

Malestar psicológico y síntomas psicopatológicos en pacientes recuperados de COVID-19

Psychological distress and psychopathological symptoms in recovered COVID-19 patients



ISSN 0124-0137
EISSN 2027-212X

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN
Copyright © 2023
by PsicoGente

Correspondencia de autores:
mdelvalle@mdp.edu.ar

Recibido: 11-08-22
Aceptado: 31-07-23
Publicado: 01-09-23

Diego Freschi 

Universidad Atlántida, Mar de Ajó, Argentina

Macarena Verónica del-Valle 

Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT-CONICET-UNMDP), Mar del Plata, Argentina.

Resumen:

Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar el malestar psicológico y los síntomas psicopatológicos en pacientes recuperados de COVID-19. Se trabajó con metodología mixta, cuali-cuantitativa.

Método: Participaron del estudio 131 adultos de entre 21 y 76 años (68,7 % habían padecido COVID-19), quienes completaron un cuestionario personal y el Inventario de Síntomas de Derogatis Revisado [SCL-90-R]. Adicionalmente se efectuaron 10 entrevistas semi-estructuradas en pacientes recuperados de COVID-19 que debieron hospitalizarse a causa de la enfermedad.

Resultados: Los resultados indicaron que los participantes recuperados de COVID-19 reportaban mayores niveles de malestar y síntomas psicopatológicos luego de su recuperación, en comparación con los participantes que no contrajeron la enfermedad. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) para casi todos los indicadores, a excepción de Sensibilidad interpersonal e Ideación paranoide ($p = 0,06$). Además, los pacientes que fueron hospitalizados, pero no fueron intervenidos con respiración asistida, presentaron indicadores más altos para Somatizaciones y para Obsesiones y compulsiones en comparación al grupo que fue internado con respirador ($p < 0,05$). Complementariamente, el análisis cualitativo sugiere que los participantes hospitalizados experimentaron malestar y distintas consecuencias por la internación y la enfermedad.

Conclusiones: Los resultados están en línea con lo reportado en la literatura y sugieren la importancia de la contención psicológica como complementaria a la recuperación física.

Palabras clave: pandemia; malestar; psicopatología; internación hospitalaria; enfermedad.

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate psychological distress and psychopathological symptoms in patients recovered from COVID-19. For this purpose, we worked with a mixed, quali-quantitative methodology.

Method: A total of 131 adults between 21 and 76 years of age (68,7 % had suffered COVID-19) participated in the study, completing a personal questionnaire and the Symptom Check-List-90-R [SCL-90-R]. In addition, 10 semi-structured interviews were conducted with recovered COVID-19 patients who had to be hospitalized because of the disease.

Results: The results indicated that participants who recovered from COVID-19 reported higher levels of distress and psychopathological symptoms after their recovery, compared to participants who did not contract the disease. Statistically significant differences ($p < 0,05$) were found for almost all indicators, except for Interpersonal Sensitivity and Paranoid Ideation ($p = 0,06$). Additionally, patients who were hospitalized but not given assisted breathing interventions showed higher indicators for Somatization and Obsessions and Compulsions compared to the group that was hospitalized with a ventilator ($p < 0,05$). Furthermore, the qualitative analysis suggests that hospitalized participants experienced distress and different consequences from hospitalization and the disease.

Cómo citar este artículo (APA):

Freschi, D. y Del Valle, M. V. (2023). Malestar psicológico y síntomas psicopatológicos en pacientes recuperados de COVID-19. *PsicoGente* 26(50), 1-23. <https://doi.org/10.17081/psico.26.50.5866>

Discussions: The results are in line with what has been reported in the literature and suggest the importance of psychological support as a complement to physical recovery.

Keywords: pandemic; distress; psychopathology; hospitalization; illness.

1. INTRODUCCIÓN

Distintos países han reportado que la pandemia de COVID-19 generó aumentos en los niveles de síntomas psicopatológicos en la población con el paso del tiempo (e.g., [Planchuelo-Gómez et al., 2020](#)). Por ejemplo, en Argentina, [Canet-Juric et al. \(2020\)](#) y [del-Valle et al. \(2022\)](#) reportaron que los síntomas de depresión en población general sufrieron leves aumentos a lo largo del aislamiento preventivo. Similarmente, [Etchevers et al. \(2020\)](#) reportaron que de las 7140 personas de población general argentina que participaron de su estudio, el 75 % experimentó algún grado de malestar psicológico.

Además del efecto general de la pandemia sobre la población, es posible que existan efectos psicológicos y emocionales específicos en los pacientes que contrajeron COVID-19 o que fueron hospitalizados por la enfermedad ([Ponce Lino et al., 2020](#); [Morioka et al., 2020](#)). Estudios previos a la pandemia (e.g., [Soloaga, 2014](#)) interesados en promover la buena recuperación de los pacientes después del alta hospitalaria concuerdan en que un importante porcentaje de pacientes hospitalizados presentarán alteraciones psicológicas o deterioro cognitivo aun tiempo después del alta. No obstante, aunque diversos estudios ([Canet-Juric et al., 2020](#); [del-Valle et al., 2022](#)) focalizan sobre los efectos de la pandemia sobre la población general, la atención prestada al malestar percibido por personas que hayan atravesado la enfermedad COVID-19 ha sido menor ([Ji et al., 2022](#); [Sun et al., 2021](#)).

