro, promover relaciones sociales. Es importante ver al individuo de manera integral y considerando la etapa de desarrollo en la que se encuentra, las actividades que realiza y los roles que tiene.

Al tomar dichos factores en consideración, es importante mencionar las distintas etapas de desarrollo que equivalen a retos particulares y que, para sobrellevarlos, el ser humano debe contar con condiciones y características mínimas (Ryff & Singer, 2001).

En el modelo de Ryff las dimensiones planteadas son consideradas como índices de bienestar propiamente dicho más que predictores del bienestar. Por otra parte, la misma Ryff también construyó un cuestionario para evaluar las seis dimensiones del bienestar, el cual ha sido recientemente adaptado al castellano (Vázquez, 2009).

3.3.4.2 Dimensiones del Bienestar Psicológico.

Ryff (citada por Pinto, 2017) ha desarrollado un cuestionario para medir el bienestar psicológico de las personas, y ha extraído seis criterios que son esenciales para alcanzar la autorealización y el potencial propio de las personas. Los estudios que realizó esta psicóloga, usando el cuestionario de bienestar emocional, muestran que el bienestar psicológico está relacionado con la edad, género, estatus socioeconómico y etnia, por lo cual desglosó el bienestar psicológico en seis dimensiones de funcionalidad de cada ser humano, las cuales se describen a continuación:

- **Autoaceptación:** Se relaciona con el hecho que las personas se sientan bien consigo mismas siendo conscientes de sus limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo.
- **Relaciones positivas con otros:** Se requiere mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. La capacidad para amar y una afectividad madura es un componente fundamental del bienestar y de la salud mental.
- **Autonomía:** Capacidad de la persona de sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales. Se espera que personas con altos niveles de autonomía puedan resistir mejor la presión social y autorregular mejor su comportamiento.
- **Dominio del entorno:** Habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para sí mismos. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.
- **Propósito en la vida:** Se requiere que la persona tenga metas claras y sea capaz de definir sus objetivos vitales. Un alto puntaje en esta sub-escala indicaría que se tiene claridad respecto a lo que se quiere en la vida.

- **Crecimiento Personal:** Capacidad del individuo para generar las condiciones para desarrollar sus potencialidades y seguir creciendo como persona. (Pinto, 2017, p. 29)

En tanto que, un bienestar psicológico alto en cuanto a estas dimensiones, establece que a este nivel se encuentra en el sujeto un equilibrio adecuado de la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de sentirse satisfecho. Asimismo, se sostiene que el estado de bienestar experimentado por los individuos depende tanto de las condiciones sociales y personales, y de la forma como los individuos se enfrentan a ellas (Scolini y Goris, 2011).

3.3.4.3 Bienestar Psicológico en Relación al Sexo.

En cuanto a bienestar psicológico y sexo se refiere, Zubieta, Muratori & Mele (2012) sostienen la existencia de una tendencia de las mujeres de orientarse hacia valores más expresivos, sociales y comunales, en tanto que los hombres enfatizan como fuente de su bienestar la auto-aceptación y la autonomía.

Asimismo, de acuerdo con Zubieta, Fernández y Sosa (2012) las mujeres experimentan una mayor capacidad para elegir entornos favorables y para controlar o influir en su contexto, así como una mayor direccionalidad y metas vitales que los hombres.

Delfino y Zubieta (2011) las diferencias entre el bienestar psicológico que presentan hombres y mujeres, podrían estar relacionadas con diferentes orientaciones axiológicas de hombres y mujeres, estando éstas más orientadas hacia la autotrascendencia, la importancia del bienestar y armonía de (y con) los demás, mientras que los hombres se orientarían más hacia la autopromoción, la búsqueda de objetivos y metas individuales y el poder sobre personas y recursos.

3.3.4.4 Bienestar Psicológico en Relación a la Edad.

En cuanto a la edad en relación al bienestar psicológico que presentan las personas, Wilson refiere que *“a pesar de los cambios surgidos en el proceso de envejecimiento a nivel físico, cognitivo, emocional y social, se observa que la ligera disminución en el grado de bienestar observado, no está relacionada con la edad sino con otros factores”* (p. 26) e igualmente expresa que las emociones positivas aumentan con la edad mientras que por otro lado las emociones negativas pueden surgir en base a los estereotipos y prejuicios que se asumen en una persona mayor, influyendo negativamente a su percepción (Mesa, 2019).

Por su parte, Zubieta, Mele y Casullo (2006) indican que es posible que haya dimensiones que experimentan un desarrollo *in crescendo* desde la juventud a la adultez y que, a partir de ésta, declinan a medida que avanza la edad, como indica la literatura precedente.

Triadó (2005) por su parte señala que la capacidad de adaptación implica que no existe una trayectoria de desarrollo fijada de antemano, sino que cada persona dispone de un cierto rango de maniobra, un potencial de flexibilidad que le permite modificar sus trayectorias de desarrollo y las elecciones que toma para ello.

3.4. RESPUESTA.

Para definir qué son los cambios de respuesta. Por lo que, primeramente, partiremos por conceptualizar qué es el cambio para después proseguir con la definición de las respuestas.

Entonces, en lo que corresponde a cambio, el Equipo Editorial Etecé (2020) en relación a la psicología, explica que en ese caso se entiende el cambio como *“una dinámica propia de los individuos, fruto de complejos procesos de autorrealización, de trauma, o de mutación y resistencia a la misma. Esto es, el cambio es comprendido psicológicamente como un proceso adaptativo de la mente humana”* (párrafo 25).

Mientras que en cuanto a la variable respuesta, de acuerdo a Pérez y Gardey (2010), *“la respuesta es la reacción de un organismo frente a un estímulo. Dicha respuesta puede expresarse a partir de cambios mecánicos, físicos, químicos o de otra naturaleza”* (párrafo 5). Asimismo, añade que como respuesta se conoce a *“las acciones que se llevan a cabo para paliar los efectos de un evento adverso. El objetivo de la respuesta es reducir las pérdidas humanas y materiales”* (párrafo 6).

En lo que requiere este estudio, se dividen a estas respuestas en dos tipos: emocionales y físicas; mismas que se describirán a continuación.

Por lo que se puede conceptualizar al cambio de respuesta como la transición de una reacción frente a un estímulo, la cual es diferente a una inicial, a partir de estímulos intrínsecos o extrínsecos.

3.3.5.1 Respuestas Emocionales.

Según Bertomeu (2019), las respuestas emocionales *“son respuestas aprendidas ante ciertos estímulos o situaciones. Es el resultado de todas las fases vistas anteriormente. Estos*

patrones son hábitos de respuesta, cuya finalidad es asegurar nuestro bienestar, bien sea ahorrando recursos cognitivos o evitando riesgos” (párrafo 18).

3.3.5.2 Respuestas Físicas.

Según el psicólogo Madaria (2018), las respuestas del organismo ante la actividad física son: *“los cambios que se producen para poder desarrollar un trabajo físico, que desde una perspectiva evolutiva se traducen en supervivencia (huida y caza) y desde el punto de vista lúdico y social” (párrafo 1).*

3.3.5.3 Respuestas en Relación a Enfermedades.

Las respuestas de las personas en relación a su estado de salud, es bastante compleja, en lo que Medina (2020), afirma que *“las condiciones propias de la enfermedad han hecho que los pacientes desarrollen insomnio, lo que puede empeorar su estado de salud y alterar su sistema inmunológico” (p. 755),* mientras que por su parte en cuanto al aislamiento experimentado Ceberio (2021) por los pacientes ante las enfermedades, expresando que *“también el aislamiento ha causado numerosas reacciones conductuales y emocionales” (párrafo 33)* y en cuanto a los cambios en hábitos alimenticios ante una enfermedad experimentada, Sissons (2021) refiere que *“algunas personas también pueden perder el apetito como síntoma de una enfermedad prolongada, como en las últimas etapas de una afección grave” (párrafo 5).*

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo de investigación, pertenece al área de la **psicología clínica**, puesto que dentro de este se plantea el estudio personal de un grupo particular de individuos, mismo que posibilita una intervención y tratamiento. De forma específica, a través de este estudio, se realizará el diagnóstico de la depresión, ansiedad y estrés postraumático de los pacientes recuperados de COVID-19, con el objetivo de analizar las consecuencias psicológicas de esta enfermedad en los sujetos mencionados anteriormente y el impacto real de dicho efecto, siendo la principal unidad de abordaje, el individuo.

“La Psicología Clínica es un campo de especialización de la Psicología que aplica los conocimientos y técnicas de ésta al estudio del comportamiento anómalo, aquél que supone algún trastorno para la propia persona y/o para otros” (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003 p. 3).

Desde otro punto de vista, la presente investigación es un estudio **exploratorio** porque sobre el tema hay muy pocas investigaciones dentro del medio local que abordaron las características psicológicas de los pacientes recuperados de COVID-19, esto en vista de la reciente aparición de dicha enfermedad a nivel mundial. Es decir, a través de esta investigación se pretende examinar un tema que no ha sido abordado desde la perspectiva científica planteada y obtener un primer acercamiento con respecto al problema y aumentar el grado de familiaridad con este, de modo que la información que se obtuvo posibilite la realización de investigaciones más completas, así como la creación de programas de intervención y tratamiento profesional.

En relación a los estudios exploratorios Hernández (citado en Zafra, 2006) refiere que *“se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes”* (p. 13).

Asimismo, es importante mencionar que el estudio también es de tipo **descriptivo**, ya que por medio de este se pretende describir el problema planteado y asimismo los niveles de las variables seleccionadas; depresión, ansiedad y estrés postraumático, sin adentrarse en consideraciones causales y logrando la caracterización global del tema de estudio a través de la valoración cuantitativa y cualitativa.

En relación a los estudios descriptivos; Hernández, Fernández & Baptista (2014) refieren sobre estos que *“con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades,*

las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p. 92).

Considerando el enfoque de este estudio, el mismo es a su vez de tipo **teórico**, pues mediante este se generará información como los niveles de depresión, ansiedad y estrés postraumático en pacientes recuperados de COVID-19, cuyos resultados pueden ser de utilidad a entidades médicas mas cabe mencionar que el presente estudio no pretende aplicar los resultados ni resolver directamente la problemática.

En relación a los estudios teóricos; Arias (2019) refiere que *“que utiliza el pensamiento u operaciones mentales: imaginación, intuición, abstracción y deducción para crear modelos, explicaciones o teorías acerca de fenómenos no observables”* (párrafo 7).

En relación a los instrumentos que se emplearon y por el proceso de tabulación, el trabajo de investigación presentado es de tipo **cuantitativo** debido a que todos los instrumentos seleccionados son de naturaleza numérica y el procedimiento de tabulación sigue la lógica estadística, misma que se empleará en los resultados e interpretaciones para la aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas.

En relación a los estudios cuantitativos; Hernández, Fernández & Baptista (2014) refiere que *“utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías”* (p. 4).

Sin embargo, la presente investigación también resulta de tipo **cualitativo**, en base la interpretación de los datos obtenidos posterior al procesamiento de dicha información para poder entender mejor el tema de enfoque en esta investigación y de esa forma poder complementar a la aceptación o descarte de las hipótesis planteadas.

En relación a los estudios cualitativos Canive (2017) refiere que estos se distinguen por *“la recogida de información basada en la observación de comportamientos naturales, discursos, respuestas abiertas para la posterior interpretación de significados”* (párrafo 6).

Este estudio también es de tipo **transversal**, puesto que el mismo no pretende la realización de un seguimiento exhaustivo al grupo de estudio, buscando obtener información sobre la prevalencia de las variables seleccionadas en un solo momento temporal de manera estadística y demográfica, para determinar la magnitud de dichas características en un

momento dado, es decir se busca conocer acerca de la afección que presentan ciertas personas en un momento específico.

En relación a los estudios de tipo transversal; Hernández, Fernández & Baptista (2014) refiere que *“su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”* (p. 114).

4.2 POBLACIÓN.

La población estuvo constituida por todos los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija, que según la información brindada por el Dr. Wilson Muriel, Coordinador de Red de Servicios de Salud Tarija, el número de pacientes recuperados de COVID-19 entre los 20 a 35 años de edad de la ciudad de Tarija, entre enero a mayo del presente año 2021, fue de 1343 individuos.

Es preciso especificar que, por pacientes recuperados, se hace referencia a todo sujeto que haya portado el virus de COVID-19 y habiendo sido hospitalizados o no, que haya presentado síntomas del mismo; y que posterior a seguir un tratamiento y aislamiento, dicho virus haya abandonado su sistema. Cabe mencionar que dentro de la población han sido considerados personas de ambos sexos que están entre los 20 a 35 años de edad y sin discriminar entre su estado civil.

4.3. MUESTRA.

El presente trabajo de investigación estuvo compuesto por una muestra total de 50 sujetos, mismos que fueron seleccionados en base a los siguientes criterios:

- a) Pacientes recuperados de COVID-19 que hayan atravesado un tratamiento con control médico.
- b) Contar con el deseo voluntario de participar en la investigación.
- c) Haber lidiado con un tratamiento médico por un tiempo igual o mayor a las dos semanas.
- d) Haber contraído el virus de COVID-19 y haberse recuperado del mismo entre los meses de enero a mayo.

La muestra según Hernández (2013), es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión (p. 173).

Para el presente estudio se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, considerando que para esta investigación se dispuso trabajar con una muestra pequeña en vista del medio para la aplicación de los diferentes instrumentos seleccionados para esta investigación; asimismo como el muestreo de bola de nieve, ante el difícil acceso a individuos que cumplan con las características necesarias para la presente investigación.

4.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Tanto los métodos como las técnicas e instrumentos son procedimientos a través de los cuales se procesa e interpreta datos, pueden ser generales o específicos.

4.4.1 MÉTODOS

Los métodos “son los distintos modelos de procedimientos que se pueden emplear en una investigación específica, atendiendo a las necesidades de la misma, o sea, a la naturaleza del fenómeno que deseamos investigar” (Raffino M., 2019: S/P).

Estos métodos se dividen en dos tipos, aquellos en base a los cual se estructura todo el proyecto y aquellos referidos a la recolección de datos.

4.4.1.1 Métodos de la Estructura Lógica del Proyecto y el Procedimiento de Interpretación de los Datos.

Los métodos de la estructura lógica del proyecto adoptados son: analítico, sintético y deductivo.

4.4.1.1.1 Método Analítico.

Este método corresponde a la elaboración y revisión del marco teórico, pues en ese se distinguen los elementos de diferentes afecciones y se revisó ordenadamente cada uno de ellos de forma separada, esto con objetivo de conocer a mayor profundidad la problemática a abordar.

El método analítico es aquel método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. El análisis es la observación y examen de un hecho en

particular. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia. Este método nos permite conocer más del objeto de estudio, con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías (Ruiz R., 2007).

4.4.1.1.2 Método Sintético.

Este método corresponde a las conclusiones a obtenerse en relación a las variables seleccionadas, refiriéndose en este caso al nivel de depresión, ansiedad y estrés postraumático que presenten los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija, asimismo esta posibilitará establecer hipótesis de estudio, una vez realizado el análisis de las variables correspondientes.

El método sintético es un proceso de razonamiento que tiende a reconstruir un todo, a partir de los elementos distinguidos por el análisis; se trata en consecuencia de hacer una explosión metódica y breve, en resumen. En otras palabras, debemos decir que la síntesis es un procedimiento mental que tiene como meta la comprensión cabal de la esencia de lo que ya conocemos en todas sus partes y particularidades (Ruiz, 2007).

4.4.1.1.3 Método Deductivo.

Este método será utilizado en la aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas en el presente estudio, pues este permitirá la extracción de conclusiones lógicas partiendo de casos particulares, cuyas interpretaciones podrán direccionarse hacia una generalización de resultados, es decir partir de lo particular para llegar a lo general.

El método deductivo es un método científico que considera que la conclusión se halla implícita dentro las premisas. Esto quiere decir que las conclusiones son una consecuencia necesaria de las premisas: cuando las premisas resultan verdaderas y el razonamiento deductivo tiene validez, no hay forma de que la conclusión no sea verdadera (Pérez & Merino, 2008).

4.4.1.1.3 Método Estadístico.

Este método fue utilizado para realizar la organización y análisis de los datos que se obtendrán a partir de la aplicación del instrumento, los resultados serán tabulados y organizados, ayudando así a responder a todos los objetivos previamente planteados.

El método estadístico consiste en una secuencia de procedimientos para el manejo de los datos cualitativos y cuantitativos de la investigación. En este artículo se explican las siguientes etapas del método estadístico: recolección, recuento, presentación, síntesis y análisis (Pérez & Merino, 2008).

4.4.1.1.4 Método Teórico.

Este método fue utilizado para permitir revelar las relaciones esenciales del objeto de investigación no observables directamente, cumpliendo así una función gnoseológica importante al posibilitar la interpretación conceptual de los datos empíricos encontrados, la construcción y desarrollo de teorías.

Permiten descubrir en el objeto de investigación las relaciones esenciales y las cualidades fundamentales, no detectables de manera sensoperceptual. Por ello se apoya básicamente en los procesos de abstracción, análisis, síntesis, inducción y deducción (Pérez & Merino, 2008).

4.4.1.1.5 Método Empírico.

Este método corresponde a la obtención y medición de datos para posibilitar, de esta forma, el conocer la realidad que se desea estudiar.

Es un modelo de investigación científica basado en la experiencia, que permite al investigador descubrir características y relaciones del fenómeno estudiado. Aplica la lógica empírica, que establece relaciones entre objetos y fenómenos a través de la observación (Significados.com, 2021).

4.4.1.2 Métodos Según el Procedimiento de Recolección de Datos.

Los métodos según el procedimiento de recolección de datos seleccionados para este estudio para obtener información para cumplir los objetivos de la misma son: métodos empíricos y test psicológicos estandarizados.

4.4.1.2.1 Test Psicológicos.

Estos se utilizaron para cumplir los tres objetivos planteados, contando con una buena confiabilidad y validez dentro del contexto científico; siendo los test psicológicos

seleccionados los siguientes: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP).

“Los test psicológicos son instrumentos estandarizados utilizados para medir de forma rápida una o más características que forman parte de la psique humana como personalidad, inteligencia, atención” (Heredia, 2018, párrafo 1).

4.4.2 TÉCNICAS.

Las técnicas de investigación *“son el conjunto de herramientas, procedimientos e instrumentos utilizados para obtener información y conocimiento. Se utilizan de acuerdo a los protocolos establecidos en cada metodología determinada”* (Raffino, 2019, párrafo 2).