En estudios realizados en brotes infecciosos previos como los de SARS y MERS (e.g., [Lee et al., 2007](#); [Lee et al., 2019](#)), se ha informado que luego del alta médica, se sostuvo una alta prevalencia de secuelas que dificultó la reinserción total de los pacientes en la sociedad. Un año después, estas secuelas continúan oscilando entre un 18 % y un 39 %, asociándose en algunos casos a patología psicológica ([Rogers et al., 2020](#)). Específicamente sobre el COVID-19, se han publicado pocos estudios sobre pacientes recuperados. Una revisión realizada por [Fernández-de-Las-Peñas et al. \(2021\)](#) encontró que el 63,2 % de las personas que contrajeron COVID-19 presentaban todavía al menos un síntoma de la enfermedad hasta 30 días después de haberse recuperado, y el 45,9 % hasta 90 días después. La fatiga y la disnea fueron los síntomas más prevalentes. En Argentina, [Etchevers et al. \(2021\)](#) indicaron

que el 24 % de los pacientes recuperados de COVID-19 reportaba sintomatología ansiosa severa, el 56,7 % presentaba puntajes compatibles con un Trastorno Depresivo Mayor y el 39,9 % indicó haber cambiado su tendencia a pensar en la muerte y/o en el suicidio. Además, el 64,4 % reportó fallas cognitivas relacionadas con la memoria y la atención. Finalmente, el estudio destaca que el grupo de pacientes que estuvieron internados en unidades de terapia intensiva y que cursaron la enfermedad con cuadros más graves, reportaron percibir más cambios negativos en su salud mental y mayores fallas cognitivas.

Respecto a la internación hospitalaria por COVID-19, la misma supuso características distintivas, puesto que, dada la alta contagiosidad del virus, los pacientes en internación no podían ser visitados por sus familiares y allegados. En México, [Guardado-Beltrán \(2021\)](#) analizó los síntomas de ansiedad y/o depresión en pacientes hospitalizados por COVID-19 y reportó que, al momento del ingreso, el 29,8 % de los pacientes presentaron síntomas de ansiedad y el 7 % morbilidad clínicamente significativa de ansiedad. Además, el 8,8 % presentó síntomas de depresión y el 3,5 % indicó síntomas de depresión comórbida. El estudio no encontró una relación entre la salud mental y el hecho de haber sido intubado en algún momento de la internación. Por otro lado, [Morin et al. \(2021\)](#), en Francia, reportan que cuatro meses luego del alta hospitalaria, el 51 % de los pacientes a los que realizaron seguimiento aun reportaban al menos un síntoma de la enfermedad, como fatiga (31 %), síntomas cognitivos (21 %) o disnea (16 %).

Si bien existen diversos estudios que han analizado los efectos del contexto pandémico sobre la salud mental, los mismos se han abocado mayormente al estudio de la población general (e.g., [Canet-Juric et al., 2020](#)), de personal de salud (e.g., [Coelho et al., 2022](#)) o de factores más universales no directamente asociados a la enfermedad, como el aislamiento, el miedo al contagio, etc. (e.g., [Andrews et al., 2023](#); [Canet-Juric et al., 2020](#); [Mauer et al., 2022](#)). Por ello, el objetivo general de este estudio fue evaluar el malestar psicológico y los síntomas psicopatológicos en pacientes recuperados de COVID-19. Se partió del supuesto de que los pacientes recuperados de COVID-19 presentarían mayor sintomatología psicopatológica respecto a otros adultos de población general sin antecedentes de COVID-19. Para ello, se trabajó con una metodología mixta cuali-cuantitativa. Abordar esta problemática permitirá contar con mayor información sobre los factores y malestares que inciden en el inicio y en el sostenimiento de los síntomas psicopatológicos de personas que cursan enfermedades físicas. Este conocimiento permitirá tener un

acercamiento más claro a la enfermedad COVID-19, considerando no solo los aspectos o síntomas físicos de la misma, sino también los psicológicos.

2. MÉTODO

2.1. Diseño empleado

Se trabajó con metodología mixta cuali-cuantitativa. El diseño fue no experimental, transversal.

2.2. Instrumentos para la recolección de la información

Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado [SCL-90-R]: Para evaluar la presencia de Síntomas Psicopatológicos y los niveles de malestar psicológico, se administró la versión en español (González de Rivera *et al.*, 2002) del Inventario de 90 Síntomas de Derogatis, Revisado [SCL-90-R] (Derogatis, 1994). El instrumento está compuesto por 90 ítems, que se organizan en nueve escalas de síntomas: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. El SCL-90 también permite calcular el Índice de Severidad Global, indicador del nivel actual de malestar percibido. El instrumento presenta buenas propiedades psicométricas (Gempp Fuentealba & Avendaño Bravo, 2008; Sánchez & Ledesma, 2009) y buenos índices de consistencia interna. En el presente estudio, los índices de confiabilidad fueron: Somatizaciones: $\alpha = 0,89$; Obsesiones y compulsiones: $\alpha = 0,91$; Sensibilidad interpersonal: $\alpha = 0,86$; Depresión: $\alpha = 0,90$; Ansiedad: $\alpha = 0,91$; Hostilidad: $\alpha = 0,77$; Ansiedad fóbica: $\alpha = 0,87$; Ideación paranoide: $\alpha = 0,80$; Psicoticismo: $\alpha = 0,86$; Escala Total: $\alpha = 0,98$.

Cuestionario personal: se diseñó un breve cuestionario para indagar acerca de algunas variables sociodemográficas y otras relacionadas a la enfermedad. En particular se preguntó a los participantes el género, la edad, si se encontraban bajo tratamiento psicológico, si había contraído la enfermedad COVID-19. Quienes contestaban positivamente a esta última pregunta además debían indicar la fecha aproximada de su recuperación y si fueron internados (con o sin respirador).

Entrevista semi-estructurada ad hoc: Se diseñó una entrevista semi-estructurada para evaluar las experiencias personales de personas que habían padecido la enfermedad, las consecuencias o secuelas de la misma, su grado de afectación personal y su percepción de malestar. Específicamente las preguntas orientadoras indagaban 1) cómo fueron los momentos iniciales

del contagio antes de la internación, 2) qué síntomas tuvo, 3) cómo fue la llegada a la internación, 4) qué síntomas padeció durante la internación, 5) cuántos días estuvo internado y cómo fueron esos días (físicamente/respirador/sentimientos y emociones/estado anímico), 6) si había algún recuerdo o experiencia particular que quisiera compartir acerca de la internación, 7) si tuvo algún tipo de contención o apoyo psicológico o, en caso negativo, si cree que lo hubiera necesitado, 8) cómo fue la recuperación (en la internación o en la casa), 9) si hubo cambios en su vida como consecuencia de la enfermedad y cuáles fueron esos cambios si los hubo, 10) cómo se siente luego de la enfermedad en comparación a antes de esta, 11) si continúa experimentando algún síntoma luego de la enfermedad, 12) si puede mencionar una consecuencia negativa y una positiva de la internación. Estas preguntas funcionaron a modo de guía y el entrevistador tenía libertad para realizar o modificar las mismas en función del devenir del relato.