Las técnicas de investigación empleadas en la presente investigación son los test psicométricos.

4.4.2.1 Test Psicométricos.

Todos los test estandarizados a utilizarse dentro del presente estudio son de naturaleza psicométrica, mismos que emplean escalas estructuradas que serán procesadas e interpretadas bajo parámetros numéricos. Pertenecen a esta técnica: el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP).

Un test o prueba psicométrica es aquella que *“apunta a evaluar la psiquis de un individuo y a plasmar esos resultados mediante valores numéricos. Los tests psicométricos deben ser elaborados e interpretados bajo ciertos parámetros para que sus conclusiones sean acertadas”* (Pérez & Gardey, 2013, párrafo 2).

4.5 INSTRUMENTOS.

Los distintos instrumentos que se emplearon para la respectiva recolección de información sobre cada una de las variables en relación a la población seleccionada para el presente proyecto de investigación, son presentados a través de la siguiente tabla, en función a los métodos y técnicas a los cuales corresponden cada uno de ellos.

4.5.1 Cuadro de Resumen de los Métodos, Técnicas e Instrumentos.

Métodos	Técnicas	Instrumentos
Test psicológicos	Test psicométricos	Inventario de Depresión de Beck. Inventario de Ansiedad de Beck. Evaluación Global del Estrés Postraumático. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Guía de Cuestionario Cerrado.

A continuación, se describirá la ficha técnica de cada uno de los instrumentos seleccionados para el presente estudio.

4.5.1.1 Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).

Autores: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Objetivo: Consiste en un instrumento que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más.

Técnica: test psicométrico (inventario).

Historia de Creación y Baremación. El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Fue desarrollado por Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown a partir de 1961 y cuenta con dos versiones posteriores a la primera. El BDI original se basó en los enunciados descriptivos típicos de aquellos síntomas que habían sido reportados con frecuencia por pacientes psiquiátricos con depresión. Las observaciones clínicas y las descripciones de los pacientes fueron consolidados en 21 ítems, que incluyen síntomas y actitudes representativos y fueron organizados según la severidad del contenido de los enunciados alternativos.

Más tarde, a principios de 1971, Beck y sus colaboradores en el Centro de Filadelfia para Terapia Cognitiva de la Universidad de Pensilvania, comenzaron a utilizar una versión

modificada del BDI que elimina las palabras y frases alternativas, para los mismos síntomas y evitar la doble negación mas pese a la existencia de esta versión, al parecer muchos investigadores la desconocían puesto que seguían empleando la primera.

Más tarde, en 1994, Beck y sus colaboradores comenzaron el trabajo piloto para lo que sería el BDI-II. Los ítems específicos que se referirían a los criterios de depresión del DSM-IV y que no habían sido incluidos en las versiones anteriores, realizaron una serie de análisis factoriales y de análisis de ítems con las respuestas 193 pacientes psiquiátricos externos diagnosticados con varios trastornos psiquiátricos. Solo tres ítems del BDI-IA no fueron reformulados en la nueva versión, siendo estos castigo, ideas suicidas y pérdida de libido. La información inicial sobre las características psicométricas del BDI-II ha sido recolectada de 500 pacientes psiquiátricos externos y ha sido diseñada sobre la base de los datos y la experiencia clínica acumulados durante más de 35 años con el BDI y el BDI-IA.

Confiabilidad y Validez. La confiabilidad hace referencia a la consistencia, es decir que los resultados que se obtengan con más de una aplicación por individuo deben ser similares entre sí. Los coeficientes arrojados por parte de los diferentes ítems del BDI-II refleja un coeficiente de 0,93, es decir que la consistencia de las respuestas obtenidas por medio de los ítems de este instrumento es elevada

En cuanto a la validez, que indica el grado en que una prueba mide los significados que esta da, es decir, si mide realmente lo que, valga la redundancia, esta pretende medir. Para asegurar la validez en relación al BDI-II, este instrumento fue desarrollado especialmente para evaluar los síntomas de depresión según los criterios del DSM-IV y por ello se reformularon y se agregaron nuevos ítems para evaluar de manera más completa dichos criterios, el BDI-II es el único que cubre todos los síntomas del episodio depresivo mayor y la distimia según el DSM-IV. Además, el BDI-II muestra índices de consistencia interna y validez factorial superiores a los del BDI-I y BDI-IA; muestra buenos índices de fiabilidad y validez en muestras clínicas y no clínicas.

Procedimiento de Aplicación y Calificación. La administración de este instrumento puede ser realizada de forma individual o colectiva, el tiempo de aplicación oscila por término medio entre los cinco a diez minutos para realizar la prueba, sin tener un tiempo límite tomando en cuenta su posible aplicación en personas con trastornos graves como el obsesivo compulsivo o una depresión mayor por lo cual requieran de un rango de tiempo mayor al

mencionado. Este test está diseñado para ser aplicado en personas a partir de los 13 años de edad y puede ser administrado por una persona experimentada de forma escrita u oral, así como también puede ser autoadministrado con las instrucciones adecuadas. Para su calificación se realiza una sumatoria de todas las respuestas seleccionadas por el sujeto a quien se le aplicó.

Área cognitiva	Tristeza Pesimismo Pensamientos o deseos suicidas Desvalorización
Área física/conductual	Agitación Pérdida de interés Pérdida de energía Cambios en los hábitos de sueño Irritabilidad Cambios en el apetito Dificultad de concentración Cansancio o fatiga Pérdida de interés en el sexo
Área afectiva/emocional	Indecisión Autocrítica Sentimientos de culpa Fracaso Disconformidad con uno mismo Sentimientos de castigo Pérdida de placer Llanto

Descripción de los Materiales. El inventario de depresión de Beck consta de 21 preguntas con 4 tipos de respuesta que examina cuatro dimensiones que serán descritas en la siguiente tabla.

Escala. Cada uno de los ítems descritos en la anterior tabla en relación al área que evalúa, se califican según una escala de cuatro puntos, de cero a tres. Si un examinado hizo elecciones múltiples para cada ítem, se utiliza la alternativa con el valor más alto. La puntuación total máxima es de 63. Para determinar el grado de severidad de depresión de un individuo, se realiza una sumatoria de todas las respuestas registradas por este y en base al resultado se lo podrá ubicar en un grado mínimo que oscila entre los cero a 13 puntos; leve que va de 14 a 19; moderado ubicado entre los 20 a 28 y severo, identificado entre una puntuación de 29 a 63 puntos. Posterior a ello se interpretan los resultados en base a los síntomas descritos (Beck, Steer & Brown, 2009).

Puntaje	Interpretación
0 – 13	Depresión mínima
14 – 19	Depresión leve
20 – 28	Depresión moderada
29 – 63	Depresión severa

4.5.1.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Autor: Aaron T. Beck. y Robert Steer.

Objetivo: trata de un instrumento capaz de valorar la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad.

Técnica: test psicométrico (inventario).

Historia de Creación y Baremación. En sus 25 años de existencia, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) se ha convertido en el cuestionario autoaplicado para evaluar la gravedad de la ansiedad, más utilizado en los países con mayor producción científica en psicología. El Inventario (BAI) fue creado por Aaron T. Beck en la década de los 80, y se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión. Este inventario fue diseñado con un doble objetivo, el primero referido a tener una medida fiable y válida de ansiedad específicamente diseñada para su uso con poblaciones psiquiátricas y el segundo en referencia a cubrir la necesidad de un instrumento que discriminará de forma fiable la ansiedad de la depresión. El primer análisis factorial principal (Beck et al., 1988) se realizó con una muestra de 160 pacientes ambulatorios psiquiátricos. Reveló dos factores: somático, que incluía el 12 elemento que describen síntomas fisiológicos, como "entumecimiento u hormigueo" "sentirse mareado o aturdido" "y otros; y ansiedad subjetiva y pánico, que incluía los nueve elementos restantes del BAI, como "miedo a lo peor" y "incapaz de relajarse". Sin embargo, las cargas de factores para algunos de los ítems eran bastante bajas.

También se realizó un análisis factorial exploratorio como parte de la prueba de las propiedades psicométricas del BAI en 1990, utilizando una muestra de 393 adultos ambulatorios. Surgió una estructura de cuatro factores, correspondiente a los componentes

neurofisiológicos, subjetivos, autónomos y de pánico de la ansiedad, y la media. Se calcularon las puntuaciones de los factores para los siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de pánico con y sin agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), fobia simple y otros. En otro estudio de las propiedades de BAI, realizado en 1991, utilizando una muestra de 367 pacientes ambulatorios adultos con ansiedad, Beck y Steer encontraron que los elementos BAI cargaban en cuatro factores, que fueron conceptualizados como representativos de subjetivos, síntomas neurofisiológicos, autónomos y de pánico de ansiedad. En general, los cuatro factores explicaron aproximadamente el 59% de la varianza total. Además, las puntuaciones de la sub escala neurofisiológica, subjetiva y de pánico fueron significativamente más altas. De los 86 ítems iniciales, 20 fueron eliminados porque eran, ya sea, idéntico o muy similar a otro ítem. Análisis sucesivos de factores principales en la primera submuestra consistida en 810 personas, condujo a la eliminación de 19 ítems adicionales. Los 47 ítems que quedaron en este punto fueron sometidos a una serie de análisis de validez (incluyendo correlaciones con medidas de criterio y comparaciones de puntuaciones medias entre diagnósticos y otros grupos de criterios) sobre la base de los cuales se construyó la escala. La escala provisional de 37 ítems se aplicó a una nueva muestra de 116 pacientes. Una mayor validez de los ítems y los análisis de confiabilidad, arrojaron la escala final.

La escala final consta de 21 ítems, cada uno de los cuales describe un síntoma común de ansiedad. Se pide al encuestado que califique cómo de mucho le ha molestado cada síntoma durante las semanas pasadas en una escala de cuatro puntos que va de cero (nada) a tres (severamente, apenas pude soportarlo). Los elementos se suman a obtener una puntuación total que puede oscilar entre cero y 63 (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988).

Confiabilidad y Validez. La confiabilidad con la que cuenta el Inventario de Ansiedad de Beck es bastante elevada, reflejándose a través de un coeficiente que oscila de 0,75 a 0,94; es decir que este instrumento prueba que, si emplea para realizar un retest, sus resultados seguirán siendo similares a los primero.

Mientras que, respecto a la validez del mismo, los ítems se crearon con cuidado para asegurarse de que recogían la mayor parte de los síntomas de ansiedad. En conjunto, se proporcionan garantías suficientes sobre el contenido del cuestionario, determinando la validez de contenido como una buena o adecuada según la opinión de expertos.

Procedimiento de Aplicación y Calificación. La administración puede ser aplicada de forma individual como colectiva, en ambos casos se le pide al sujeto objeto de evaluación que informe la medida en la que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas descritos en los ítems, a lo largo de la semana anterior utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos: cero (Nada en absoluto), uno (Levemente, no me molestó mucho), dos (Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo), o tres (Gravemente, casi no podía soportarlo); este instrumento está dirigido a la aplicación tanto en adultos como en adolescentes y el tiempo límite para resolverlo oscila entre los cinco a diez minutos, pudiendo extenderse dependiendo los diferentes factores en los que sea aplicado y factores personales del sujeto a quien se evalúe. Puede aplicarlo una persona capacitada, así como puede ser autoaplicado con las instrucciones correctas para su comprensión y también puede utilizarse la modalidad oral. La calificación del mismo es bastante sencilla, consiste en la sumatoria de las respuestas registradas por ítem y su interpretación se realiza a través de la tabla de resultados (CiberSam, 2015).

Descripción de los Materiales. El inventario descrito consta de 21 ítems, siendo cada uno de ellos una descripción simple de un síntoma de ansiedad de cada uno de sus cuatro aspectos relevantes, mismos que se agrupan en la siguiente tabla.

Subjetivo	Incapaz de relajarse Con temor a que ocurra lo peor Inestable Aterrorizado o asustado Nervioso Con miedo a perder el control Con temor a morir
Neurofisiológico	Torpe o entumecido Con temblor en las piernas Mareado o que se le la cabeza Con temblores en las manos Inquieto, inseguro Con miedo Con problemas digestivos Con desvanecimientos
Autónomo	Con latidos del corazón fuertes y acelerados Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo
Pánico	Acalorado Con rubor facial Con sudores fríos o calientes

Escala. Cada ítem antes descrito, se califica en base a una escala de puntuación que va de cero a tres. Para interpretar los resultados será necesario realizar la sumatoria de todos los puntajes registrados por ítem, en la que el resultado mínimo es de cero puntos y el máximo es de 63. En base a estos resultados se podrá identificar la presencia de ansiedad en el sujeto a quien se aplicó el instrumento asimismo como la gravedad de la misma en base a la siguiente tabla (Ocampo, 2018).

Puntaje	Interpretación
0 – 21	Ansiedad muy baja
22 – 35	Ansiedad moderada
Mayor a 36 puntos	Ansiedad severa

4.5.1.3 Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP).

Autor: María Crespo y María del Mar Gómez.

Objetivo: evaluar sintomatología postraumática y ofrecer un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) basado en criterios DSM-IV.

Técnica: test psicométrico (escala).

Historia de Creación y Baremación. La Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGP), es un instrumento creado por María Crespo y María Gómez, ante la necesidad de desarrollar instrumentos de medida breves, de fácil aplicación y psicométricamente potentes adaptados a población española que permitan la evaluación integral de la psicopatología del TEPT, incluyendo tanto la identificación y caracterización del acontecimiento traumático (especialmente pertinente en aquellos casos en los que no existe información previa sobre el mismo) como la sintomatología relacionada con dicho acontecimiento, y su diagnóstico; y, por otro, la necesidad de validar estos instrumento con muestras de personas que se hayan visto sometidas a diferentes tipos de acontecimientos traumáticos.

El diseño, desarrollo y validación de la prueba se llevó a cabo en dos fases. La primera, tuvo como objetivo el diseño del instrumento de evaluación. Para ello se comenzó elaborando un listado de acontecimientos traumáticos que habría de formar parte de la escala. En la elaboración del listado se tomaron como referencia el Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, el Questionnaire to Rate Traumatic Experiences y el Traumatic Life Events Questionnaire. Para la determinación final del listado se llevó a cabo un estudio piloto con 44 estudiantes de 4º curso de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. A los participantes se les presentaban una lista con diez situaciones difíciles o estresantes en formato tabla, en la que tenían que indicar si las habían presenciado o experimentado a lo largo de su vida. Una vez recogida la información facilitada por los participantes se realizaron las modificaciones que se consideraron oportunas y se llegó al listado definitivo de acontecimientos.

Una vez finalizada la versión inicial de la escala, el instrumento fue revisado por un grupo de doce expertos en evaluación psicológica y en TEPT. Para llevar a cabo esta prueba de jueces se diseñó un documento en el que se incluía la prueba diseñada y un cuestionario de evaluación de ésta. A partir de las indicaciones señaladas por el grupo de expertos se realizaron las correspondientes modificaciones llegándose a la versión final de la prueba, a la que se denominó Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP).

En una segunda fase, se validó la escala, aplicando para ello, por personal entrenado, la batería de evaluación desarrollada ad hoc que comprendía una parte de evaluación autoaplicada, compuesta por la EGEP además de otros instrumentos de evaluación psicológica, y otra heteroaplicada que consistía en la aplicación de la Entrevista Diagnóstica Internacional CIDI, que fue el instrumento seleccionado para ser utilizado como “prueba de oro” para el establecimiento de la calidad diagnóstica de la EGEP. Para la validación de la prueba se contó con 175 personas, mayores de edad, que habían estado expuestas a algún acontecimiento traumático, con una media de edad de 39,21 años, y mayoritariamente mujeres (70%). Todos ellos fueron evaluados de forma individual (Crespo & Gómez, 2012).

Confiabilidad y Validez. En cuanto a confiabilidad que se refiere a que los resultados del evaluado deben ser similares en caso de volver a responder a este instrumento, EL autor de la escala indica que, en efecto, cuenta con los criterios esperados y que cumple con este factor al haber obtenido resultados por encima de un coeficiente de 0,92 que son adecuados y aceptables. Asimismo, se obtuvo un valor predictivo positivo de 0.89, un valor predictivo negativo de 0.78, una eficiencia de 86.11%, un coeficiente de error del 21.97%, un Índice de Youden de 0.66, y un índice Kappa de 0.67 ($p < .001$).

Por su parte en cuanto al segundo criterio, que refleja la comprobación de que una prueba o instrumento mide lo que pretende medir, presenta una excelente validez, pues los resultados finales arrojaron señalan que los ítems de la EGEP cubrieron la totalidad de los criterios diagnósticos DSM IV-TR (Gómez M, 2011).

Procedimiento de Aplicación y Calificación. Es una prueba de aplicación preferentemente individual que no tiene límite de tiempo pero que por lo general se administra en aproximadamente 30 minutos, destinada a personas mayores de 18 años, puede ser aplicada por una persona capacitada para ello, aunque también puede ser autoaplicado por el evaluado, tomando en cuenta que solo debe entregársele la hoja de respuestas, la cual se encuentra

dividida en tres secciones (acontecimientos, síntomas, funcionamiento) y en la que el evaluado tendrá que marcar las respuestas correspondientes a su situación. Para su calificación se hace uso de la hoja de corrección en la que se registran el puntaje de las respuestas seleccionadas por el evaluado para poder identificar si cumple con los criterios de diagnóstico y asimismo se realiza una gráfica en relación a los resultados obtenidos.

Descripción de los Materiales. La EGEP se compone de 64 ítems ligados a los criterios del DSM – IV – TR y a la evaluación de los denominados síntomas clínicos subjetivos. La escala se estructura cuenta con un manual, hoja de respuesta y una hoja de corrección la cual no debe entregarse al evaluado; asimismo se divide en tres secciones que hacen referencia a la evaluación de los acontecimientos traumáticos experimentados, descritos en la siguiente tabla.

Sección 1.	Acontecimientos traumáticos experimentados por el individuo evaluado.
Sección 2.	Sintomatología presentada por el evaluado.
Sección 3.	Funcionamiento (si hay presencia de alteraciones o no).

Escala. Los 64 ítems que constituyen la EGEP se agrupan en tres secciones ya antes mencionadas (acontecimientos, síntomas y funcionamiento), en relación a las diferentes secciones es que el evaluado debe ir marcando sus respuestas. En la sección uno, debe mencionar el suceso traumático que experimentó de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR, debe señalar de las opciones de acontecimientos cual es el que aún le causa malestar, asimismo debe realizar una descripción de dicho evento. Debe señalar en el ítem 15 cuando fue que experimentó ese acontecimiento. También debe caracterizar la experiencia en relación a la gravedad, frecuencia y amenaza percibida.