2.3. Participantes

Se contó con la participación de 131 adultos argentinos de entre 21 y 76 años (ME = 41,02; DE = 12,25), de los cuales 107 eran mujeres (81,7 %) y 24 (18,3 %) eran hombres. Adicionalmente, 10 personas (4 hombres y 6 mujeres) de entre 40 y 76 años accedieron a ser entrevistadas individualmente a través de una encuesta semi-estructurada. Estas 10 personas eran pacientes recuperados de COVID-19 que habían atravesado una internación hospitalaria. Además, 61 personas residían en la ciudad de Buenos Aires, 24 en ciudades de la provincia de Buenos Aires (7 en Mar de Ajó, 4 en Mar del Plata, 4 en San Bernardo, 3 en Bahía Blanca, 3 en La Plata, 1 en Tandil, 1 en Mar del Tuyú, 1 en Las Toninas), 3 en la Provincia de Córdoba, 3 en Chaco, 2 en San Luis, 2 en Santa Fe, 1 en Catamarca, 1 en Corrientes, 1 en Entre Ríos, 1 en Mendoza, 1 en Misiones, 1 en La Pampa, 1 en Tierra del Fuego y 29 personas no respondieron a esa pregunta.

2.4. Procedimientos desarrollados

Se trabajó con metodología mixta cuali-cuantitativa a través de la realización de entrevistas personales y recolección de datos cuantitativos. La encuesta fue cargada en la plataforma gratuita Google Forms y los participantes fueron contactados por un muestreo de bola de nieve a través de las redes sociales. La evaluación incluía un consentimiento informado, en donde los participantes debían marcar una casilla indicando su deseo de participar voluntariamente del estudio. Se respetaron los procedimientos recomendados por la [American Psychological Association \(2010\)](#). Respecto a las entrevistas personales, cuatro de ellas fueron realizadas virtualmente por la plataforma Zoom

y seis fueron realizadas personalmente. La recolección de datos fue desarrollada entre marzo y julio de 2021.

2.5. Análisis de datos

Se dividió a los participantes en función de si habían o no contraído la enfermedad COVID-19. Como análisis preliminares, se comprobó entre quienes contrajeron COVID-19 ausencia de correlación (r de Pearson, $p > 0,05$) entre los indicadores de sintomatología psicopatológica y los meses transcurridos desde la recuperación de la enfermedad (ME de meses transcurridos = 4,2; $DE = 3,4$). Se confirmó también ausencia de asociación (χ^2 , $p > 0,05$) entre la existencia de un tratamiento psicológico y la pertenencia a los grupos (COVID, sin COVID). Se comprobó la normalidad de las variables asumiendo que valores de asimetría y curtosis comprendidos entre ± 2 puntos se consideran como límites aceptables (George & Mallery, 2016). Para comparar los niveles de malestar psicológico y de psicopatología de pacientes de COVID-19 con los de las personas que no habían padecido la enfermedad se aplicaron pruebas U de Mann-Whitney (algunas de las distribuciones no seguían la curva normal o no cumplían con el criterio de homocedasticidad). El tamaño del efecto se estimó mediante la R de Rosenthal.

A continuación, se dividió a los participantes en función de si habían padecido un proceso de internación hospitalaria a causa de COVID-19 ($n = 28$) o no ($n = 62$). A su vez, quienes fueron internados fueron divididos en función de si debieron ser asistidos por medio de un respirador ($n = 12$) o no ($n = 16$). Se confirmó ausencia de asociación (χ^2 , $p > 0,05$) entre la existencia de un tratamiento psicológico y la pertenencia a los grupos de COVID-19 (COVID sin internación, COVID internación con respirador, COVID internación sin respirador). Luego, se procedió a comparar los niveles de malestar psicológico y de psicopatología de los tres grupos mediante pruebas H de Kruskal Wallis. Para aquellos casos en donde se detectaron diferencias estadísticamente significativas, se aplicaron análisis Post-Hoc (Bonferroni).

Respecto a las entrevistas semi-estructuradas, se realizó un análisis por categorías para explorar la experiencia personal de padecimiento de la enfermedad en las personas recuperadas de COVID-19, así como las consecuencias o secuelas de la misma, su grado de afectación personal, y su percepción de malestar. Se identificaron las siguientes categorías de análisis: (1) Sentimientos asociados al ingreso a la internación, (2) Malestar emocional, temores, preocupaciones y aspecto psicológicos, (3) Sentimiento de malestar por presenciar situaciones de urgencias médicas, (4) Contención

psicológica, (5) Factores positivos que disminuyeron, el malestar durante la internación, (6) Secuelas y consecuencias por el COVID-19 y la internación, 7) Consecuencias positivas.

3. RESULTADOS

3.1. Análisis cuantitativo

3.1.1. Características de la muestra

Del total de 131 adultos que respondieron la encuesta, 41 participantes (31,3 %) indicaron que no habían padecido COVID-19, mientras que 90 (68,7 %) participantes indicaron haber padecido la enfermedad. De las personas que sí tuvieron COVID-19, 62 (68,89 %) no fueron internadas, 16 (17,78 %) fueron internadas sin respirador y 12 (13,33 %) fueron internadas con respirador. La Figura 1 ilustra esta distribución.