En la sección dos, se evalúan una serie de síntomas de acuerdo a los criterios B, C y D del DSM-IV-TR, incluye asimismo una serie de síntomas clínicos subjetivos. El evaluado deberá señalar en una escala de SÍ/NO para determinar su presencia, además de señalar el grado de molestia que deberá registrar en un formato de tipo Likert que oscila desde cero (ninguna) a cuatro (extrema).

Finalmente, en cuanto a la sección tres, se evalúa el funcionamiento general del individuo y el grado en el que la sintomatología interfiere en el mismo. Está formada por siete

ítems que hacen referencia a las principales áreas de la vida del individuo (laboral, familiar, social...) y está destinada a valorar el criterio F del DSM-IV-TR para el diagnóstico de TEPT, el cual registra sus respuestas en base a una escala dual de SÍ/NO, manifestando la presencia o ausencia de los ítems correspondientes. La interpretación se realiza una vez registradas las respuestas en la hoja de corrección y realizada la gráfica en la misma a través de los resultados obtenidos, en el que el sujeto debe cumplir con todos los criterios (exposición a acontecimiento traumático, reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo, hiperactivación, duración y funcionamiento) de la escala dual y cuyo tipo de estrés postraumático se determinará en base al tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas, mismos de los que se obtiene su grado de intensidad por medio de la gráfica mencionada y cuyo rango se divide en cuatro. Tanto la escala dual como los rangos de tiempo e intensidad se verán sintetizados en las siguientes tablas (Crespo & Gómez, 2012).

Criterio		SÍ	NO
A	Exposición a acontecimiento traumático		
B	Reexperimentación (R)		
C	Evitación y embotamiento afectivo (E)		
D	Hiperactivación (H)		
E	Duración		
F	Funcionamiento		
TEPT (se cumplen todos los criterios anteriores)			
Síntomas clínicos subjetivo (SCS)			

Rango de tiempo	Interpretación
Más de un mes y menos de tres meses	TEPT agudo
Más de tres meses	TEPT crónico
Seis meses o más	TEPT demorado

Puntaje (PC)	Interpretación
1 – 15	Bajo
20 – 50	Medio bajo
55 – 80	Medio Alto
85 – 100+	Alto

4.5.1.4 Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Autor: Carol Ryff.

Objetivo: Determinar el nivel de bienestar psicológico mediante una escala.

Versión y Año: Versión española, año 2006.

Técnica: Test psicométrico (Escala).

Historia de Creación y de Baremación. La escala de Bienestar Psicológico fue creada por Carol Ryff en el año 1995, cuya revisión se dio el 2004 y fue adaptado a la versión española por Díaz et al., (2006). La escala muestra juicios particulares de evaluación de una adecuada actividad psicológicos, en contraste al foco tradicional de la psicología clínica que ha sido la patología y el malestar. Esta escala mide seis propiedades positivas del bienestar psicológico, que esta autora constituyó de acuerdo con las discusiones teóricas sobre los requerimientos cumplidos, motivaciones y propiedades que describen a un ser humano en íntegra salud mental. Por tal razón esta escala puede ser aplicada en el ámbito clínico, organizacional, educativo e investigación. Las dimensiones del instrumento son: La autoaceptación o actitud positiva hacia el yo mismo, asociado a la autoestima y conocimiento de sí. Sentido en la vida o tener un propósito, relacionado a la motivación para actuar y desarrollarse. Otra dimensión esencial es la autonomía, que involucra mantener la individualidad en diversos ambientes sociales, asentarse en las propias convicciones y mantener su independencia y autoridad individual. Dominio del entorno, relacionado al locus de control interno y ser eficaz de manera personal. Relaciones positivas con su entorno, lo que indica mantener lazos de confianza, cálidas, de empatía y de intimidad con otros. El crecimiento personal relacionado a la idea de evolución y aprendizaje positivo de la persona (Páez, 2008).

Confiabilidad y Validez. La presente escala, fue traducida por Díaz (2006). En el análisis estadístico obtuvo buena consistencia interna, con valores del α de Cronbach mayores

o iguales que 0,70. Además las altas correlaciones halladas entre las escalas de ambas versiones Autoaceptación (0,94); Relaciones positivas (0,98); Autonomía (0,96); Dominio (0,98); Crecimiento personal (0,92); Propósito en la vida (0,98), en consecuencia, indica que esta versión española representa bien los elementos teóricos esenciales de cada una de las dimensiones. Pero, el análisis factorial confirmatorio no evidenció un nivel de ajuste satisfactorio al modelo teórico planteado, por lo cual, para mejorar la propiedad psicométrica desarrolló una versión corta, en la que se muestra α de Cronbach 0,84 a 0,70.

Tipo y Tiempo de Aplicación: El instrumento puede ser aplicado a nivel individual y colectivo. La evaluación dura máximo 20 minutos. La aplicación está dirigida a adolescentes y adultos de ambos sexos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados de la escala.

Descripción de los Materiales: Es un instrumento de autoaplicación, por lo cual solo cuenta con la hoja de la prueba. Está conformado por 39 ítems, distribuido en seis dimensiones y con formato de los ítems Escala Likert de seis puntos:

- Dimensión I: Auto aceptación Presenta siete ítems.
- Dimensión II: Relaciones Positivas Presenta siete ítems.
- Dimensión III: Autonomía Presenta cinco ítems.
- Dimensión IV: Dominio del Entorno Presenta siete ítems.
- Dimensión V: Propósito en la vida Presenta ocho ítems.
- Dimensión VI: Crecimiento personal Presenta cinco ítems.

Escala de Respuesta: El evaluado puede elegir entre seis alternativas de solución para cada ítem estipuladas sea “Totalmente desacuerdo”, “Poco de acuerdo”, “Moderadamente de acuerdo”, “Muy de acuerdo”, “Bastante de acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”.

Escala de Calificación: Una vez que el evaluado haya concluido con la prueba, se confirma que todos los enunciados hayan sido contestados, para poder continuar con la calificación. Las respuestas se califican según las seis alternativas asignadas a todos los ítems correspondientes a cada dimensión.

Para la corrección Invertir los ítems: 17, 23, 15, 26 y 21. Siguiendo esta pauta: (1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=) (6=1).

Al obtener el puntaje respectivo por dimensión, se ubica cada uno de ellos en la categoría pertinente según el baremo y de acuerdo a los rangos de la siguiente tabla:

Grado de bienestar psicológico (BP)	
Rango	Nivel BP
Mayor a 176 pts.	BP Elevado
De 141 a 175 pts.	BP Alto
De 117 a 140 pts.	BP Moderado
Menor a 116 pts.	BP Bajo

4.5.1.5 Guía de Cuestionario Cerrado.

Autor: Elaboración propia del investigador.

Objetivo: Identificar el nivel de respuestas físico-emocionales en relación a la recuperación de COVID-19 en pacientes recuperados para la recolección de datos de apoyo al estudio.

Técnica: Cuestionario

Dimensiones	Síntomas
Respuestas emocionales	Tristeza Optimismo Sentimiento de fracaso Sentimiento de castigo Sentimiento de culpa Disconformidad con un mismo
Respuestas físicas	Temblores Llanto Agitación Pérdida de energía Interés por el sexo Hábitos alimenticios

Procedimiento de Aplicación y Calificación. La administración es de tipo oral e individual, con una serie de 14 preguntas. Para su aplicación y corrección se usará una hoja única en el que cada ítem será calificado en un rango de cero a tres, donde permanece igual=0; cambió ligeramente= 1; cambió considerablemente= 2; cambió demasiado= 3. Para su corrección se deberá sumar todas las respuestas, el puntaje mínimo es igual a 0 y el puntaje máximo es de 48 puntos.

Descripción de los Materiales. La guía de entrevista está compuesta por 14 ítems ligados a 14 síntomas que se toman en cuenta tanto en el Inventario de Ansiedad de Beck como en el Inventario de Depresión de este mismo autor, dichos ítems se clasifican en dos dimensiones: respuestas emocionales y respuestas físicas. La división de respuestas antes mencionadas se describe de forma más específica en la siguiente tabla.

Escala. Cada ítem antes descrito, se puntúa en base a una escala que va de cero a tres. Para poder interpretar los resultados se deberá realizar una sumatoria de todos los puntajes registrados por ítem, en el cual el resultado mínimo será cero y el resultado máximo será 48; y será en base a estos resultados que se podrá identificar el cambio de respuestas en el sujeto a quien se aplique este instrumento tomando en cuenta la siguiente tabla.

Puntaje	Interpretación
0 – 12	Permanece igual
13 – 24	Cambió ligeramente
25 – 36	Cambió considerablemente
37 – 48	Cambió demasiado

4.6. PROCEDIMIENTO

El trabajo de investigación se realizó en las siguientes fases:

Primera Fase: Revisión Bibliográfica y contactos con las instituciones y personas vinculadas al estudio. Corriente psicológica adoptada. En esta fase se procedió a realizar la exploración bibliográfica pertinente para la obtención de la información necesaria sobre la problemática abordada que posteriormente servirá de fundamento teórico para el presente estudio.

No se optó por adoptar una corriente psicológica en específico debido al objetivo de emplear distintos instrumentos con un mismo fin. Asimismo, se estableció contacto con el Servicio Departamental de Salud de Tarija para poder acceder a las estadísticas de pacientes recuperados de COVID-19 en relación a su rango de edad.

Segunda Fase: Prueba Piloto. En esta fase se realizó la aplicación de los instrumentos a una muestra reducida con la finalidad de comprobar que éstos respondan a los objetivos seleccionados y para determinar si las preguntas son entendibles por los sujetos. Los instrumentos que se aplicaron son:

- a) Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).
- b) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
- c) Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP).
- d) Cuestionario cerrado.

Tercera Fase: Selección de los Instrumentos. En base a la información obtenida en la prueba piloto, se procedió a seleccionar de forma definitiva los instrumentos necesarios y adecuados para recoger los datos requeridos para alcanzar los objetivos propuestos con anterioridad.

Cuarta Fase: Selección de la Muestra. Se seleccionó las unidades de estudio siguiendo, para ello, un proceso de selección de muestra no probabilístico al tratarse de una muestra intencional, por lo cual no todos los sujetos de la población tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados.

Quinta Fase: Recojo de la Información. En esta etapa se aplicó de manera virtual los instrumentos seleccionados, de los cuales tres de ellos (Inventario de Depresión de Beck II, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de Bienestar Psicológico de Ryff) se aplicaron por medio de formularios Google. Mientras que la Evaluación Global de Estrés Postraumático y el cuestionario cerrado, mismo que permitió corroborar resultados, fueron heteroaplicados, es decir, la investigadora realizaba las preguntas y el sujeto de investigación las respondía, esto a través de la plataforma de zoom.

Sexta Fase: Procesamiento de la Información. Posterior a la etapa de recolección de información, se procedió a realizar la respectiva sistematización de los datos cuantitativos mediante la tabulación de los mismos en el programa estadístico Excel para Windows, teniendo en cuenta que los instrumentos son de naturaleza numérica, lo cual a su vez permitió expresar los resultados a través de porcentajes, frecuencias, cruzado de variables y comparación de medias aritméticas. Posteriormente, los datos fueron interpretados con las teorías expuestas en el marco teórico, lo que a su vez permitió establecer el rechazo o aceptación de las hipótesis planteadas.

Séptima Fase: Redacción del Informe Final. Concluida la investigación, se procedió a elaborar el informe final, donde se presentan de manera cuantitativa los datos obtenidos, los respectivos cálculos estadísticos y las inferencias realizadas y para la interpretación adecuada

de la información, para lo cual se tomó la información expuesta en el marco teórico como base y sustento.

4.7 CRONOGRAMA.

Actividad	Gestión 2020		Gestión 2021								
	SEP	OCT	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
Revisión Bibliográfica	X	X									
Prueba Piloto			X	X							
Selección de los Instrumentos	X	X									
Selección de la Muestra	X										
Recojo de la Información				X	X	X					
Procesamiento de la Información						X	X				
Redacción del Informe Final								X	X	X	X

CAPÍTULO V
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS
RESULTADOS

En el presente capítulo, se presentan los resultados que se obtuvieron con la aplicación de los instrumentos psicométricos a los pacientes recuperados de COVID-19 entre las edades de 20 a 35 años de edad de la ciudad de Tarija.

En primer lugar, se exponen los datos sociodemográficos de la población de estudio y posterior a ello se presentan los resultados y respectivo análisis por objetivo con la finalidad de responder a los mismos planteados en la investigación.

5.1 Datos Sociodemográficos.

TABLA N° 1

Distribución de la población según edad

Edad	Frecuencia	%
20 – 25 años	41	82%
26 – 30 años	5	10%
31 – 35 años	4	8%
TOTAL	50	100%

GRÁFICO N° 1

Distribución de la población según edad

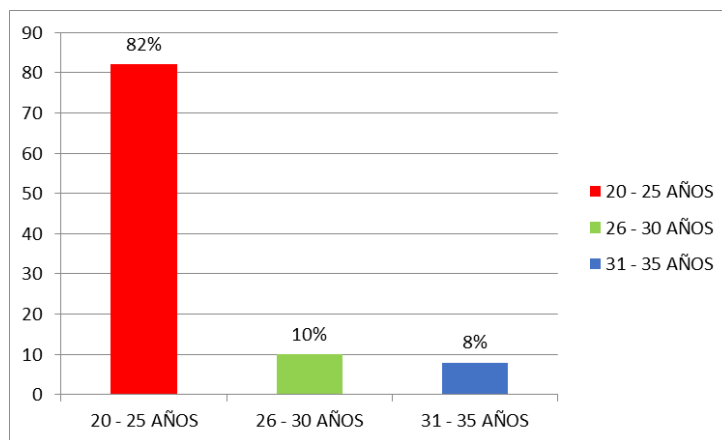


TABLA N° 2

Distribución de la población según el sexo

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	42	84%
Masculino	8	16%
TOTAL	50	100%

“GRÁFICO N° 2”

Distribución de la población según el sexo

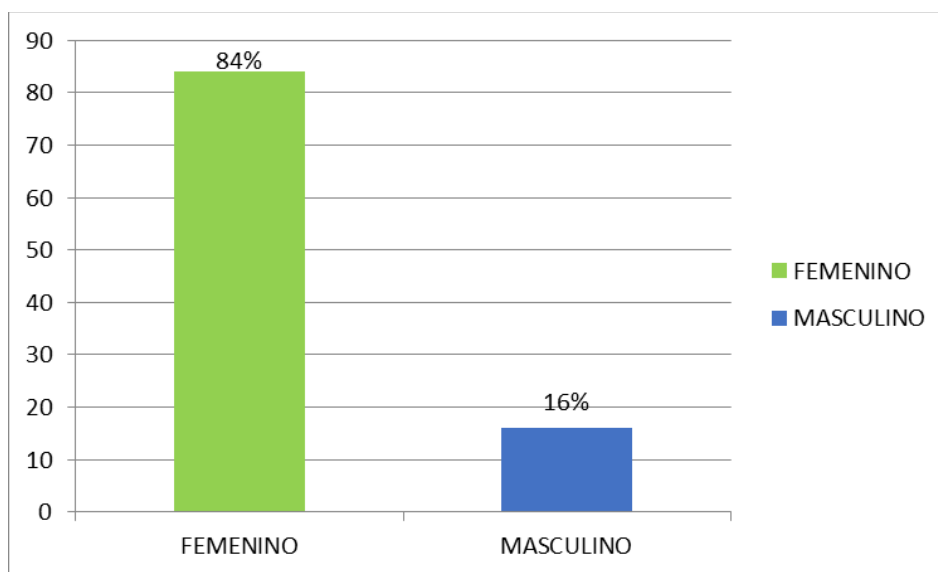


TABLA N° 3

Distribución de la población según el estado civil

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero/a	45	90%
Casado/a	5	10%
Divorciado/a	0	0%
Viudo/a	0	0%
TOTAL	50	100%

GRÁFICO N° 3

Distribución de la población según el estado civil

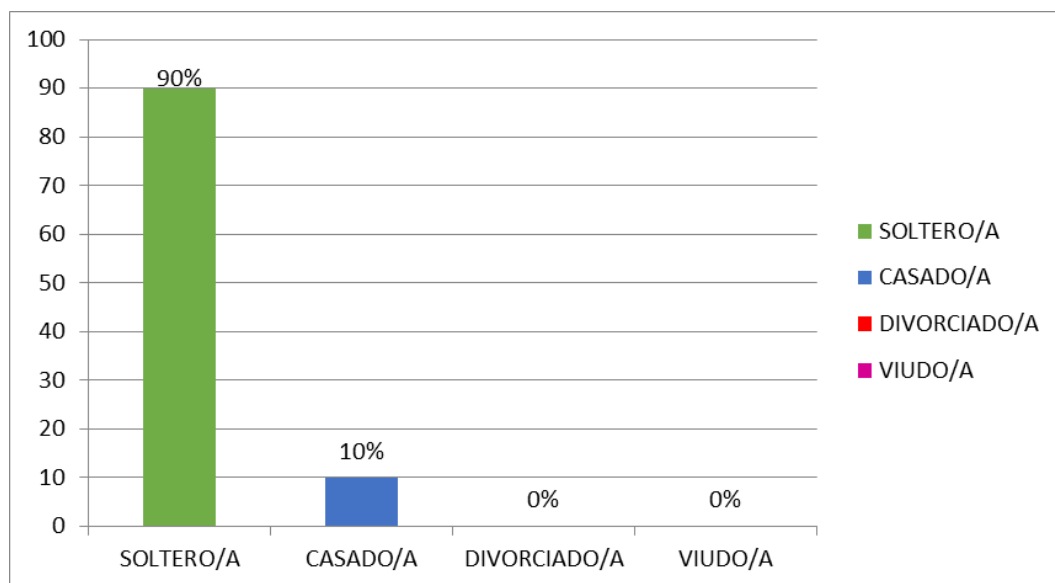


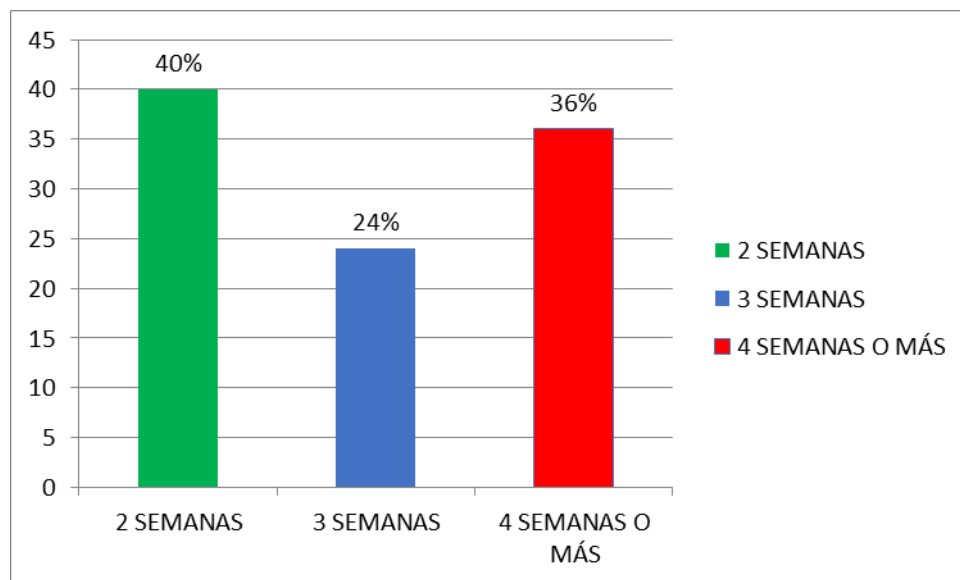
TABLA N° 4

Distribución de la población según el tiempo de tratamiento conllevado

Tiempo de tratamiento	Frecuencia	%
2 semanas	20	40%
3 semanas	12	24%
4 semanas o más	18	36%
TOTAL	50	100%