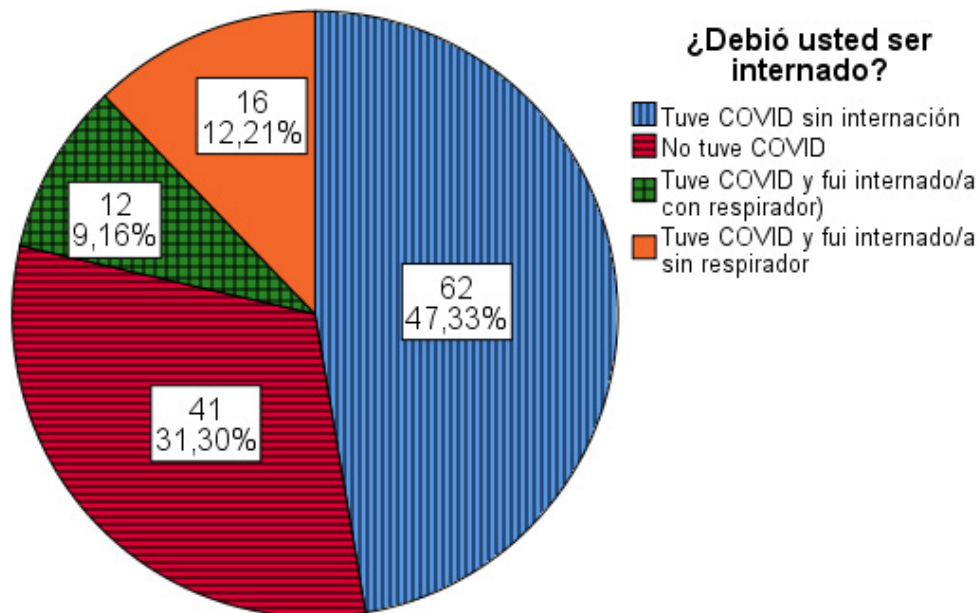


Figura 1. Distribución de enfermedad e internación entre los participantes

3.1.2. Diferencias entre participantes recuperados de COVID-19 y pacientes que no contrajeron la enfermedad

Se compararon los niveles de malestar psicológico y de psicopatología en pacientes recuperados de COVID-19 con los de personas que no habían padecido la enfermedad. Los resultados se presentan en la Tabla 1. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para casi todos los indicadores del SCL-90-R, a excepción de Sensibilidad interpersonal e Ideación

paranoide en donde las diferencias resultaron marginalmente significativas ($p = 0,06$). El grupo de pacientes recuperados de COVID-19 mostró en todos los casos mayores niveles de malestar y mayores síntomas psicopatológicos. Las diferencias fueron pequeñas para Ansiedad Fóbica, medianas para, Hostilidad, Psicoticismo y Depresión, y grandes para Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Ansiedad y para el Índice de Severidad Global.

Tabla 1.

Diferencias en niveles de malestar y psicopatología entre pacientes COVID-19 y control.

DIMENSIÓN SCL-90-R	GRUPO PACIENTES COVID-19				GRUPO CONTROL				U	Z	R ROSENTHAL
	ME	DE	CURT.	ASIM.	ME	DE	CURT.	ASIM.			
SOM	1,45	0,74	-0,41	0,36	0,50	0,53	5,93	2,15	478,5**	-6,79	0,59
OBS	1,53	0,95	-0,20	0,65	0,82	0,79	4,12	1,90	952,5**	-4,43	0,39
SEN	0,82	0,80	0,20	1,09	0,57	0,66	2,78	1,65	1476,0	-1,84	0,16
DEP	1,49	0,85	-0,44	0,54	0,94	0,76	0,94	1,15	1099,0**	-3,70	0,32
ANS	1,52	1,00	-0,87	0,49	0,71	0,72	2,62	1,64	873,5**	-4,83	0,42
HOS	0,70	0,66	-0,09	1,02	0,41	0,45	2,41	1,45	1372,5*	-2,37	0,21
ANF	1,19	1,07	-0,06	0,87	0,75	0,75	0,93	1,25	1440,0*	-2,02	0,18
IDE	0,79	0,80	0,60	1,12	0,51	0,62	4,97	1,88	1469,5	-1,88	0,16
PSI	0,76	0,69	1,15	1,28	0,43	0,47	5,24	1,90	1273,0**	-2,85	0,25
GSI	1,21	0,71	-0,33	0,66	0,65	0,56	2,57	1,48	913,0**	-4,63	0,40

Nota: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; Curt = Curtosis; Asim. = Asimetría; SOM = Somatizaciones; OBS = Obsesiones y compulsiones; SEN = Sensibilidad interpersonal; DEP = Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; ANF = Ansiedad fóbica; IDE = Ideación paranoide; PSI = Psicoticismo; GSI = Índice de Severidad Global.

3.1.3. Diferencias entre participantes recuperados de COVID-19 con y sin internación hospitalaria

Se dividió a los participantes en función de si habían padecido un proceso de internación hospitalaria a causa de COVID-19 ($n = 28$) o no ($n = 62$). A su vez, quienes fueron internados fueron divididos en función de si debieron ser asistidos por medio de un respirador ($n = 12$) o no ($n = 16$). Luego, se procedió a comparar los niveles de malestar psicológico y de psicopatología de los tres grupos. Los resultados (Tabla 2) indicaron que los pacientes que fueron hospitalizados, pero no fueron intervenidos con respiración asistida, presentaron los indicadores más altos de malestar y psicopatología. No obstante, las diferencias fueron estadísticamente significativas solo para Somatizaciones y para Obsesiones y compulsiones. Los análisis Post-hoc (Bonferroni) indicaron que las diferencias para ambas dimensiones se encontraban entre el grupo que no fue internado y el grupo que fue internado sin respirador ($p < 0,05$).

Tabla 2.

Comparación de niveles de malestar y psicopatología entre pacientes no internados y pacientes internados con y sin respirador [elaboración propia]

DIMENSIÓN SCL-90-R	PACIENTES NO INTERNADOS		PACIENTES INTERNADOS CON RESPIRADOR		PACIENTES INTERNADOS SIN RESPIRADOR		PRUEBA H DE KRUS- KAL WALLIS
	ME	DE	ME	DE	ME	DE	
SOM	1,37	0,72	1,28	0,69	1,90	0,73	6,01*
OBS	1,40	0,87	1,42	1,08	2,09	1,02	6,41*
SEN	0,70	0,72	0,96	1,01	1,19	0,83	5,56
DEP	1,41	0,79	1,37	0,95	1,91	0,90	4,14
ANS	1,45	0,96	1,60	1,18	1,74	1,02	1,19
HOS	0,63	0,64	0,75	0,80	0,92	0,65	3,83
ANF	1,02	0,87	1,80	1,49	1,38	1,26	2,66
IDE	0,74	0,83	0,78	0,86	0,98	0,61	3,12
PSI	0,68	0,63	0,95	1,05	0,93	0,59	2,89
GSI	1,12	0,65	1,24	0,94	1,55	0,69	5,09
PST	48,69	18,25	51,83	29,10	59,94	15,29	4,10
PSDI	1,94	0,53	1,94	0,66	2,24	0,56	3,20

* $p < 0,05$

3.2. Análisis cualitativo

3.2.1. Sentimientos asociados al ingreso a la internación

Todos los entrevistados expresaron un malestar por las características, dificultades y rapidez del proceso de internación. La mayoría relata situaciones de incertidumbre, angustia y nerviosismo. Por ejemplo:

“Fue traumático el irme en la ambulancia sola. Cierran la puerta, es todo muy rápido. Llevás algunas pertenencias que rápido las agarrás. Mi hermana le flaquean las rodillas y cae en la vereda. Yo creo que ella se asustó más que yo. Esa imagen la tengo latente todo el tiempo” (E4 Mujer 46 años).

“En esos primeros momentos lo que sentía era incertidumbre desde el momento que nos dicen ‘se tienen que quedar’. (...) fue horrible. Nosotros fuimos a que nos vean y de pronto estábamos quedándonos internados. O sea, mi hija quedó sola. Era un montón de cosas que pensás de golpe” (E10 Mujer 43 años).

3.2.2. Malestar emocional, temores, preocupaciones y aspecto psicológicos

En las entrevistas se observan distintos síntomas psicológicos, sensaciones de malestar emocional, temores o preocupaciones asociadas a la enfermedad, al tránsito de la misma o al proceso de internación. En primer lugar,

puede destacarse que algunos entrevistados indicaron preocupación e incertidumbre sobre la falta de conocimiento que los médicos tenían acerca de la enfermedad o de cómo tratarla. Por ejemplo.

“Uno entiende que ellos también tenían desconocimiento como lo tenía uno. Lo que a mí me producía angustia es ver que ellos, no sabían tanto. Como yo. Me daban inseguridad” (E1 Hombre 40 años).

“Las discusiones delante mío me pusieron muy nerviosa. (...) En un momento la doctora dice ‘qué estamos haciendo, estamos discutiendo delante de la paciente vamos más allá’ y seguían discutiendo del otro lado” (E2 Mujer 46 años).

En segundo lugar, los entrevistados manifestaron preocupación por sus familiares que tenían COVID-19, o ante la posibilidad de que la contrajeran:

“Yo estaba preocupada porque todos estábamos contagiados, y yo estaba como incomunicada. Se podía tener el celular, pero yo entré y no lo había llevado. Entonces no sabía lo que estaba pasando afuera. Mis hijos, mi mamá, mi marido, estaban contagiados” (E7 Mujer 56 años).

“También estaba mi mamá internada, que entró cuatro días después. Estaba en una habitación de al lado y nos comunicábamos por mensaje y cuando a mí me dan el alta, ella ya estaba con respirador no invasivo con la máscara pero no evolucionaba (...)...y bueno el desenlace es que a ella la entuban y a la semana fallece de COVID” (E6 Mujer 51 años).

“El problema comenzó cuando a él [marido] lo llevan. Ahí ya no podía dormir. Estaba angustiada, estaba re cansada. Preguntaba y no me daban mucha información” (E10 Mujer 46 años).

También se observaron ideas relacionados con la muerte. Por ejemplo:

“Me cayó la angustia cuando mi hija me dijo ‘mamá no quiero que te mueras’. (...) Uno les dice ‘estoy re bien’, pero en realidad no tenés ganas de nada (...) yo nunca creí que me iba a morir, no me quería morir, esa es la verdad” (EN Mujer 41 años)

“Yo ya tenía mucho miedo, no quería que me entuben, tenía mucho prejuicio, yo pensé que no salía; le pedí a Dios que si me tenía que llevar que no me haga sufrir” (E9 Hombre 45 años).

“Cuando no podía respirar, el miedo a que me iba a morir, la angustia en sí cuando pensaba que me iba a morir” (E9 Hombre 46 años).

Además, varios entrevistados expresaron sentimientos de discriminación por la enfermedad. Por ejemplo:

“...parece que sos un número, un tacho infecto, que vienen y te atienden todo disfrazado. Si bien es entendible el cuidado para no contagiarse, genera esa sensación, te sentís como una amenaza” (E5 Mujer 41 años).

“Están todos distanciados te tienen como un perro sarnoso. (...) No te dejaban asomar a una puerta, abrir una ventana. Déjate de joder yo me sentí un infeliz total” (E3 Hombre 74 años).

“Yo tuve cáncer, pero no fue así. Uno se iba a hacer la quimio y el médico, el oncólogo te decía vos vas a salir (...) te agarraba la mano, ‘cómo estás’, te alentaba. Acá no te tocan, es como esos virus zombis de las películas” (E1 Hombre 40 años).

3.2.3. Sentimiento de malestar por presenciar situaciones de urgencias médicas

Algunos entrevistados refieren haber experimentado malestar al atestiguar situaciones de urgencias médicas durante la internación en las unidades de terapia intensiva o en compañeros de habitación. Los relatos de estas situaciones tienden a estar cargados de emocionalidad. Por ejemplo:

“Estuve una noche junto con una persona que tuvieron que entubarla de urgencia ahí al lado mío. Si bien yo me sentía muy mal, esta persona estaba peor. Es realmente una experiencia tremenda ver cómo entuban a una persona al lado tuyo” (E6 Mujer 51 años).

“(...) una noche murieron 2 juntos, esa noche me agarró una crisis muy grande pensé que yo me moría y no ellos” (E2 Mujer 45 años).