GRÁFICO N° 4

Distribución de la población según el tiempo de tratamiento conllevado



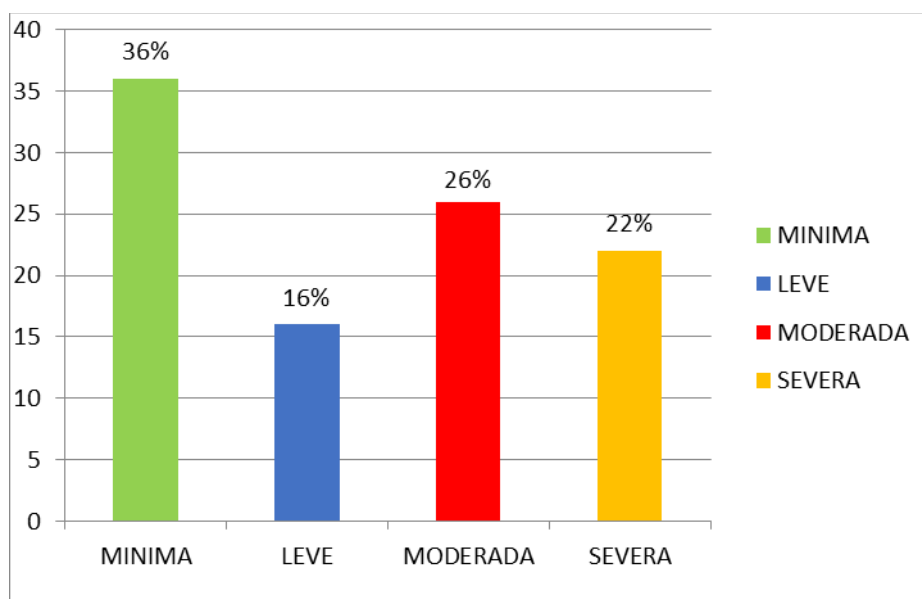
5.2 Primer Objetivo Específico.

Para dar cumplimiento al primer objetivo, *“identificar el grado de depresión en los pacientes recuperados de COVID-19 del departamento de Tarija”*, se utilizó en Inventario de Depresión de Beck II.

TABLA N° 5
Grado de Depresión

Grado de depresión	Frecuencia	%
Mínima	18	36%
Leve	8	16%
Moderada	13	26%
Severa	11	22%
Total	50	100%

GRÁFICO N° 5
Grado de Depresión



En relación a la variable depresión, misma que Beck (1983) describe como *“un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas”* (p.78), a través de la presente gráfica podemos observar que el 36% de la población presenta una depresión mínima, lo que significa que este porcentaje de sujetos no presentan en un grado preocupante una percepción pesimista con respecto a sus

vidas o una afección física y mental en la forma en que siente y piensa, además de no querer alejarse de la familia, los amigos, el trabajo y la escuela.

En relación a la depresión Valle (2018) refiere que se trata *de “síntomas significativos, llegando a afectar principalmente a la autoestima, manifestándose el sentimiento de culpa, las ideas irracionales de suicidio”* (p.31), es decir que se puede inferir que este porcentaje no se vio fuerte o relativamente afectado por las circunstancias que involucraron su estado de salud, como lo fue la soledad tras el aislamiento, factores estresantes en relación a la enfermedad, problemas económicos o familiares que hayan desencadenado sentimientos de inferioridad, llanto, fatiga o problemas de alimentación que hayan afectado significativamente su estabilidad mental.

De igual manera el 26% de los sujetos de estudio reveló presentar un grado de depresión leve, lo que significaría que los pacientes recuperados, ante el diagnóstico y tratamiento conllevado, por lo general están tensos, pero que probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades. Es decir que, pese a que enfrentaron una situación difícil, no hubo una afección relevante que influyera de sobremanera en la psique de los pacientes pertenecientes a este porcentaje.

Por otra parte, el 22% presenta depresión moderada, que por lo que explica Valle (2018), el grado de depresión en los pacientes recuperados de COVID-19, *“se muestra de manera más intensa, ya que normalmente se presentan de cuatro a más síntomas, generando en la persona de que no pueda realizar ningún tipo de actividad”* (p. 36), lo que referiría que estos pacientes sufrieron afecciones mayores a los dos porcentajes anteriormente descritos, atravesando sentimientos persistentes de tristeza, pérdida de interés en diferentes actividades, fatiga y disminución de energía.

Finalmente, el 16% presenta una depresión severa, que por lo que explica la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (2005), refiere la presencia de humor deprimido, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño y pensamiento y movimientos ya sean lentos o agitados. lo que podría deberse, según refiere Barhum (2019), a que *“las enfermedades serias pondrán en evidencia retos y dificultades increíbles y complicarán la capacidad de tomar placer hacia adentro y de perseguir las actividades disfrutadas una vez. Es como cabe esperar que la gente crónico enferma experimenta tristeza y abatimiento. Tan a menudo, los efectos físicos de la*

enfermedad y/o los efectos secundarios de la medicación pueden accionar sensaciones deprimidas” (párrafo 2), por lo que se infiere que la cotidianidad de las personas que se vieron afectadas de manera notable e importante por depresión en relación al COVID-19 fue alterada por las situaciones experimentadas a partir de su contagio, esto pudiendo deberse a distintos factores como ser principalmente la presencia de una enfermedad de alto riesgo, la pérdida de contacto con diferentes amistades y familiares ante el aislamiento y el trauma físico y emocional experimentado durante esta etapa.

Asimismo, cabe mencionar que Erreyes (2017) respecto a la depresión, expresa que *“la depresión tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas independientemente de las complicaciones propias de la enfermedad”* (p. 50), por lo que se puede inferir que este porcentaje no se vio afectado directamente por las afecciones de salud sino por los factores entorno a la situación experimentada, como ser el aislamiento, el estrés, las preocupaciones, gastos, responsabilidades, relaciones familiares entre otros.

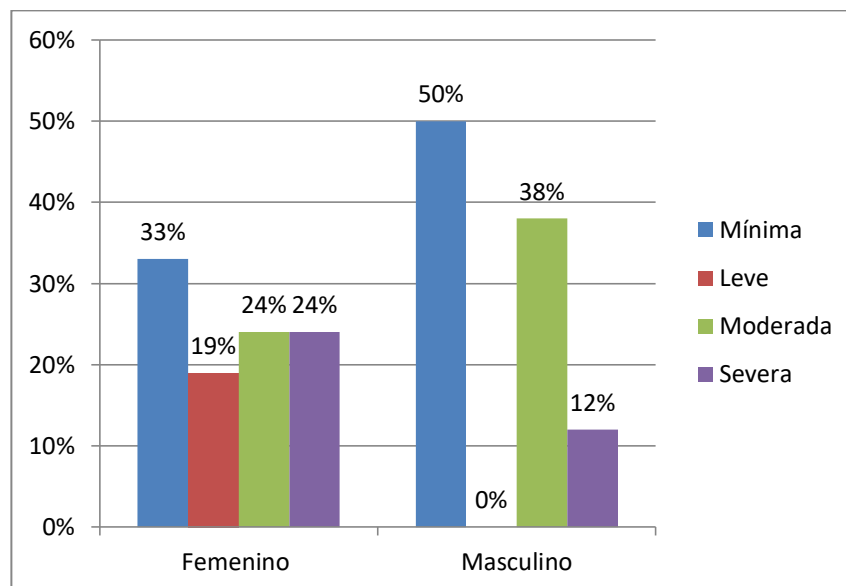
Entonces, ante los datos expuestos se concluye que, los resultados se encuentran dispersos, sin embargo, se puede denotar una tendencia a un grado mínimo de depresión entre los pacientes recuperados entre los 20 – 25 años de edad.

TABLA N° 6

Depresión y Sexo

Grado de depresión	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Mínima	14 33%	4 50%	18 36%
Leve	8 19%	0 0%	8 16%
Moderada	10 24%	3 38%	13 26%
Severa	10 24%	1 12%	11 22%
TOTAL	42 100%	8 100%	50 100%

GRÁFICA N° 6
Depresión y Sexo



En relación al cruce entre las variables depresión y sexo, se puede evidenciar que existe una mayor depresión grado mínima en varones ya que se puede observar que un 50% de la población masculina la presenta, en comparación al 33% que representa al sexo femenino. En contraparte, en cuanto a depresión severa, se puede observar que un mayor porcentaje de mujeres es quien lo presenta, reflejándose esto con un 24% frente a un 12% que se presenta en el sexo masculino.

Entonces de acuerdo a estos datos, se puede decir que las mujeres tienen mayor tendencia a sufrir una depresión severa, misma que toma en cuenta con mayor relevancia debido a que esta causa mayores afecciones debido a su gravedad, a lo que Vásquez (2013), en relación a esto, indica que *“algunos factores biológicos, fundamentalmente genéticos y hormonales tratan de explicar estas diferencias. Las mujeres están expuestas a mayor cantidad de estresores psicosociales y parecen ser más vulnerables al efecto depresogénico de estos”* (p. 1) por lo que se puede inferir que, a diferencia de los hombres, las mujeres desarrollaron un grado mayor de depresión debido no sólo a cuestiones biológicas como lo serían los desniveles hormonales, problemas menstruales o características hereditarias.

Asimismo, Gaviria (2009), refiere que *“las experiencias de vida de las mujeres difieren de las de los hombres de muchas maneras, pues abarcan su carencia de poder en las relaciones personales, laborales, económicas, sociales, profesionales y políticas. Ellas son las*

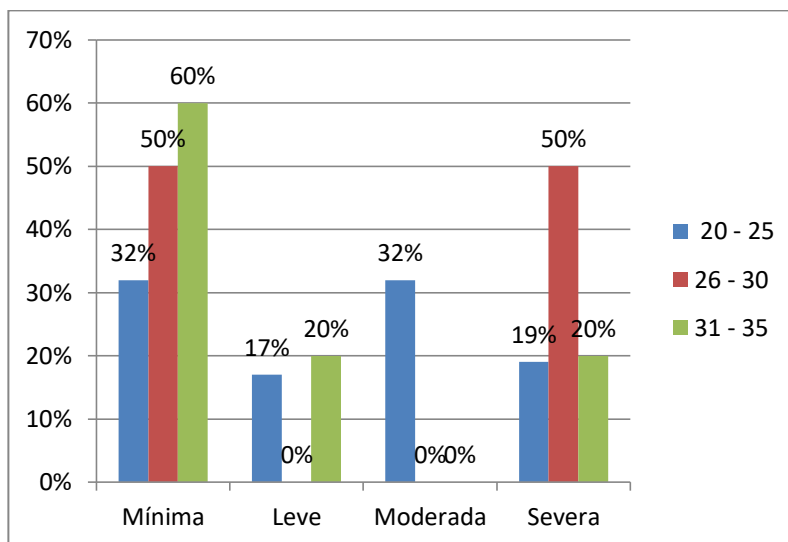
que dan a luz a los hijos y quienes los crían, y muchas de ellas realizan tareas dobles o múltiples en el seno del hogar y en el trabajo” (p. 321) por lo que podemos decir, que los pacientes de sexo femenino al lidiar con la enfermedad de COVID-19 no solo debían preocuparse de su recuperación, sino también de sus trabajos, hogares, quehaceres, estudios, responsabilidades, hijos y familia en general debido a que dentro de la sociedad es por mucho más común que la mujer ocupe responsabilidad dentro de esas diferentes áreas, aumentando los factores de riesgo para desarrollar depresión y que la misma se de en un grado preocupante.

Para finalizar, podemos referir que, pese a que sean las mujeres el sexo más afectado ante la depresión, cabe mencionar que tanto hombres como mujeres pueden sufrirla, debido a que se puede observar que un 38% de hombres presentaron depresión moderada por encima del 24% que corresponde al sexo femenino.

TABLA N° 7
Depresión y Edad

Grado de depresión	Rango de edades			Total
	20 – 25	26 – 30	31 – 35	
Mínima	13 32%	2 50%	3 60%	18 36%
Leve	7 17%	0 0%	1 20%	8 16%
Moderada	13 32%	0 0%	0 0%	13 26%
Severa	8 19%	2 50%	1 20%	11 22%
TOTAL	41 100%	4 100%	5 100%	50 100%

GRÁFICA N° 7
Depresión y Edad



En cuanto a la relación entre depresión y edad, se puede observar a través del anterior cuadro y tabla que los porcentajes se encuentran dispersos, es decir, que hay una notable proximidad de los unos entre los otros. Sin embargo, también se puede apreciar la presencia mínima de depresión en los pacientes recuperados de COVID-19 entre las edades de 31 a 35 años, debido a que un 60% presenta una depresión mínima frente al 50% que corresponde al grupo ubicado entre los 26 a 30 años y el 32% que corresponde al grupo entre las edades de 20 a 25 años. En contraste, en lo que refiere a depresión severa, son los pacientes entre los 26 a 30 años quienes la han presentado de manera más frecuente, esto pudiendo evidenciarse a través del 50% que la ha presentado frente al 20% que corresponde a personas entre los 31 a 35 años y contrario al 19% que representa al grupo de entre 20 a 25 años de edad.

Entonces, en base a los datos expuestos, se puede decir que los pacientes recuperados de COVID-19 entre las edades de 20 a 25 años, figuran mayor tendencia a sufrir de depresión severa y en relación a esto el sitio oficial de Medline Plus (2018) afirma que *“la depresión puede ocurrir a cualquier edad, pero a menudo comienza en la adolescencia o al comienzo de la adultez”* (párrafo 4), reflejando que a menor edad mayor grado de depresión, pudiendo deberse a que esta etapa es crítica en el desarrollo de una persona, pues esta habría acabado de enfrentarse a la adolescencia, comenzando otra etapa de grandes responsabilidades como lo es la adultez, en la que se ven preocupados no solo por los estudios sino también por el futuro de los mismos, gastos económicos necesarios para su educación superior, trabajo, problemas

sentimentales, familiares y las expectativas de lo que esperan de estas personas, pues pese a que la depresión puede ocurrir a cualquier edad, a menudo comienza en la adolescencia o al comienzo de la adultez, pudiendo correr mayor riesgo de padecerla bajo ciertos factores como lo son las enfermedades, familiares que las padecen, problemas con amigos o con miembros de su familia. Asimismo, en relación al COVID-19, la mayor tendencia a presentar depresión en niveles moderados y severos se explica ante la gran incertidumbre sobre su futuro académico y laboral, asimismo por el cómo se han volcado en actividades compulsivas vinculadas a internet, con el consiguiente aislamiento de relaciones sociales positivas y una mayor exposición al acoso y al abuso, mismo en el que se evidenció la focalización negativa hacia las personas directamente vinculadas a este virus como pacientes y personal médico (Rubio & López, 2021).

Asimismo, con respecto a la depresión en relación a la edad, Echeverría (2015) expresa que *“la adolescencia-juventud es una etapa de gran vulnerabilidad en el que la presencia de otros factores de riesgo como conflictos familiares, presión social, acoso (bullying) o discriminación, aumento de consumo de drogas y fracaso escolar se ven acentuados”* (p. 36), por lo que se puede inferir que su estado de salud sumado a estos otros factores (trabajo, familia, amigos, responsabilidades, adaptación a las nuevas formas de educación por pandemia y confinamiento), aumenta el riesgo en personas jóvenes de manera significativa a padecer de depresión.

Ahora, pese a que las personas de entre los 31 a 35 años pueden padecer depresión, lo cual es visible a través del 20% que presentó una depresión de grado leve, frente al 17% que corresponde a las edades de 20 a 25 años y el 0% que representa al grupo de 26 a 30 años de edad; se sostiene que la población más joven es la más afectada, hecho que se patentó a través del 32% de pacientes recuperados que presentaron una depresión moderada en contra del 0% que corresponde al grupo de mayor edad, es decir, a aquel que se ubica entre los 31 a 35 años, por lo que a través de los resultados mencionados se evidencia que a menor edad, mayor es el riesgo de padecer depresión a lo que el Instituto Nacional de Salud Mental (2018) explica, *“la depresión puede darse a cualquier edad, pero a menudo los síntomas comienzan en la adolescencia o a los 20 o los 30 años”* (párrafo 1).

5.3 Segundo objetivo Específico.

En cuanto al segundo objetivo, *“establecer el nivel de ansiedad en pacientes recuperados de COVID-19”*, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck para poder conocer el nivel de ansiedad de los pacientes recuperados.