“Yo vi morir a lado mío 5 personas. Entonces si a uno no le hace clic ahí... Una señora de unos 50 años, desnuda en una camilla, empezó a fallar su corazón, le ponían los aparatos para electroshock, la sacaron vivió tres minutos más y murió. Después dos ancianos que

lloraron toda la noche y pedían por alguien, no sé por quién, y al otro día fallecieron” (E1 Hombre 40 años).

3.2.4. Contención psicológica

Una de las preguntas planteadas a los participantes fue si durante la internación les fue ofrecida algún tipo de contención psicológica. Gran parte de los entrevistados indicó que ni durante ni después de la internación tuvieron atención por parte de un profesional de la salud mental. Por ejemplo:

“No. Qué va a ver. Todo lo contrario, te trauman más. Ya desde el momento que se te aparecen con un traje, vos decís ‘¿qué es lo que tengo?’” (E1 Hombre 40 años).

“Contención emocional o psicológica desde algún personal de salud afín no tuvimos” (E8 Hombre 64 años).

Solamente una entrevistada tuvo acceso a una contención psicológica y pudo continuarla luego del alta.

“Si, todo el tiempo... Estoy con una psiquiatra y psicóloga, me cuesta dormir, tomo medicación para eso y para estar más relajada” (E4 Mujer 46 años).

A pesar de no haber recibido contención psicológica, muchas respuestas estaban orientadas al trato de otros profesionales (médicos, kinesiólogos, enfermeros) o empleados que colaboraron para mejorar su tránsito por la internación.

... “si bien las chicas las enfermeras como que te van alentando y ofician como de psicólogo, digamos que te dan como un ánimo... Pero creo que sí, lo psicológico hubiese sido una ayuda muy importante...hubo un seguimiento, pero desde lo médico desde Mar del Plata, con la doctora hablamos un montón. Le conté como pasé la situación digamos que de buena onda como que me escuchó. Y después ya está. Nadie más te llama” (E7 Mujer 58 años).

... “No (...) pero sí sentís una contención por parte del personal, que te atienden re bien. Desde el que te trae la comida. Creo que desde ahí sí me sentí cuidada” (E6 Mujer 41 años).

“Las enfermeras te hablan mucho, te animan (...) el kinesiólogo también cuando te alienta a levantar los brazos” (E8 Hombre 64 años).

Una de las entrevistadas manifiesta que no recibió atención o contención psicológica, pero que luego del alta concurre a una atención psicológica:

“Retomé con mi psicóloga que venía de antes, pero durante, en el ahí, no... Creo que estaría bueno que dentro del espacio de internación haya psicólogos, porque uno necesita aferrarse a una palabra de aliento y entiendo que el médico está para dar la realidad desde lo físico” (E5 Mujer 41 años).

También otro entrevistado expresó la relevancia de la atención psicológica de esta forma:

“...me di cuenta de que sí necesito tratamiento y contención psicológica, y ayer le pedí a una amiga el número de teléfono de su psicóloga (...) me pareció interesante la encuesta (...) es como que con la encuesta tomás conciencia sobre las cosas que pasaron por el COVID y están pasando” (E6 Mujer 51 años).

3.2.5. Factores positivos que disminuyeron el malestar durante la internación

De diferentes maneras, la mayoría de los entrevistados manifestó algún aspecto, factor o suceso que lo ayudó a sobrellevar la internación o la enfermedad. Algunas personas manifestaron buscar apoyo en el compañero de habitación. Otras buscaron fortaleza en cuestiones de fe, espirituales, y/o religiosas. Por ejemplo:

“Uno se aferra mucho a lo religioso, hasta creer sentir la mano de Dios, en ese momento uno necesita aferrarse a algo para seguir” (E5 Mujer 41 años).

“Uno se conecta con aquellas personas que ya no están y realmente una noche me sentía tan mal que... vi a mi papá y a mi hermana que los había perdido unos años antes. Si bien uno no los ve pero como que siente que están ahí (...) sentí como un alivio psicológico digamos (...) empecé a hacer mantras, rezos (...) meditaba 3 o 4 veces por día. Eso ayudó bastante” (E7 Mujer 56 años).

Un solo entrevistado describió una escena de satisfacción y alegría durante la internación.

“Vi cosas lindas. Un viejito de 96 años con COVID y cáncer de pulmón yéndose de alta, saludando a todas las enfermeras. Todos aplaudíamos como podíamos con los cables puestos, eso fue lindo” (E1 Hombre 40 años).

3.2.6. Secuelas y consecuencias por el COVID-19 y la internación

Todos los entrevistados indican la existencia de consecuencias físicas, psicológicas y conductuales posteriores a la enfermedad y a la internación. Las secuelas físicas que más se reiteran en todas las entrevistas son el cansancio, la falta de aire y los dolores musculares. No obstante, los resultados son variados. Por ejemplo:

“Cuando vine a casa andaba a penas. El cansancio y la falta de aire más que nada seguían” (E1 Hombre 41 años).

“... dolores en el cuerpo, cansancio. Es como que barres y ya te cansás. Tenés que parar” (E2 Mujer 46 años).

... “la presión que se me dispara. También algunas cuestiones hormonales, se me cayó el pelo. Pasa a veces por tanta medicación me dijo el médico. La vista también. Un zumbido también como secuela” (E7 Mujer 56 años).

“Yo recibí plasma y me mantuvieron mucho tiempo boca abajo y a raíz de eso se me hicieron escaras; las cicatrices en la boca no son del tubo sino de lo que sostenía el tubo. Ah, y el pelo, la caída” (E4 Mujer 46 años).

Respecto a los cambios conductuales, a raíz de la enfermedad y la internación varios entrevistados indican cambios en sus comportamientos habituales. Particularmente se destaca que incrementaron sus cuidados personales:

“... salí con temor, con cuidado. Yo trato de salir lo justo y necesario. Si tengo que ir al médico o a la casa de mi hija, no me junto con nadie (...). Si vos te querés un poquito y querés a tus seres queridos, te aferrás más a la vida y te cuidás. Hoy soy una ovejita; ya te digo me cuido un montón” (E8 Hombre 64 años).