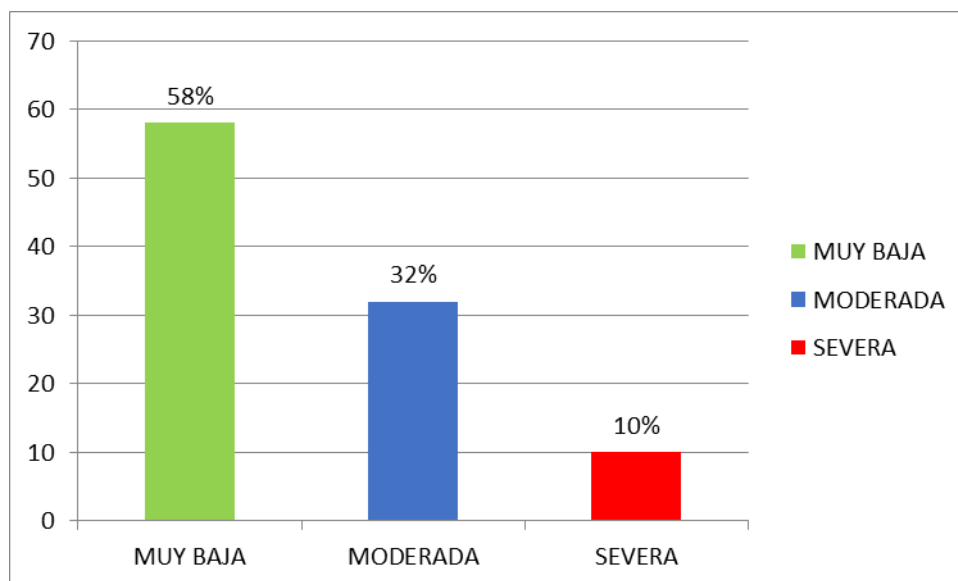
TABLA N° 8

Nivel de Ansiedad

Nivel de ansiedad	Frecuencia	%
Muy baja	29	58%
Moderada	16	32%
Severa	5	10%
TOTAL	50	100%

GRÁFICA N° 8

Nivel de Ansiedad



En cuanto a la variable ansiedad, que Clark y Beck (2012) definen como *“un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo”* (p. 32), se puede evidenciar que un 58% de los sujetos de estudio presentan un nivel de ansiedad muy baja lo

que significa que si bien han sido afectados y han presentado nerviosismo, miedo, mareos, temblores, inseguridad o sensación de ahogo, no necesariamente fueron afectados de sobremanera o en un nivel que sea realmente constante y alarmante.

Por su parte, López (2018) la describe como *“una respuesta normal o adaptativa, que prepara al cuerpo para reaccionar ante una situación de emergencia”* (párrafo 1), por lo que se puede inferir a través del cuadro presentado, que el 58% de los pacientes recuperados de COVID-19, no han presentado a niveles alarmantes síntomas como resultado normal e inmediato a la situación experimentada, por lo que puede afirmarse que la presencia de dichos síntomas surgen más como una respuesta adaptativa que nociva.

Asimismo, se evidenció que el 32% presentó una ansiedad moderada, ante lo que Salud Navarra (2018) refiere que *“se centra sólo en las preocupaciones inmediatas. Esto implica una disminución del campo de percepción. La persona bloquea determinadas áreas, pero puede reconducirse si se centra en ello”* (párrafo 1), por lo que se infiere a través de esta información que, pese a que la preocupación debido a su situación haya estado presente en estos sujetos, no se vieron fuertemente abrumados por la misma, es decir que, si bien su estado de salud y los factores que se relacionan al mismo pudo representar cierta influencia sobre este porcentaje de sujetos, estos no fueron lo suficientemente elevados para progresar a un diagnóstico más alto y alarmante que propicie un escenario más desventajoso para estas personas, esto pudiendo deberse a la influencia del tiempo transcurrido desde su recuperación, es decir, que ante la ausencia de COVID-19, los factores socioeconómicos como familiares y personales pudieron dejar de ser afectados, por lo que posiblemente los factores que generan ansiedad pudieron haber disminuido y asimismo lo habrían hecho los niveles de esta, así como también otro factor influyente pudo haber sido que los pacientes presentaron un nivel de ansiedad normal que según el Sanatorio Allende (2016), esta ansiedad es adaptativa de modo que permite a las personas responder a distintos estímulos en situaciones difíciles, por lo que se considera que estos pacientes pudieron contar con una buena capacidad de adaptación ante la dificultad.

Al respecto, Sánchez (2020), explica que, *“una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante”* (párrafo 1), lo que en base a los datos presentados, significaría que fue esta misma ansiedad la que propició la mejora de estas personas tras la experiencia vivida en relación a los factores que la rodeaban,

así que, pese a que los síntomas fueron más inminentes en comparación al anterior porcentaje de personas, fueron estos mismos los que ayudaron a estas personas a enfrentar de mejor forma su situación.

Finalizando, se reveló que el 10% de los pacientes recuperados de COVID-19 presentan un nivel de ansiedad severa, a lo que Martínez y López (2011) afirman que este trastorno se caracteriza *“por miedo excesivo y evitación en respuesta a objetos o situaciones específicas que en realidad no representan un peligro real”* (p. 101), por lo que se es permitido referir que el 10% de los sujetos de estudio, se vio abrumada por diferentes factores que actuaron durante ese período experimentados, como lo son el aislamiento social y los prejuicios en base a esta enfermedad; provocando en ellos respuestas intensas que influyeron en su desenvolvimiento y causando una sensación desagradable manifestada a través de los síntomas experimentados, tales como taquicardias, sensación de ahogo, temor, inestabilidad, incapacidad de relajarse, nervios e inseguridad; de modo que esta enfermedad no solo habría afectado la salud sino también el desenvolvimiento en diferentes áreas de su diario vivir.

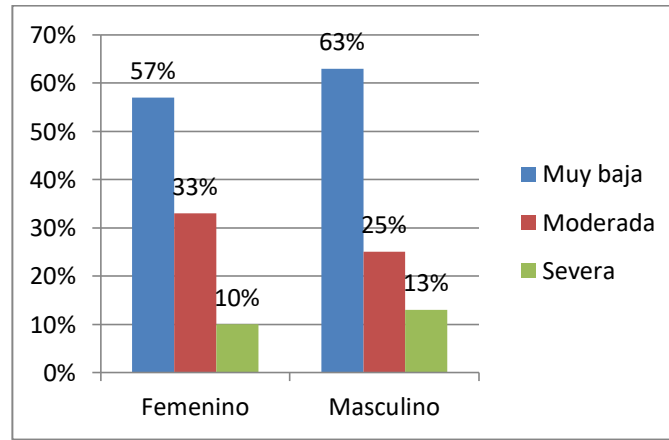
De modo que, ante los porcentajes presentados, se evidencia que entre los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija existe una tendencia a presentar ansiedad muy baja, posiblemente influenciada por el tiempo transcurrido desde su recuperación, así como por la capacidad adaptativa de estos sujetos ante situaciones de dificultad.

TABLA N° 9
Ansiedad y Sexo

Nivel de Ansiedad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Muy baja	24 57%	5 63%	29 58%
Moderada	14 33%	2 25%	16 32%
Severa	4 10%	1 13%	5 10%
TOTAL	42 100%	8 100%	50 100%

GRÁFICA N° 9

Ansiedad y Sexo



En relación al cruce entre las variables ansiedad y sexo, se puede comprobar que los pacientes recuperados de sexo son los que presentan mayor tendencia a sufrir de ansiedad, esto en vista de que el 63% de varones presentan ansiedad muy baja frente al 57% que corresponde al sexo femenino, mientras que en cuanto a ansiedad severa tanto los hombres como las mujeres son propensos a desarrollarla, esto siendo observable a través de los resultados dispersos del 13% en varones y 10% en mujeres.

Por lo que, frente a la información expuesta, se infiere que existe una mayor tendencia en los pacientes recuperados de COVID-19 de sexo masculino a presentar ansiedad muy baja, mientras que en cuanto a ansiedad moderada y severa los resultados se muestran dispersos por lo que se evidencia que tanto mujeres como hombres pueden padecer esta afección, contrario a lo que Remes (2017) expresa al referir que *“las mujeres perciben, se relacionan e involucran de manera diferente a los hombres. Las mujeres están más expuestas al contexto vivo quizás debido a su mayor asimilación del trabajo a tiempo parcial y deberes domésticos o de crianza de los hijos”* (p. 5), de modo que los resultados exponen que es imposible afirmar que las mujeres son las más propensas a desarrollar e interiorizar ansiedad frente a situaciones estresantes ya que según los resultados obtenidos, tanto varones como mujeres presentan ansiedad muy baja.

Al respecto, Martínez (2015) declara que *“aunque es más común entre las mujeres, cada vez hay más hombres con crisis de ansiedad”* (párrafo 1), por lo que es permitido inferir que pese a la creencia de que los hombres se ven afectados en menor grado por diferentes

circunstancias que experimentan a lo largo de su vida, la realidad apunta que los hombres también se ven vulnerables a sufrir ansiedad por diferentes factores como enfermedad, misma característica que representa a nuestros sujetos de estudio, como también los estudios, el trabajo, problemas amorosos, inestabilidad familiar o complicaciones económicas mismas que se habrían presentado durante su experiencia con la enfermedad de COVID-19.

Al respecto Arenas y Puigcerver (2009) señalan que *“ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, la voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica”* (párrafo 2), por lo que podemos deducir que la sociedad influye en sobremanera en el desarrollo de ansiedad, no solo en mujeres sino también en varones, debido a que la sociedad pone expectativas sobre ellos, especialmente la represión de las emociones en hombres que se encuentra tan normalizada dentro de nuestro entorno social; así como aquella en la que la salud mental de por sí ya es un tema tabú, sino también es socialmente más aceptado el que las mujeres recurran a una asistencia psicológica presenta una mejor recepción social a diferencia de cuando el caso se da en hombres. Todo esto es debido al estigma que rodea a los roles de género, que la sociedad impone en las personas según su sexo. En este sentido Barchilón (2020) expresa que *“la tendencia de los hombres a no pedir ayuda psicológica o no mostrar síntomas de depresión es otro de los motivos por los que hay algunos trastornos mentales que se diagnostican más a un género que a otro”* (párrafo 2).

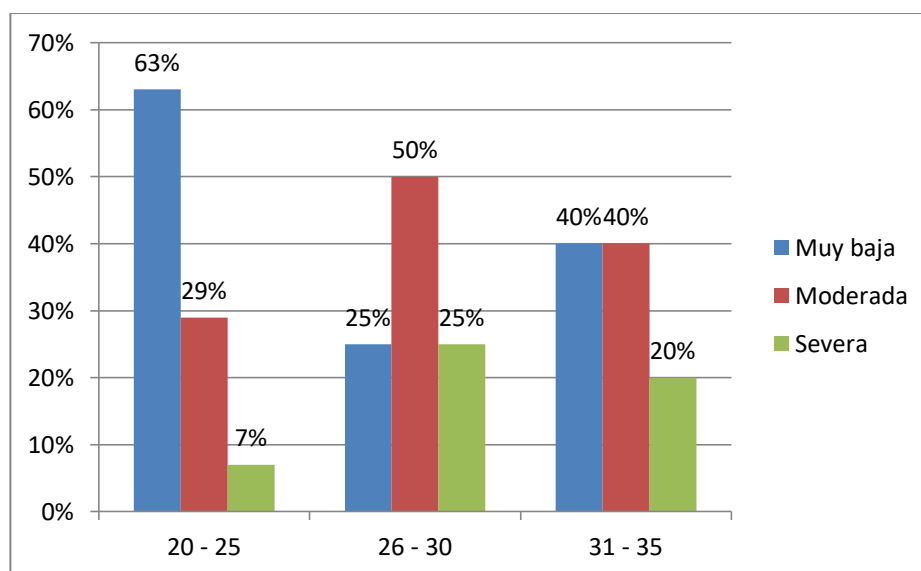
Sin embargo, se debe rescatar que tanto hombres como mujeres presentan una tendencia a padecer de ansiedad moderada, el 33% de mujeres en comparación al 25% de hombres. A lo que, al respecto, Barchilón (2020) señala que *“hombres y mujeres pueden verse afectados del mismo modo por problemas de salud mental”* (párrafo 2), no obstante, se considera imprescindible que en género sea siempre considerado ante estos casos.

Es decir, que los hombres presentan mayor tendencia a presentar ansiedad muy baja, pero en general, ambos sexos son propensos a padecer de esta afección, pese a los prejuicios y creencias sociales ligados a los roles de género atribuidos a estos individuos.

TABLA N° 10
Ansiedad y Edad

Nivel de ansiedad	Rango de edad			Total
	20 – 25	26 – 30	31 – 35	
Muy baja	26 63%	1 25%	2 40%	29 58%
Moderada	12 29%	2 50%	2 40%	16 32%
Severa	3 7%	1 25%	1 20%	5 10%
TOTAL	41 100%	4 100%	5 100%	50 100%

GRÁFICA N° 10
Ansiedad y Edad



En relación al cruce realizado entre las variables ansiedad y edad, podemos denotar que son las personas más jóvenes las que se ven inclinadas a padecer una ansiedad muy baja, puesto que el 63% que corresponde a los pacientes recuperados de entre las edades de 20 a 25 años en comparación al 40% entre los 31 a 35 años y el 25% que representa a los sujetos ubicados entre las edades de 26 a 30 años. Entre tanto, se observa que son los sujetos de 26 a 30 años los más afectados por esta afección mental, debido a que el 50% de estas personas presentan una ansiedad moderada frente al 40% del grupo de 31 a 35 años y el 29% que

presentan los de 20 a 25 años y asimismo en cuanto a ansiedad severa son nuevamente las personas de 26 a 30 años quienes más la padecen, esto demostrándose a través del 25%, paralelo al 20% que pertenece a aquellos de entre 31 a 35 años y al 7% que corresponde a los de 20 a 25 años de edad.

Es entonces que, a través de estos datos, podemos deducir que los más propensos a sufrir ansiedad en relación a su edad, son los pacientes recuperados de COVID-19 de mayor edad, esto reflejándose a través de los porcentajes del 50% y 40% en los pacientes de entre 26 a 30 y 31 a 35 años de edad respectivamente en cuanto a ansiedad moderada y que se repite en la ansiedad severa, no en las mismas medidas pero igualmente reflejando una mayor presencia que en los pacientes de menor edad, sobre lo que Sánchez (2019) señala que *“muchos expertos han notado que los jóvenes de hoy día padecen más ansiedad que los de hace años”* (párrafo 7), lo que se infiere pueda deberse al aumento de exigencia sobre estas personas, asimismo como las expectativas con los que muchos se ven presionados a cumplir, mismas que no solo parten de familiares o amigos sino también de ellos mismos, sobre todo al momento de comparar sus logros con los de otras personas que rondan su misma edad, todo esto en una era en la que las redes sociales muestran una perfección irrealista y sobre todo difícil de alcanzar a la que tuvieron que enfrentarse mientras lidiaban con la preocupación constante de sanar de la enfermedad y no contagiar a sus seres queridos, mientras su relación e interacción con ellos se desgastaba.

Por su parte Espinosa, García y Muela (2018), manifiestan que *“los trastornos de ansiedad son uno de los problemas más frecuentes entre la población en general y no solo en adultos, sino también entre los niños, adolescentes y jóvenes. De hecho, se considera que la adolescencia es una época de especial vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental”* (p. 17). Por lo que inferimos que, sumado a la experiencia vivida con respecto al contagio con COVID-19, la presión y malestar aumentó sobre estas personas y a su vez son estos mismos autores los que aseguran que *“la presencia de trastornos de ansiedad en personas jóvenes se asocia con mayores tasas de ansiedad y depresión en la adultez temprana”*, por lo que podemos asegurar que la experiencia de lidiar con una enfermedad sin antecedentes previos respecto a tratamientos o medicinas adecuadas, además de la preocupación, los gastos económicos, la culpa, los estudios, prejuicios y expectativas, afectaron notablemente a los pacientes que se enfrentaron al COVID-19.

Por último, se evidencia tras los resultados obtenidos que, a menor edad, menores son los niveles de ansiedad que presentan los pacientes recuperados de COVID-19, esto pudiendo ser debido a la influencia que ejercen la carga de responsabilidades personales, laborales, académicas, económicas y familiares en las personas de mayor edad.

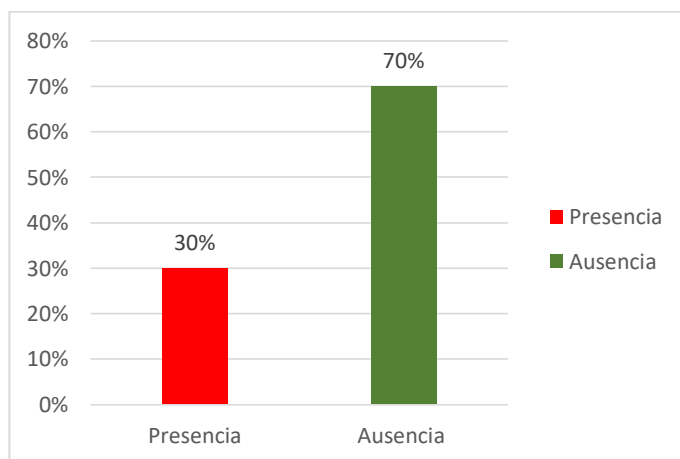
5.4 Tercer Objetivo Específico.

En función a este objetivo, *“Identificar la presencia y el tipo de estrés postraumático en los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija”*, se aplicó como instrumento la Evaluación Global de Estrés Postraumático, cuyos resultados se muestran a continuación.

TABLA N° 11
Estrés Postraumático

Estrés postraumático	Frecuencia	%
Presencia	15	30%
Ausencia	35	70%
TOTAL	50	100%

GRÁFICA N° 11
Estrés Postraumático



En cuanto a la variable de estrés postraumático que Crespo y Gómez (2003) definen como un *“patrón de síntomas que puede desarrollarse e individuos que han sido víctimas de catástrofes, accidentes o de agresiones causadas intencionadamente por otras personas”* (p. 171), se puede evidenciar que el 70% de los pacientes recuperados de COVID-19 no presentan

estrés postraumático, lo que significa que después de su experiencia vivida tras su contagio de COVID-19, estos pacientes no presentaron una reexperimentación de la misma así como tampoco recuerdos desagradables de este acontecimiento, malestar, evitación, dificultad para recordar el suceso, estados de alerta, irritabilidad, problemas de sueño, culpabilidad, desapego de la realidad, sentimientos negativos o conductas peligrosas de forma constante, prolongada y alarmante pese a haber experimentado un evento traumático.

Al respecto Rojas (2016) explica que *“la exposición a un factor estresante traumático es una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de trastorno de estrés postraumático”* (p. 234), por lo que inferimos que, si bien estos sujetos atravesaron una experiencia que los expusiera a malestar y estrés; no presentaron una serie de criterios que se necesitan cumplir para el diagnóstico de este trastorno como ser la evitación, el tiempo, la reexperimentación, embotamiento afectivo, hiperactivación, síntomas clínicos y el tiempo mínimo para considerar el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático, tras la experiencia relatada.

En contraparte y en menor porcentaje, el 15% sí presentó estrés postraumático por lo que podemos afirmar que a diferencia del anterior grupo, estos pacientes desarrollaron una serie de reacciones a partir de su experiencia con el COVID-19, ante ello, Whalley y Kaur (2020) afirman que se trata de *“una variedad de síntomas que muchas personas desarrollan después de que su vida ha estado en peligro o cuando ha existido la posibilidad de sufrir lesiones graves”* (p. 4), ante lo que podemos inferir que no solo presentaron síntomas como recuerdos y sueños desagradables, reexperimentación, evitar hablar o pensar sobre esa experiencia así como las actividades que se la recuerden o se involucren a ella, dificultad para expresar emociones, irritabilidad, pérdida de interés a actividades que solía disfrutar y culpabilidad entre varios otros, así como también que los síntomas mencionados fueron persistentes por más de un mes, generando niveles de inquietud en estas personas.

Asimismo, Whalley y Kaur (2020), expresan que *“estar gravemente enfermo es una experiencia física y emocionalmente abrumadora. Naturalmente, debido a la magnitud de lo que ha pasado, toma tiempo recuperarse”* (p. 234), por lo que es posible confirmar a través de los datos expuestos, que los pacientes recuperados de COVID-19 desarrollaron este trastorno después de haber atravesado circunstancias relacionadas con su contagio, como visitas al hospital, constantes, pruebas, aislamiento y prejuicios respecto a su estado de salud.

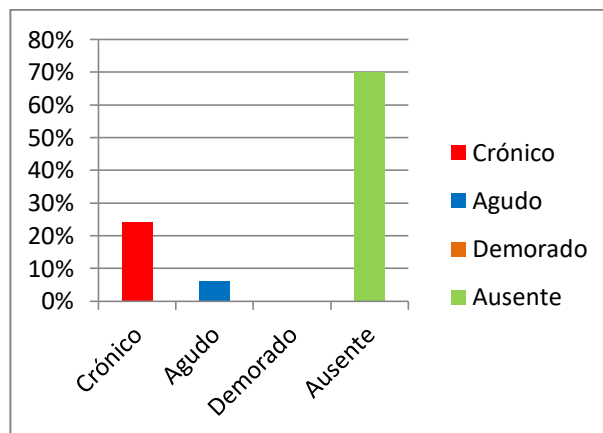
Además, cabe mencionar que Kaseda (2020) en relación a los pacientes infectados por COVID-19, señaló que *“el TEPT ocurría con mayor frecuencia en grupos de pacientes que compartían características comunes de ingreso, en concreto: ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), pacientes intubados y ventilados mecánicamente y los que experimentaron delirium”* (párrafo 12), por lo que se puede afirmar que los pacientes recuperados de esta enfermedad presentaron síntomas más intensos en relación a la atención médica recibida, es decir, que el peso del trauma experimentado posee gran impacto en la psique de las persona que tuvieron que atravesar controles médicos debido a esta enfermedad.

De modo que, a través de los resultados obtenidos y presentados en el cuadro y tabla N°11, es posible evidenciar que en los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija, existe una tendencia a la ausencia de estrés postraumático en base a la experiencia generada por el contagio de dicha enfermedad.

TABLA N° 12
Tipo de Estrés Postraumático

Tipo de TEPT	Frecuencia	%
Crónico	12	24%
Agudo	3	6%
Demorado	0	0%
Ausente	35	70%
TOTAL	50	100%

GRÁFICA N° 12
Tipos de Estrés Postraumático



En cuanto a los tipos de estrés postraumático en relación a los resultados obtenidos, un 70% de la población cuenta con un tipo de estrés postraumático ausente debido a que no cumplieron todos los criterios de diagnóstico del trastorno por estrés postraumático, de modo que no fueron calificables para presentar los tres tipos de TEPT (crónico, agudo, demorado); reflejando asimismo que la experiencia vivida tras el contagio de COVID-19 no se figuró, para este porcentaje de sujetos, como un acontecimiento que genere un malestar duradero que provoque la reexperimentación, evitación, recuerdos recurrentes, cambios conductuales o emocionales que caracterizan este trastorno.

Mientras que entre los pacientes que presentaron algunos de los tres tipos de estrés postraumáticos reconocidos, se registró que un 12% de los sujetos de estudio presentan un estrés postraumático de tipo crónico, lo que refiere que del estrés postraumático diagnosticado, como señala la asociación de Crespo (2011), se experimenta los síntomas desde hace más de tres meses, por lo que se puede referir la presencia persistente del deterioro del desenvolvimiento social, escolar, personal y laboral que caracteriza a esta afección en las personas expuestas a acontecimientos traumantes, circunstancia por la que atravesaron los sujetos de estudio tras su contagio con COVID-1, de modo que aquello que Córdoba (2011) describe como un *“trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica”* (p. 9), habría tenido una duración por encima de los tres meses, logrando causar constante malestar a estos sujetos.

Por otro lado, el 3% reveló presentar un estrés postraumático de tipo agudo es decir que como explica Crespo (2011), experimenta los síntomas desde hace más de un mes y menos de tres meses desde el acontecimiento, por lo que se refiere que pese a presentar este trastorno a causa de su contagio con COVID-19, el mismo no habría persistido por mucho tiempo a través de los síntomas característicos de este trastorno de modo que estos no causaron un malestar prolongado en este porcentaje de sujetos.

Y pese a que el estrés postraumático de tipo demorado figuró con un 0% de la población, es preciso mencionarlo ya que significa que ninguno de los sujetos de estudio que presentó estrés postraumático, experimentó los síntomas característicos de este trastorno después de seis o más meses desde el acontecimiento traumático, esto debido a que el presente estudio se realizó con personas que enfermaron y se recuperaron del COVID-19 entre los

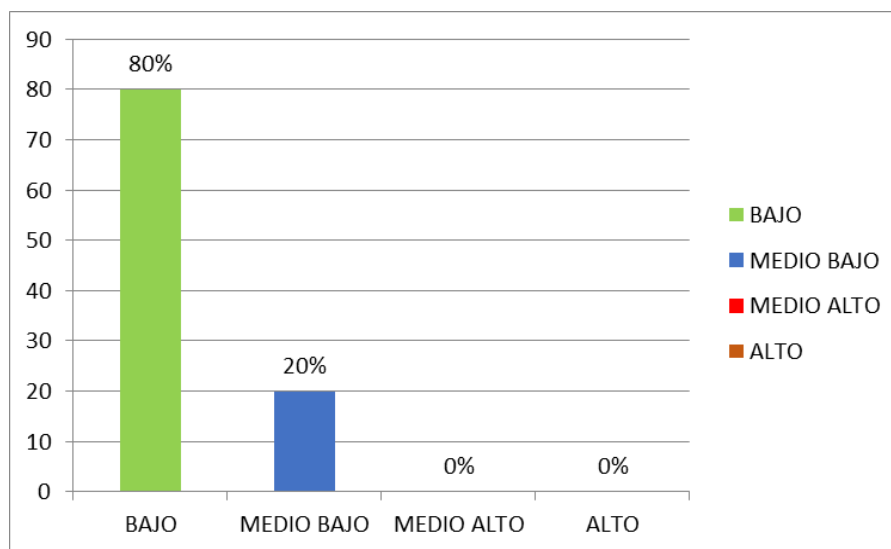
meses de enero a mayo, por lo cual existía una imposibilidad en dichos individuos de poder desarrollar este tipo de estrés postraumático ante la falta de tiempo transcurrido desde su recuperación hasta la aplicación de la Evaluación Global de Estrés Postraumático..

Así que, por medio de los porcentajes que se exponen en el cuadro N°12, se concluye que existe ausencia de un tipo de estrés postraumático en los pacientes recuperados de COVID-19, esto debido a la ausencia misma del TEPT en los mismos individuos; mientras que en aquellos que presentan dicho trastorno existe una tendencia a presentar un estrés postraumático de tipo crónico.

TABLA N° 13
Intensidad de los Síntomas

Intensidad de síntomas	Frecuencia	%
Bajo	40	80%
Medio bajo	10	20%
Medio alto	0	0%
Alto	0	0%
TOTAL	50	100%

GRÁFICA N° 13
Intensidad de los Síntomas



Con respecto a la intensidad de los síntomas presentados en los pacientes recuperados de COVID-19, se puede observar, a través del presente cuadro y tabla, que el 80% de la

población presenta una intensidad baja, por lo que se puede inferir que los pacientes recuperados presentan una mayor tendencia a figurar una intensidad baja en lo que respecta a síntomas desencadenados por estrés postraumático; sin embargo, se toma en cuenta que un significativo 20% presenta una intensidad en sus síntomas, medio baja; lo que significa que a diferencia del anterior porcentaje, este grupo fue afectado de manera más seria, constante y alarmante por síntomas que involucran intrusiones, evitación, alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo, y alteraciones en la activación y la reactividad.

Con respecto a los síntomas del estrés postraumático, la página oficial de Mayo Clinic (2019) señala que *“estos síntomas ocasionan considerables problemas en situaciones sociales o laborales y en las relaciones. También pueden interferir con tu capacidad de hacer tus tareas normales de todos los días”* (párrafo 4), por lo que podemos inferir que la presencia de estos al ser de intensidad baja, no influyeron ni afectaron de sobre manera a estos pacientes.

Paralelamente, un 20% presentó una intensidad de síntomas medio baja, lo cual significaría que si bien los síntomas fueron levemente más fuertes; estos no causaron daño psicológico a las personas que lo presentaron de modo que su conducta no se vio impactada tras esta experiencia, ante lo cual Mayo Clinic (2019), expresó *“los síntomas pueden variar con el paso del tiempo o según la persona”* (párrafo 4), es decir que los individuos cuentan con una capacidad adaptativa apta que le permite hacer frente a situaciones que involucran angustia, trauma y malestar y que con el paso del tiempo estos mismos síntomas perdieron su impacto en estas personas.

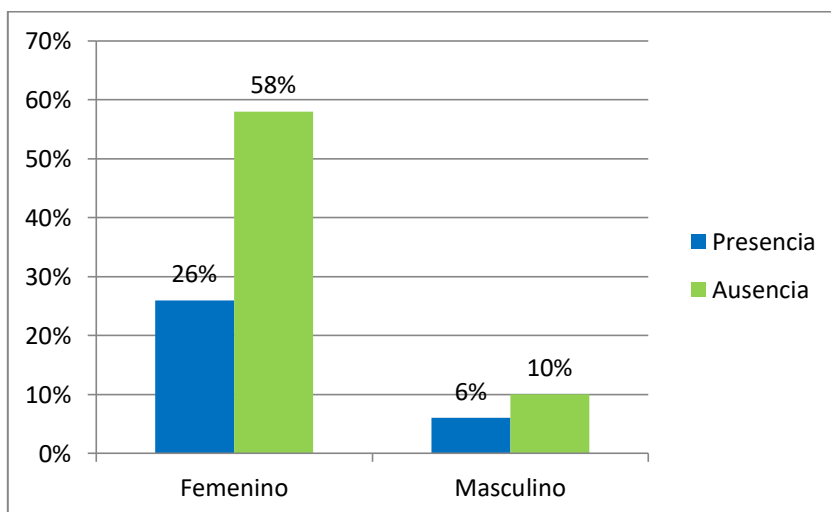
Además, cabe mencionar que Kaseda (2020), en relación a los pacientes infectados por COVID-19, señaló que *“el TEPT ocurría con mayor frecuencia en grupos de pacientes que compartían características comunes de ingreso, en concreto: ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), pacientes intubados y ventilados mecánicamente y los que experimentaron delirium”* (párrafo 12), por lo que se puede afirmar que los pacientes recuperados de esta enfermedad presentaron síntomas más intensos en relación a la atención médica recibida, es decir, que el peso del trauma experimentado posee gran impacto en la psique de las personas que tuvieron que atravesar controles médicos estrictos y de gran cuidado debido a esta enfermedad y que por lo tanto a menor trauma en relación a la atención médica, menor fue la intensidad de los síntomas de estrés postraumático en pacientes recuperados de COVID-19.

Por lo que se puede concluir, a través de los porcentajes obtenidos, que en los pacientes recuperados de COVID-19 entre las edades de 20 a 35 años de edad de la ciudad de Tarija existe una tendencia a presentar una intensidad baja en cuanto a síntomas de estrés postraumático, por lo que su desenvolvimiento no se vio afectado ante los bajos niveles de los ya mencionados síntomas.

TABLA N° 14
Estrés Postraumático y Sexo

Estrés Postraumático	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Presencia	13 31%	3 38%	16 32%
Ausencia	29 69%	5 62%	34 68%
TOTAL	42 100%	8 100%	50 100%

GRÁFICA N° 14
Estrés Postraumático y Sexo



De acuerdo al cruce de variables entre estrés post traumático y sexo, se puede observar que un 69% del porcentaje pertenece al sexo femenino, lo cual indican que no presentan estrés post traumático lo que refiere una ausencia del mismo, también se puede observar un porcentaje significativo de un 31% de la población femenina indican de una presencia del estrés post traumático.

En cuanto a la población del sexo masculino un 62% refiere ausencia de la variable, y un 38% indica que sí hay presencia de estrés post traumático.

De acuerdo con los datos obtenidos, se puede inferir que hay un porcentaje alto de la población femenina que refiere que no presentaron estrés post traumático, así también un porcentaje significativo que refiere que sí, en cuanto a la población masculina presentan un mínimo porcentaje de ausencia como de presencia de estrés post traumático.

El Instituto Nacional de Salud (2020), indica que *“las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar estrés postraumático. Las mujeres son dos veces más propensas que los hombres”* (párrafo 15). Ciertos aspectos de ese acontecimiento traumático y algunos factores biológicos (como los genes) pueden hacer que algunas personas sean más susceptibles a presentar este trastorno.

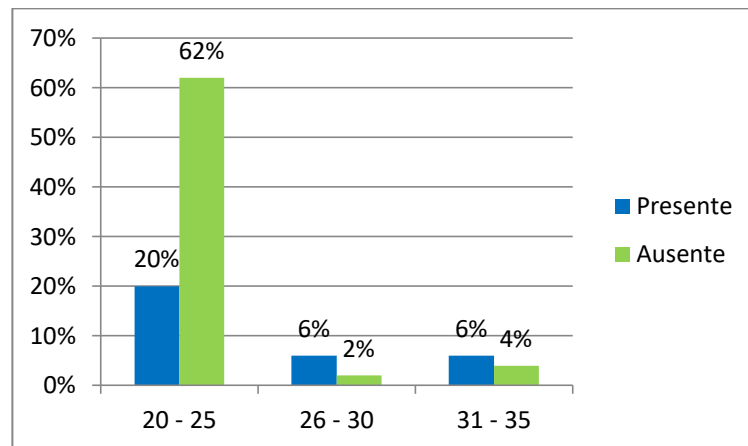
Sin embargo, la mayoría de las mujeres que atraviesan un trauma no desarrollaron estrés post traumático ya que hay diferentes factores que ayudan a reducir el riesgo de sufrirlo. Y los que sí tienen mayor probabilidad de desarrollar estrés postraumático son las que: fueron expuestas directamente al trauma, ya sea como víctima o como testigo de la experiencia traumática, resultaron gravemente heridas durante el evento traumático, vivieron una experiencia traumática de larga duración o muy grave, creían que su vida estaba en peligro, creían que la vida de un miembro de la familia estaba en peligro, tuvo una reacción severa durante el evento, como el llanto, temblores, vómitos o sensación de encontrarse aparte de su entorno (fuera de sí mismo), se sentían impotentes durante el trauma y no fueron capaces de ayudarse a sí mismos o a un ser querido en peligro y no tienen una buena red de apoyo.

De modo que a través de los resultados observables en el cuadro N°14, se concluye que en los pacientes recuperados de COVID-19 no se percibe diferencia en cuanto al sexo, ya que tanto en hombres como en mujeres se evidencia la ausencia de estrés postraumático a través de los porcentajes dispersos correspondientes a cada sexo.

TABLA N° 15
Estrés Postraumático y Edad

Estrés postraumático	Rango de edad			Total
	20 – 25	26 – 30	31 – 35	
Presencia	10 24%	3 75%	3 60%	16 32%
Ausencia	31 76%	1 25%	2 40%	34 68%
TOTAL	41 100%	4 100%	5 100%	50 100%

GRÁFICA N° 15
Estrés Postraumático y Edad



En relación al cruce de variables entre estrés post traumático y edad se puede evidenciar que, el porcentaje más significativo es 76% de la población, que se encuentra en el rango de edad entre 20 a 25 años, los cuáles no presentan estrés post traumático hay una ausencia de la misma, así mismo dentro del mismo rango de edad un 24% de la población refiere una presencia de estrés post traumático, mientras que con el porcentaje más significativo en cuanto a presencia de estrés postraumático se obtuvo un 75% correspondiente a los pacientes recuperados entre las edades de 26 a 30 años de edad, contra un 25% en los que se detectó la ausencia de TEPT y en cuanto a los individuos ubicados entre las edades de 31 a 35 años, se detectó la presencia de estrés postraumático en un 60% y su ausencia en un 40%.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede inferir que la mayor población no presenta síntomas de haber sufrido estrés post traumático, esto significa que un evento

traumático para algunas personas es significativo y para otras no o en otros casos, se superó y no afectó su bienestar, pudiendo deberse al hecho de que el peso de las responsabilidades en las personas más jóvenes tiende a ser menor, pues, a su vez el peso de estas no repercute en la vida de terceros de manera significativa como lo hace para las personas adultas cuyas responsabilidades se relacionan a otros, dado que a mayor edad mayor es la responsabilidad con la que una persona debe lidiar, pues hay otros individuos que dependen de ellos como ser padres, hermanos, pareja e hijos, por lo que corresponde decir que la percepción de ser responsable de otros es también un factor importante que influye dentro de esta variable.

No todas las personas que hayan pasado por una situación dónde estuviera expuesta su salud pueden sufrir de un estrés post traumático.

De acuerdo a MedlinePlus (2021), *“hay ciertos factores que pueden ayudar a reducir el riesgo de desarrollar TEPT. Estos se conocen como factores de resiliencia e incluyen: Buscar el apoyo de otras personas como amigos, familiares o un grupo de apoyo, aprender a sentirse bien con su actuar ante el peligro, tener una estrategia de afrontamiento o una forma de superar el episodio traumático y aprender de él y por último actuar y responder eficazmente a pesar de sentir miedo”* (párrafo 16), por lo que se puede inferir que la capacidad de pedir ayuda y expresar las emociones, influye en demasía en estos casos, de modo que los síntomas presentados llegan a ser temporales y menos intensos por lo cual no fluctúan la estabilidad mental de los pacientes.