“Hoy siento querer llegar a casa y encerrarme. Mi departamento es como mi burbuja. Incluso con mis padres estoy con sumo cuidado.

Actualmente yo ando con dos barbijos, más la máscara” (E4 Mujer 46 años).

Respecto a las consecuencias psicológicas de la enfermedad, en los relatos se evidencia el malestar percibido. Por ejemplo:

“Yo a pesar de haberme contagiado y estar vacunada, sigo con miedo. No a morirme, pero sí al sufrimiento” (E4 Mujer 46 años).

“La primer semana en casa fue con muchos altibajos me venían recuerdos y una angustia... (...) Después de la internación estuve un mes recuperándome, y físicamente estuve detonado” (E9 Hombre 46 años).

También se mencionan con frecuencia las dificultades cognitivas (memoria y atención principalmente) al realizar actividades de la vida diaria. Entre los relatos más importantes es posible destacar los siguientes:

“...me pierdo, tengo que anotar todo, nombres. Yo por ahí estoy redactando y bueno, es como cuando estudiaba de memoria: te falta una palabra... Ahora es lo mismo” (E4 Mujer 46 años).

“El otro día salí con mi hermana a hacer trámites y de pronto: ‘¿a dónde íbamos?, ¿por qué estoy acá?, ¿por qué tengo esto en la mano?’. Ese tipo de desconcierto. No sé si serán olvidos o que será. De pronto como que la mente se pone en blanco” (E6 Mujer 51 años).

“Me cuesta más desarrollar un tema, explayarme en algo. Antes era más fácil explicar algo, o por ejemplo en mi oficio: voy al corralón y no me acuerdo cosas básicas que tenía incorporadas por años. Se me borran” (E9 Hombre 46 años).

3.2.7. Consecuencias positivas

En las entrevistas semi-estructuradas se indagó si los entrevistados podían identificar algún aspecto positivo de la experiencia vivida. Principalmente, se reportan fortalezas y valorizaciones relacionadas con la familia y los amigos. Por ejemplo:

“Nos hizo sanar heridas y por otro lado abrir otros caminos como para recomponer lazos de familia. Antes del COVID, hace 5 años que no nos hablábamos con mi hermana (...) ahora veo las cosas

diferentes (...) dejar de hacerme problemas por esas cosas y disfrutar los buenos momentos y acompañar los no tan buenos lo mejor posible” (E10 Mujer 46 años).

“Creo que esta experiencia en particular me ayudó. Y no me refiero solo a que una ahora valora más los momentos que pasa con la gente que quiere” (E5 Mujer 41 años).

“... valorar cosas que antes no me daba cuenta. De valorar las personas que uno tiene al lado. Antes uno pensaba que es un número, que no existe. Y sin embargo con esto te das cuenta que sí, que le importás. Te hace sentir bien. Ya veo la vida de otra manera” (E9 Hombre 46 años).

4. DISCUSIONES

Los resultados del presente estudio sugieren que quienes han sido afectados por la enfermedad COVID-19 muestran mayores niveles de malestar y mayores síntomas psicopatológicos luego de su recuperación, en comparación con personas de población general, afectadas por el contexto pandémico, pero que no contrajeron la enfermedad. Esto es consistente a lo expuesto en investigaciones previas a la pandemia de COVID-19 realizadas en brotes infecciosos como los de SARS y MERS (e.g., [Lee et al., 2007](#); [Lee et al., 2019](#)). También es similar a lo reportado en estudios de COVID-19 realizados recientemente (e.g., [Fernández-de-Las-Peñas et al., 2021](#); [Krishnamoorthy et al., 2020](#); [Morin et al., 2021](#); [Zhang et al., 2020](#)). Las principales diferencias se dieron en las dimensiones Somatizaciones, Ansiedad y Obsesiones y compulsiones. Estas diferencias podrían considerarse esperables ante situaciones repentinas de peligro, estrés o malestar. Además, particularmente respecto a la dimensión Somatizaciones, algunos de los síntomas analizados por medio del SCL-90 podrían reflejar consecuencias directas de la recuperación de la enfermedad COVID-19 (e.g., ahogos o dificultades para respirar) más que ser reflejo de un proceso de somatización. Esto podría explicar que en esta subescala se observaran las mayores diferencias entre los grupos.

A su vez, de manera consistente con los resultados cuantitativos, los participantes de las entrevistas reportan en sus testimonios distintas sensaciones de malestar, angustia o miedo, tanto durante la internación hospitalaria como luego de haberse recuperado de la enfermedad. Además, los relatos obtenidos concuerdan con las investigaciones realizadas durante la pandemia ([Etchevers et al., 2020](#); [Krishnamoorthy et al., 2020](#)) acerca de los niveles de malestar en pacientes recuperados de COVID-19. Es importante

destacar que estos elevados niveles de malestar psicológico suponen una problemática a nivel social y verifican la importancia de considerar no solo las consecuencias físicas de la enfermedad COVID-19, sino también las psicológicas. Como proponen otros autores (Etchevers *et al.*, 2021; Rogers *et al.*, 2020) se debe tener presente que elevados niveles de ansiedad o malestar, de manera sostenida en el tiempo, pueden suponer el inicio de alguna patología psicológica.

Por otra parte, merece especial atención la diferencia hallada para la dimensión Obsesiones y Compulsiones entre pacientes recuperados de COVID-19 y participantes que no contrajeron la enfermedad. En esta subescala del SCL-90-R se consideran tanto pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como absurdos, angustiantes e indeseados, como dificultades para concentrarse, para recordar las cosas, o el sentirse incapaz de hacer o terminar ciertas cosas o actividades. Estos síntomas son característicos de un cuadro que ha sido reportado recientemente para pacientes recuperados de COVID-19 y que fue llamado “niebla mental” (*brain fog*), relacionado con distintos déficits cognitivos, principalmente de atención y de memoria (Hugon *et al.*, 2021). Las dificultades en la memoria también fueron mencionadas y tuvieron alta relevancia en las experiencias personales. Estos datos son similares a los que encontró Etchevers *et al.* (2021), donde pacientes recuperados de COVID-19 también reportan problemas de atención y de memoria. No obstante, para una comprensión más exacta sobre las dificultades en la memoria, se requeriría un abordaje más específico y prolongado en el tiempo, lo cual podría ser interés de futuros estudios en la temática.