De acuerdo al segundo porcentaje más relevante parte de la población que se encuentra entre los 26 a 30 años de edad, refiere una presencia de estrés postraumático, seguido por un porcentaje similar que corresponde a los sujetos entre los 31 a 35 años de edad, lo que contradice a Ortiz y Escribano (2007) que expresan que *“los niños y adolescentes son más vulnerables que los adultos a desarrollar síntomas postraumáticos tras la exposición a un acontecimiento traumático”* (p. 101), mientras que el Instituto Nacional de Salud Mental (2020) refiere que *“cualquier persona puede tener trastorno por estrés postraumático a cualquier edad”* (párrafo 3).

Por lo que, por medio de los resultados expuestos en el cuadro N°15, es posible determinar que existe una mayor tendencia a presentar estrés postraumático en los pacientes recuperados de COVID-19 de mayor edad en relación a los individuos más jóvenes que figuraron índices más bajos que el resto que cuenta con una edad superior.

5.5 Cuarto Objetivo Específico.

Para poder cumplir con este objetivo *“establecer el nivel de bienestar psicológico en pacientes recuperados de COVID-19 del departamento de Tarija.”*, se aplicó como instrumento de evaluación la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, cuyos resultados son presentados a continuación.

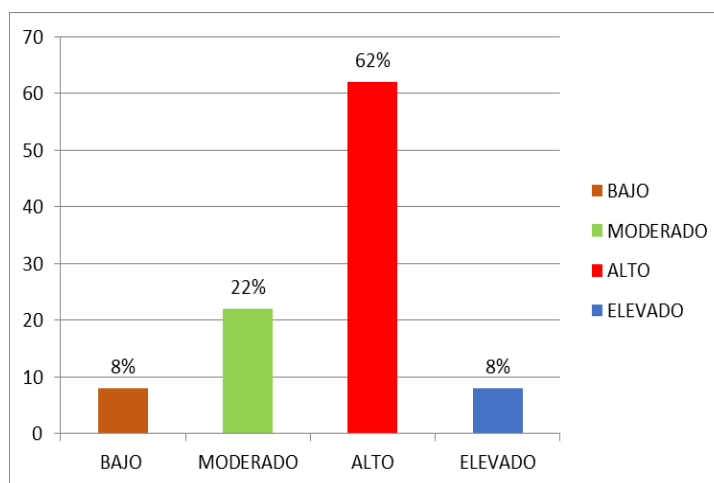
TABLA N° 16

Nivel de Bienestar Psicológico

Bienestar psicológico	Frecuencia	%
Bajo	4	8%
Moderado	11	22%
Alto	31	62%
Elevado	4	8%
TOTAL	50	100%

GRÁFICA N° 16

Nivel de Bienestar Psicológico



En lo que respecta a la variable bienestar psicológico, que Ryff y Keyes (1995) describen como *“estado mental y emocional que establece la actividad psíquico efectivo del individuo según su modelo individual y la forma de adaptarse a requerimientos internas y externas del área físico y social”* (p. 57), se observa un 62% de los sujetos de estudio presentan un bienestar psicológico de nivel alto lo cual refiere que estas personas se

encuentran en un estado emocional óptimo que permite que los individuos sean capaces de adaptarse y enfrentar las exigencias de su entorno a nivel social y personal. Scolini y Goris (2011) establecen que a este nivel de bienestar psicológico se encuentra un equilibrio adecuado de la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de sentirse satisfecho. Se sostiene que el estado de bienestar experimentado por los individuos depende tanto de las condiciones sociales y personales, como de la forma en que los individuos se enfrentan a ellas dentro del contexto de una sociedad y que los individuos conviven o están interactuando con otros miembros dentro de ella. De acuerdo con Ryff, las personas con salud psicológica tienen actitudes positivas hacia sí mismas y hacia los demás, por lo que se infiere que los pacientes recuperados de COVID-19 mostrarían una mayor aceptación hacia sí mismas y hacia quienes los rodean, después de haber experimentado el contagio de una enfermedad de alto riesgo, es decir que existe la posibilidad de que la perspectiva positiva hacia sí mismo se mantuviera o incluso aumentara al verse superar la adversidad que involucra el contagio de una enfermedad compleja y sin tratamiento determinado como lo es el COVID-19.

Por otro lado, se evidencia que el 22% de los individuos estudiados presentan un nivel moderado de bienestar psicológico, lo cual de acuerdo a Papalia, Wendkos y Duskin (2005), citando a Ryff y Singer, afirman que la salud mental positiva involucra un sentido de bienestar psicológico que va de la mano con un sentido saludable del yo; es decir, estos sujetos poseen un bienestar psicológico con dimensiones fluctuantes por lo cual algunas se encuentran más fortalecidas y trabajadas que otras lo cual ocasiona que no se pueda llegar a un nivel más elevado de bienestar pero que sea lo suficientemente estable para afrontar situaciones adaptativas.

En un porcentaje menor a los anteriores, el 8% de los individuos se ubican en un nivel elevado de bienestar psicológico lo cual refiere que los sujetos lograron optimizar al máximo su estado emocional y psíquico, así como desarrollarse ampliamente en las dimensiones tanto a nivel personal como aquellas que dependen de condiciones exteriores; por lo cual, son personas que enfrentan con éxito las situaciones cotidianas y aquellas que para otros suponen escenarios estresantes. En relación a esto, Rice (1997) afirma que el bienestar psicológico se produce en relación con un juicio cognitivo acerca de los logros, pero a su vez influye en la conducta dirigida al logro de metas y propósitos. La persona con altos niveles de bienestar

suele trazarse metas alcanzables lo cual deriva a la vez, satisfacción y bienestar. La persona con altos niveles de bienestar suele trazarse metas alcanzables de lo cual deriva a la vez, satisfacción y bienestar. El bienestar psicológico suele ser la resultante de afrontar adecuadamente las situaciones de estrés de la vida cotidiana, pero a la vez una persona con alto nivel de bienestar está mejor preparada y, de hecho, afronta mejor las demandas y desafíos del ambiente.

Por último, un 8% de sujetos obtuvo resultados que los ubican dentro de un nivel bajo de bienestar psicológico, lo cual refiere una carencia de capacidades adaptativas producto de un estado de insatisfacción con su persona, sus experiencias de vida y su relación con sus entornos sociales. Victoria (2005) sostiene que la calidad de vida (objetiva y subjetiva) y salud tienen una doble relación: la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y a la vez, un resultado de ella. Cuando un individuo se siente mal (aunque no se le encuentre una enfermedad definida, diagnosticable desde el punto de vista clínico) “se siente enfermo”, infeliz, y eso puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Sin embargo, la salud no es sólo un componente importante de la calidad de vida, sino también un resultado.

Por lo que tras el análisis de los datos expuestos en el cuadro N°16, se evidencia que existe una tendencia bastante marcada a que los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija presenten un alto nivel de bienestar psicológico ante la percepción positiva de ellos mismos, de los individuos con los que se relacionan, sus acciones, con su vida en general y con su actitud frente a circunstancias difíciles.

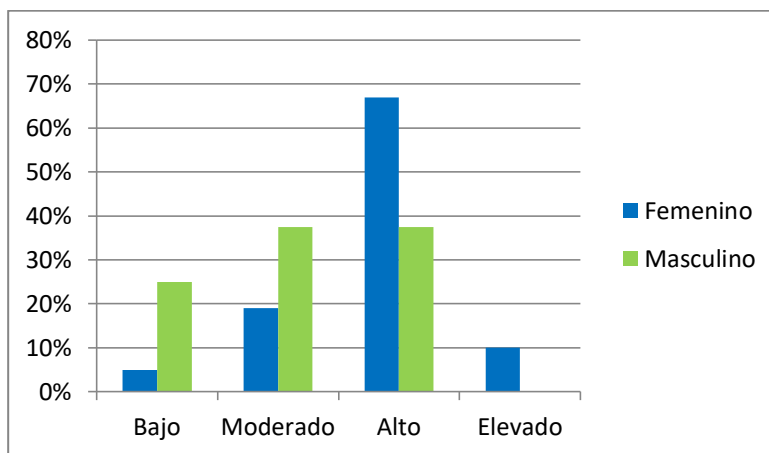
TABLA N° 17

Bienestar Psicológico y Sexo

Bienestar psicológico	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Bajo	2 5%	2 25%	4 8%
Moderado	8 19%	3 37%	11 22%
Alto	28 67%	3 38%	31 62%
Elevado	4 9%	0 0%	4 8%
TOTAL	42 100%	8 100%	50 100%

GRÁFICA N° 17

Bienestar Psicológico y Sexo



El cruce entre las variables las variables bienestar psicológico y sexo, muestra que existe un nivel alto de bienestar psicológico en 67% de los sujetos de sexo femenino frente a un 38% de los sujetos de sexo masculino. Esto indicaría que son personas que toman sus propias decisiones, regulan su propia conducta y eligen o moldean ambientes compatibles con sus necesidades. Además, tienen metas que dan significado a sus vidas y se esfuerzan por explotar y desarrollarse tan plenamente como sea posible. Respecto a esto, los autores Zubieta, Muratori y Mele (2012) sostienen la tendencia de las mujeres de orientarse hacia valores más expresivos, sociales y comunales, en tanto que los hombres enfatizan como fuente

de su bienestar la autoaceptación y la autonomía. En otras investigaciones, evidencias similares suelen explicarse como resultado de un contexto social en el que las competencias como habilidades sociales, emocionales y de relación con los otros, son más deseables socialmente para el género femenino y clásicamente atribuidas al mismo, mientras que en los hombres es socialmente más deseable resaltar cualidades como la autodisciplina, la orientación hacia las metas, la autodeterminación, etc.

Por otra parte, en cuanto a un nivel elevado de bienestar psicológico, el 9% de los sujetos femeninos alcanzaron puntuaciones que les ubican en el referido. Esto indicaría que las mujeres del estudio poseen una mayor satisfacción con su vida y/o con su desarrollo personal en comparación a los hombres, lo cual podría deberse a múltiples factores situacionales o vinculados a características meramente individuales. De acuerdo con Zubieta, Fernández y Sosa (2012) las mujeres experimentan una mayor capacidad para elegir entornos favorables y para controlar o influir en su contexto, así como una mayor direccionalidad y metas vitales que los hombres.

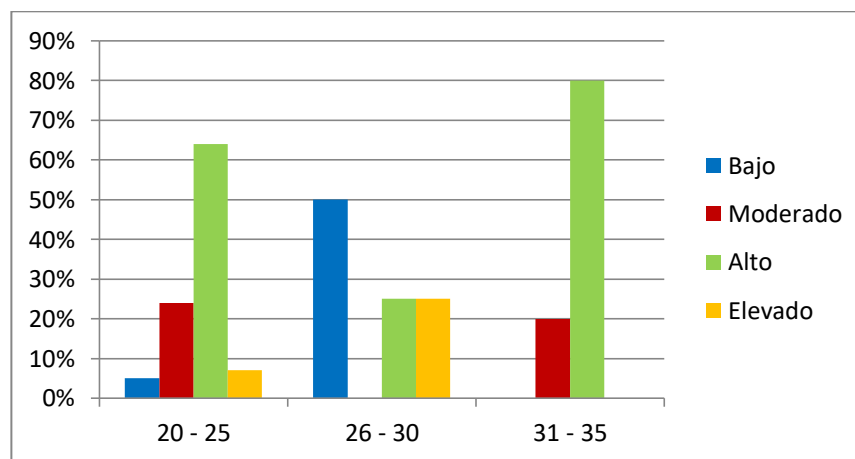
En cuanto a los niveles bajos de bienestar psicológico, el 5% de los individuos de sexo femenino y 25% de individuos de sexo masculino puntuaron en este nivel. En comparación a las mujeres se evidencia que una cuarta parte de los sujetos hombres obtuvieron niveles bajos de bienestar psicológico lo cual sugiere que existe un menor desarrollo personal en estos sujetos o una percepción insatisfactoria sobre el mismo. De acuerdo con Delfino y Zubieta (2011) estas diferencias, en su conjunto, podrían estar relacionadas con diferentes orientaciones axiológicas de hombres y mujeres, estando éstas más orientadas hacia la autotranscendencia, la importancia del bienestar y armonía de (y con) los demás, mientras que los hombres se orientarían más hacia la autopromoción, la búsqueda de objetivos y metas individuales y el poder sobre personas y recursos.

Por lo tanto, en base a los datos expuestos, se evidencia que, en cuanto a bienestar psicológico los pacientes recuperados de sexo femenino presentan mayor tendencia a figurar un nivel alto; mientras que los pacientes recuperados de sexo masculino muestran una predominancia a presentar un nivel moderado del mismo y asimismo una preponderancia en los niveles bajos del bienestar psicológico frente al sexo femenino.

TABLA N° 18
Bienestar Psicológico y Edad

Bienestar psicológico	Rango de edad			Total
	20 – 25	26 – 30	31 – 35	
Bajo	2 5%	2 50%	0 0%	4 8%
Moderado	10 24%	0 0%	1 20%	11 22%
Alto	26 64%	1 25%	4 80%	31 62%
Elevado	3 7%	1 25%	0 0%	4 8%
TOTAL	41 100%	4 100%	5 100%	50 100%

GRÁFICA N° 18
Bienestar Psicológico y Edad



En relación al cruce entre las variables bienestar psicológico y edad, se puede observar en el cuadro que existen diferencias significativas en función de la edad, con un mayor bienestar psicológico en los sujetos entre los 31 a 35 años (80%) frente a un 64% de los sujetos entre los 20 a 35 años y en comparación, a los sujetos de edades entre los 26 y 30 años.

Ante lo cual Wilson refiere que “a pesar de los cambios surgidos en el proceso de envejecimiento a nivel físico, cognitivo, emocional y social, se observa que la ligera disminución en el grado de bienestar observado, no está relacionada con la edad sino con otros factores” e igualmente expresa que las emociones positivas aumentan con la edad mientras que por otro lado las emociones negativas pueden surgir en base a los estereotipos y prejuicios que se asumen en una persona mayor, influyendo negativamente a su percepción (Mesa,

2019). De modo que a través de los resultados se evidencia y confirma que la edad no influye en los pacientes recuperados de mayor edad en el presente estudio pudiendo deberse a la estabilidad profesional y económica con la que cuentan en contraparte a los individuos que se ubican entre los 26 a 30 años de edad.

Zubieta, Mele y Casullo (2006) indican que es posible que haya dimensiones que experimentan un desarrollo *in crescendo* desde la juventud a la adultez y que, a partir de esta, declinan a medida que avanza la edad, como indica la literatura precedente. Esto sería coherente con algunos estudios, realizados a los participantes más jóvenes quienes demostraron una actitud de apertura al cambio y la autopromoción; mientras que los mayores orientaron sus objetivos hacia la conservación. Estas diferencias en el perfil del bienestar psicológico podrían estar relacionadas con cambios significativos en las tendencias motivacionales a lo largo del ciclo vital. Teoría que se confirma frente al porcentaje del 50%, que corresponde a los pacientes recuperados entre las edades de 26 a 30 que presentan un nivel de bienestar psicológico bajo en relación al 5% de los sujetos entre los 20 a 25 años, pero que se contradice con el porcentaje que corresponde a los pacientes de mayor edad, aquellos que se ubican entre los 31 a 35 años, esto pudiendo deberse a la presión, prejuicios y expectativas que influyen en ese período de tiempo, como es la obtención de un trabajo fijo, estabilidad económica y la conformación de una familia.

En cuanto al nivel elevado de bienestar psicológico, 25% de los sujetos de edades entre los 26 y 30 años, 7% de los sujetos más jóvenes de edades entre los 20 y 25 años y un inexistente porcentaje de sujetos de entre 31 y 35 años, obtuvieron un nivel elevado de bienestar psicológico. Triadó (2005) indica que la capacidad de adaptación implica que no existe una trayectoria de desarrollo fijada de antemano, sino que cada persona dispone de un cierto rango de maniobra, un potencial de flexibilidad que le permite modificar sus trayectorias de desarrollo y las elecciones que toma para ello. Los cambios evolutivos en la adultez parecen ser que producen un cambio en la noción de bienestar psicológico de la persona. Estos cambios pueden verse atenuados por el proceso de adaptación, entendido como la eficacia de la persona para modificar su funcionamiento.

Por lo que entonces, en base a los resultados referidos en la tabla N°18, se puede evidenciar que a mayor edad en los pacientes recuperados de COVID-19 más alta es la

tendencia a presentar un nivel alto de bienestar psicológico, pudiendo deberse a la influencia de la estabilidad laboral y económica de la que gozarían estos individuos.

TABLA N° 19
Respuestas Emocionales

ITEMS	PI	CL	CC	CD	TOTAL
1. Su estado de ánimo después de enterarse que enfermó de covid-19.	0 0%	26 52%	18 36%	6 12%	50 100%
2. Optimismo	3 6%	19 38%	19 38%	9 18%	50 100%
3. Sentimiento de fracaso consigo mismo	1 2%	18 36%	20 40%	11 22%	50 100%
4. Pensamiento de castigo o merecer ser castigado	3 6%	17 34%	18 36%	12 24%	50 100%
5. Sensación de culpa	5 10%	15 30%	18 36%	12 24%	50 100%
6. Disconformidad consigo mismo	3 6%	16 32%	21 42%	10 20%	50 100%
7. Pensamientos o ideas de hacerse daño.	6 12%	15 30%	20 40%	9 18%	50 100%

PI	Permanece igual	CC	Cambió considerablemente
CL	Cambió ligeramente	CD	Cambió demasiado

Con respecto al ítem “**su estado de ánimo después de enterarte que enfermaste de covid-19**”, se obtuvo un porcentaje de 52% que corresponde a Cambió Ligeramente, lo que quiere decir que, a través de este ítem podemos denotar que luego de enterarse de haber enfermado de Covid-19, el estado de ánimo de estas personas no fluctuó demasiado, pese la difícil situación en la que se encontraron. Sin embargo, en el siguiente ítem, “**optimismo**”, se puede observar un 38% en Cambió Ligeramente, justo a la par de un 38% que corresponde a Cambió Considerablemente, lo que resulta interesante, puesto que esto denota que, pese a que los pacientes recuperados trataron de mantener una perspectiva lo más positiva y favorable posible, en lo que concierne a su enfermedad, en la misma proporción se puede observar una vacilación al respecto de la misma.

A su vez, en lo que refiere al ítem 3, “**sentimiento de fracaso consigo mismo**”, se presentó un cambio considerable predominante, ante lo que se puede expresar que estas personas consideran que no están consiguiendo el éxito en diferentes propósitos de su vida, ya sean estos a corto o largo plazo, resultando una vivencia degradable y frustrante.

Por su parte **“pensamiento de castigo o merecer ser castigado”**, presentó un 36% en cambió considerablemente, junto con el ítem “sensación de culpa”, al que corresponde un 63%, y asimismo el ítem 6, **“disconformidad consigo mismo”**, que presentó un 42% en el mismo indicador que los dos anteriores; reflejando de esta manera que ante la percepción de haber cometido un error, que en este caso podría interpretarse como el hecho de haber enfermado, y especialmente ante el surgimiento del sentimiento de culpa, se impone un castigo, mismo que puede traducirse a la utilización de críticas severas, la no realización de cosas que aporten gratificación personal, o incluso insultos; de modo que como consecuencia de ello, podemos alimentar la culpabilización y hasta llegar a mermar la imagen que se tiene de nosotros mismos, por lo que se asume que la mezcla de estas emociones se deben ante la percepción de haber fallado a su familia y seres queridos así como así mismo tras haber enfermado, dicha percepción se debería a la idea de haber puesto la salud de todos en riesgo, así como su economía puesto que el tratamiento médico contra el COVID-19 generó múltiples gastos a las familias de los pacientes infectados con dicha enfermedad.

Finalmente, con respecto al ítem 7, **“pensamientos o ideas de hacerse daño”**, que se presentaron en Cambió Considerablemente con un 40%, en relación al resto de alternativas, lo cual refiere que las personas que padecieron de COVID-19, muestran cierta tendencia a pensar en dañarse a sí mismos, denotando que no contarían con la capacidad de enfrentar aquella difícil situación de la manera más sana. Respuesta que, tomando en cuenta los anteriores ítems analizados, se asume que se origina en base a los sentimientos de culpa debido a los perjuicios materiales y emocionales generados a sus seres queridos, así como también las críticas que se percibieron en diferentes medios con respecto a la supuesta irresponsabilidad de los pacientes enfermos ante su contagio, esto influyendo fuertemente en la percepción que tenían de sí mismos.

TABLA N° 20

Respuestas Físicas o de Conducta

ITEMS	PI	CL	CC	CD	TOTAL
8. Temblores en las extremidades	11 22%	14 28%	21 42%	4 8%	50 100%
9. Episodios de llanto	1 2%	25 50%	21 42%	3 6%	50 100%
10. Cansancio físico	2 4%	21 42%	20 40%	7 14%	50 100%
11. Agitación sin motivos aparentes	2 4%	22 44%	18 36%	8 16%	50 100%
12. Interés por el sexo	8 16%	13 26%	21 42%	8 16%	50 100%
13. Appetito	3 6%	18 36%	18 36%	11 22%	50 100%
14. Hábitos de sueño	1 2%	15 30%	25 50%	9 18%	50 100%

PI	Permanece igual	CC	Cambió considerablemente
CL	Cambió ligeramente	CD	Cambió demasiado

En cuanto a los ítems relacionados a las respuestas físicas o de conducta, se puede observar como en el ítem **“temblores en las extremidades”**, los sujetos presentaron un 42% en Cambió Considerablemente, por lo que podemos referir que este porcentaje de pacientes, desde su contagio de COVID-19, han presentado temblores en manos y piernas, misma respuesta fisiológica que se asume se debe a la presencia de niveles de ansiedad en los pacientes recuperados, tomando en cuenta que dicha respuesta está fuertemente ligada a la ansiedad, misma que se presenta ante situaciones de peligro o amenaza que desencadena respuestas físicas debido a la segregación de adrenalina y otras sustancias químicas con el objetivo de preparar a cuerpo para huir o adaptarse al peligro o amenaza.

Sobre el ítem **“episodios de llanto”**, se puede observar que el 50% de las personas recuperadas, son quienes refirieron presentar este síntoma en Cambió Ligeramente, es decir que, pese a verse afectados por su enfermedad, sus episodios de llanto no son alarmantes, solo lo que se esperaría de la respuesta de pacientes que lidian con esta difícil y compleja enfermedad, pero sin llegar a ser abrumante o intensos.

Con respecto a los siguientes ítems, **“cansancio físico”** (42%) y **“agitación sin motivo aparente”** (44%) ambos estuvieron dentro del indicador de Cambió Ligeramente, siendo estas respuestas no necesariamente debido al esfuerzo físico, sino al agotamiento

mental y emocional y que, a su vez, como síntomas se encuentran vinculados a la depresión y ansiedad, Tal estado denotó una ligera presencia de estos síntomas en relación a esas afecciones de la salud mental en estas personas.

En el ítem 12, **“interés en el sexo”**, presentaron un 42% en el indicador Cambió Considerablemente, por lo que se puede señalar la fluctuación en lo que refiere al apetito sexual de los pacientes recuperados de COVID-19, desde el momento en que se contagiaron, por lo que tomando en cuenta que esta respuesta está ligada a la depresión y se considera que la misma se debió al fluctuante estado de ánimo de los pacientes, así como la alteración de la percepción que tenían de sí mismos durante el proceso de recuperación, así como también el agotamiento físico que involucra el atravesar el tratamiento contra el COVID-19.

En cuanto a **“apetito”**, se pudo evidenciar que el 36% correspondió a Cambió Considerablemente, que refleja una alteración significativa en los hábitos alimenticios de estas personas a partir de su contagio con COVID-19, ante lo que Sissons (2021), refiere que *“algunas personas también pueden perder el apetito como síntoma de una enfermedad prolongada, como en las últimas etapas de una afección grave”* (párrafo 5), permitiendo, a través de los datos expuestos, evidenciar cómo el COVID-19 afectó directamente a estas personas, en lo que cabe resaltar que las personas con enfermedades prolongadas o de riesgo la alteración del apetito, pueden desarrollar una anorexia en caso de no detectarse o tratarse a tiempo, además los hábitos alimenticios se relacionan con las autolesiones, mismas que se explican al estar ligadas a los deseos de hacerse daño, el cambio de los hábitos alimenticios de los pacientes podrían verse relacionados a los sentimientos de culpa y de dañarse a sí mismos.

Finalmente, en relación a **“hábitos de sueño”**, el 50% correspondió a Cambió Considerablemente, por lo que se puede asegurar que en gran proporción el sueño y descanso de los sujetos que se enfrentaron a la enfermedad de COVID-19 se vio alterado. Al respecto, Medina (2020), afirma que *“las condiciones propias de la enfermedad han hecho que los pacientes desarrollen insomnio, lo que puede empeorar su estado de salud y alterar su sistema inmunológico”* (p. 755), de modo que se puede aseverar que un gran porcentaje experimentó un cambio de respuesta en relación a este síntoma debido a las condiciones por la que los pacientes deben atravesar debido a su contagio con COVID-19 y a las difíciles condiciones que desencadena una enfermedad de alto riesgo, mismo síntoma que caracteriza a

la depresión y por lo cual se debe mostrar precaución cuando los pacientes desarrollan falta o exceso de sueño.

Por lo que, tras los resultados expuestos es importante señalar que con respecto a las respuestas frente al COVID-19, Ceberio (2021) afirma que *“también el aislamiento ha causado numerosas reacciones conductuales y emocionales”* (párrafo 33), por lo que es permitido afirmar que el verse alejados de su familia, amigos, seres queridos y personas en general, influenció en las respuestas tanto físicas como emocionales que presentaron así como el cambio que hubo en las mismas, sin embargo se observa que dicho cambio no fue drástico por lo que los síntomas a su vez, no fluctuaron de forma alarmante.

5.6 Análisis de las Hipótesis.

En función a los datos que fueron encontrados en el presente estudio, es posible dar respuesta a las siguientes hipótesis, mismas que fueron planteadas en una etapa previa.

5.6.1 Primera Hipótesis. *Los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija presentan un grado de depresión moderada.*

De acuerdo con los resultados obtenidos en el cuadro N°5, se pudo evidenciar que los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija, presentaron un grado de depresión mínima.

Por lo que, esta hipótesis se rechaza en vista de que el mayor porcentaje de pacientes recuperados de COVID-19 (36%) presentaron una depresión mínima. De modo que no mostraron tener un grado de depresión moderada tal como se había planteado en un inicio.

5.6.2 Segunda Hipótesis. *Los pacientes recuperados de COVID-19 entre 20 a 35 años de edad presentan un grado de ansiedad severa.*

Según los resultados obtenidos y expuestos en el cuadro N°8, los pacientes recuperados de COVID-19 entre 20 a 35 años de edad presentaron un grado de ansiedad muy baja.

Por lo que la segunda hipótesis se rechaza, debido a que el 58% de los pacientes recuperados presentaron ansiedad muy baja, por lo que no se pudo evidenciar un grado significativo en lo que a ansiedad severa corresponde, tal como se asumió al momento de plantear esta hipótesis.

5.6.3 Tercera hipótesis. *Los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija presentan estrés postraumático caracterizado por el tipo crónico.*

En función a los datos revelados en el cuadro N°11, se pudo confirmar que en los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija, existe ausencia de estrés postraumático tras la experiencia vivida, evidenciándose a través del porcentaje más significativo que fue en ausencia de TEPT con un 70%, presentando por lo tanto de igual manera un 70% de los individuos un tipo ausente de TEPT y con una intensidad de síntomas bajo representado en un 80%.

Esta hipótesis, por lo tanto, se rechaza, pues, los resultados apuntan que de los pacientes recuperados de COVID-19 el 70% no tuvo estrés postraumático, mientras que solo

en el 30% se evidenció presencia de dicha afección. Así también en relación al tipo de estrés postraumático, el 70% presenta del tipo ausente ante la ausencia del trastorno como tal, seguido del de tipo crónico con un 24%. Mientras que, en cuanto a la intensidad de sus síntomas, es opuesto a los altos que se plantearon en un inicio.

5.6.4 Cuarta Hipótesis. *Los pacientes recuperados de COVID-19 entre los 20 a 35 años de edad de la ciudad de Tarija presentan un nivel bajo de bienestar psicológico.*

De acuerdo a los resultados figurados en el cuadro N°16, se evidencia que los pacientes recuperados de COVID-19 entre los 20 a 35 años de edad de la ciudad de Tarija presentan un nivel de bienestar psicológico alto.

Por lo que la cuarta hipótesis se rechaza, dado que los pacientes recuperados de COVID-19 presentaron un bienestar psicológico alto en un porcentaje del 62%, siendo un resultado adverso al de bienestar psicológico bajo que se esperaba en un inicio.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES.

Una vez finalizado todo el proceso de investigación y habiendo cumplido con cada una de las etapas que comprenden la estructura del informe, a continuación, junto con los objetivos de la investigación, se presentarán las conclusiones.

1. *Identificar el grado de depresión en los pacientes recuperados de COVID-19 del departamento de Tarija.*

De acuerdo con los resultados revelados, se concluye que los pacientes recuperados de COVID-19 entre los 20 a 35 años de la ciudad de Tarija, presentaron un grado de depresión mínima, sin verse sustancialmente afectados por las circunstancias como lo fue la soledad tras el aislamiento, sin presentar actitudes pesimistas, una pérdida de la espontaneidad, alteración del ánimo y del afecto.

Asimismo, se concluye que los pacientes recuperados que corresponden al sexo masculino, muestran mayor tendencia a presentar depresión mínima, mientras que en el caso del sexo femenino esto ocurre en menor frecuencia. Con respecto a la depresión severa son las mujeres las que presentan a diferencia de los varones, así también los pacientes recuperados de mayor edad presentan depresión mínima a diferencia de los de menor edad quienes tienden a presentar depresión entre moderada y severa.

2. *Establecer el nivel de ansiedad en pacientes recuperados de COVID-19 entre los 20 a 35 años de edad.*

Con respecto a este objetivo, se constata que los pacientes recuperados de COVID-19 entre los 20 a 35 años de la ciudad de Tarija, presentan un nivel de ansiedad muy bajo por lo que no han presentado a nivel alarmante síntomas característicos de esta afección; tales como temor, inestabilidad, nervios, torpeza, enmudecimiento, mareos, temblores en las extremidades, inquietud, miedo, taquicardia, bloqueos; como resultado normal e inmediato a la situación experimentada, por lo que dichos síntomas tienen una naturaleza más adaptativa que nociva.

De igual manera, se concluye que tanto hombres como mujeres muestran una tendencia a presentar un nivel de ansiedad muy baja por lo que se evidencia que no existe diferencia en relación al sexo. Asimismo, se evidencia que, en base a los resultados obtenidos,

se observa que a menor edad menor es el grado de depresión que tuvieron, siendo por lo tanto los individuos de mayor edad aquellos quienes padecieron niveles más elevados de ansiedad.

3. Identificar la presencia y el tipo de estrés postraumático en los pacientes recuperados de COVID-19 de la ciudad de Tarija.

En lo que corresponde al tercer objetivo, se evidencia en los pacientes recuperados de COVID-19 entre los 20 – 25 años de edad de la ciudad de Tarija, la ausencia de estrés postraumático, por lo que en consecuencia el tipo de dicho trastorno es ausente y se evidencia que los síntomas clínicos poseen una intensidad baja, es decir que su influencia fue poco significativa.

En relación al sexo, no existe diferencia ya que tanto en hombres como en mujeres se evidencia la ausencia de estrés postraumático con porcentajes dispersos el uno del otro, ocurriendo lo mismo en lo que respecta a la presencia de dicha afección. Asimismo, en relación a la edad, se evidencia que a mayor edad mayor tendencia a presentar estrés postraumático.

4. Determinar el nivel de bienestar psicológico en pacientes recuperados de COVID-19 del departamento de Tarija.

En función a este objetivo, se determina que los pacientes recuperados de COVID-19 entre los 20 a 35 años de la ciudad de Tarija, presentaron un alto nivel de bienestar psicológico encontrándose en un estado emocional favorable habiendo demostrado la capacidad adaptativa para poder enfrentar diferentes exigencias en su vida.

Asimismo, se concluye que en los pacientes recuperados de sexo femenino presentan un nivel de bienestar psicológico alto, a diferencia de los varones, quienes presentan una tendencia a desarrollar niveles entre alto y moderado. Así también, se determina que, tanto los de 20 – 25 años y 31 – 35 años presentan niveles altos de bienestar psicológico a diferencia de los sujetos entre los 26 – 30 años de edad, quienes tienden a presentar niveles bajos de bienestar psicológico.

Por su parte de forma complementaria, en relación los cambios de respuesta, se concluye que los pacientes recuperados de COVID-19, entre los 20 a 35 años de la ciudad de Tarija, presentaron tendencia a un cambio considerable en lo que corresponde a sus respuestas emocionales, tales como optimismo, sentimiento de fracaso consigo mismo, pensamiento de

castigo o merecer ser castigado, culpa, disconformidad con uno mismo y pensamientos o ideas de hacerse daño, dentro de las cuales la respuesta que mayor cambio presentó fue la de la disconformidad con uno mismo vinculada a la percepción de cometer errores, como lo fue el infectarse del virus de COVID-19, misma que se fortalece ante las críticas sociales realizadas a las personas contagiadas.

Mientras que en cuanto corresponda a las respuestas físicas, se concluye la tendencia a presentar cambios ligeros, de forma más específica en las respuestas de llanto, cansancio físico, agitación y apetito, de las cuales la que mayor alteración presentó fue la del llanto, vinculados a la adaptación de lidiar con una situación difícil como el contagio de una enfermedad nueva y cuyo tratamiento médico no cuenta con antecedentes médicos y científicos exactos; así como lidiar con el aislamiento social y relacionado de igual forma a la culpa que se expresó, surge de poner en riesgo la salud de sus seres queridos.

Objetivo General: Analizar las características psicológicas que presentan los pacientes recuperados del COVID-19 entre los 20 a 35 años de edad de la ciudad de Tarija.

De manera General, se concluye que las características que presentan los pacientes recuperados de COVID-19 entre los 20 a 35 años de edad de la ciudad de Tarija se tipifican de la siguiente manera: grado de depresión mínima, nivel de ansiedad muy baja, ausencia de estrés postraumático, bienestar psicológico alto y cambio de respuestas emocionales con cambios considerables y en cuanto a respuestas físicas la tendencia a cambios ligeros en relación al contagio con COVID-19.

6.2. RECOMENDACIONES

Consecuentemente a la realización de este estudio, es menester mencionar la importancia de la salud mental y su asistencia durante un proceso de enfermedad, desde su diagnóstico hasta su tratamiento y recuperación, pues esta influye de sobremanera en áreas del diario vivir de una persona que pueden mejorar o empeorar su experiencia; así como los síntomas que se desencadenan en consecuencia. En este sentido, se presentan a continuación las siguientes recomendaciones:

- A los pacientes recuperados de COVID-19, si bien los resultados se muestran carentes de una alteración sumamente relevante de depresión, ansiedad, estrés postraumático y bienestar psicológico, se recomienda buscar la asistencia de ayuda profesional, para ser tratados en relación a su situación y poder obtener recursos que les permitan afrontar su estado de manera más óptima.
- A las instituciones encargadas de la salud, llevar a cabo estudios periódicos con el objetivo de detectar síntomas que pongan en riesgo la salud mental de personas que lidien con COVID-19; así como la de personas que se encuentran atravesando o acaban de recuperarse de una enfermedad de alto riesgo.
- A los hospitales y clínicas, tomar en cuenta los resultados del presente estudio para habilitar ítems y facilitar espacios destinados a la consulta y asistencia por parte de profesionales en el área de psicología y salud mental en general dirigidos a la atención de personas con enfermedades crónicas o de alto riesgo como lo es el COVID-19.
- A autoridades municipales y gubernamentales, crear programas dirigidos a la concientización de la salud mental como la habilitación y el apoyo a centros que brinden los servicios correspondientes a las personas que enfrentan circunstancias que ponen en riesgo el estado mental, como las enfermedades de alto riesgo.
- A la población en general, se recomienda un llamado de conciencia con el objetivo de informarse lo más posible en relación a la salud mental para vencer el estigma de pedir ayuda, se aconseja la búsqueda de información y la difusión de la misma, promoviendo la búsqueda de ayuda profesional ante problemas que aquejan la estabilidad psicológica.

- A futuros investigadores, se recomienda la contemplación de un estudio focalizado en pacientes que, específicamente hayan ingresado a la unidad de cuidados intensivos y que hayan sido intubados con el objetivo de conocer el impacto que esas condiciones médicas desencadenaron en dichos individuos; así como también profundizar sobre la influencia del autoestima, asertividad, inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento en ellos.