Respecto a la comparación de los niveles de malestar psicológico y de psicopatología de pacientes recuperados de COVID-19 en función de si han transitado o no por un proceso de internación hospitalaria, los resultados evidenciaron que los pacientes que fueron hospitalizados, pero no fueron intervenidos con respiración asistida presentaron indicadores más altos de Somatizaciones y Obsesiones y compulsiones en comparación con los pacientes no hospitalizados o intervenidos con respiración asistida. En este sentido, podría hipotetizarse que los pacientes que fueron internados, pero no asistidos con respirador, debieron atravesar mayor aislamiento por la enfermedad (lejanía del hogar, de la contención familiar) y presenciar situaciones de emergencias médicas, e incluso fallecimientos de otros pacientes (como reportan las entrevistas cualitativas), suponiendo todo esto una situación más traumática que la quizás vivida por los pacientes que fueron sedados y asistidos con respirador o por los pacientes que transitaron la enfermedad en su hogar. No

obstante, estos resultados discrepan de lo reportado por [Devita et al. \(2022\)](#) y [Mazza et al. \(2020\)](#) en pacientes italianos, quienes encuentran menores niveles de síntomas posteriores a la enfermedad en los pacientes hospitalizados en comparación con los pacientes no hospitalizados. Debe recordarse que la muestra utilizada en el presente estudio fue reducida, por lo que futuros estudios podrían indagar en mayor profundidad y con muestras más amplias acerca de estos resultados discrepantes.

Ahora bien, los entrevistados también reportaron síntomas y malestar como consecuencia directa de la internación. Se reportaron desconciertos, incertidumbre y temores asociados al proceso de internación, al desconocimiento de la enfermedad y a las dificultades para recuperarse física y psicológicamente de lo experimentado. Se destaca que varios de los participantes entrevistados manifestaron sentir angustia al recordar la internación, el miedo a morir o distintas situaciones puntuales de urgencias médicas observadas en terceros. También reportaron miedo de que algún ser querido cercano contrajera la enfermedad o empeore en el caso de estar infectado. En el caso de dos de los entrevistados, el sufrir la muerte de un familiar cercano por COVID-19 acentúa los síntomas como resultado esperable de las características propias del duelo.

Esto marca algunas discrepancias entre los datos cualitativos (e.g., relatos de personas que experimentaron gran malestar o angustia por la internación) y cuantitativos (que mostraron inexistencia de diferencias entre los pacientes hospitalizados y los no hospitalizados a excepción de las dimensiones Somatizaciones y Obsesiones y compulsiones). Estas diferencias podrían estar sugiriendo que los pacientes no hospitalizados podrían tener también preocupaciones similares a las de los pacientes hospitalizados que no fueron exploradas al no realizar entrevistas con estas personas. Futuros estudios podrían explorar cualitativamente esta cuestión para profundizar en la experiencia personal de atravesar la enfermedad en el hogar.

Además, en las entrevistas se observó que los participantes reportaban miedo a la muerte, lo cual, a diferencia de otras internaciones no causadas por el COVID-19, se ve incrementado por el desconocimiento sobre la enfermedad y por el miedo a la muerte de las personas cercanas que también estaban contagiadas. Otra diferencia entre las internaciones regulares (pre-pandémicas) y las causadas por el COVID-19 es que en estas últimas es muy alta la probabilidad de que el paciente quede aislado o incomunicado. Estudios en pacientes hospitalizados a causa de otras enfermedades o dolencias también reportan la importancia del apoyo social percibido (e.g., [Yan et al., 2021](#)).

Desde el análisis cualitativo se pudo observar sufrimiento en los entrevistados por la falta de comunicación y el aislamiento.

Un aspecto a considerar de lo indagado en los datos cualitativos es que solo uno de los participantes entrevistados refirió haber recibido algún tipo de contención psicológica durante la internación hospitalaria. Sin embargo, varios entrevistados destacan la importancia del trato de los profesionales de la salud (e.g., médicos, enfermeros) para la contención emocional durante el proceso. Además, algunos de los entrevistados acudieron a servicios de atención psicológica una vez recuperados de COVID-19, y también destacan la importancia de la salud mental como proceso complementario a recuperación física de la enfermedad. Ciertos estudios recientes (e.g., [Foley et al., 2020](#); [Hernández & Severino, 2021](#)) también destacan la importancia de brindar apoyo psicológico tanto a los pacientes de COVID-19 como a sus familias.

Por último, otro aspecto a considerar en la experiencia personal (y que no es abordado desde la evaluación cuantitativa) son las consecuencias positivas que los entrevistados mencionan como resultado de haber atravesado el proceso de enfermedad y hospitalización. En un estudio cualitativo recientemente realizado por [Sun et al. \(2021\)](#) sobre la experiencia psicológica de pacientes hospitalizados por COVID-19, los participantes entrevistados también reportan cierto grado de crecimiento personal vinculado a la importancia de valorar la vida y los afectos. Por tanto, los hallazgos aquí reportados serían consistentes con la literatura.

5. CONCLUSIONES

El presente estudio supone un aporte adicional por sobre otros estudios en la temática al complementar la información cuantitativa con la cualitativa. Se concluye que para contener y disminuir los impactos emocionales del COVID-19 y del proceso de hospitalización de otras enfermedades semejantes, es de crucial relevancia pensar en intervenciones psicoterapéuticas desde el momento que la persona recibe la notificación de que está infectado. Además, luego del alta médica, podría ser necesario realizar un seguimiento posterior para favorecer la tramitación de lo vivido y prevenir el surgimiento de sintomatología específica. En el futuro, los estudios deberían indagar acerca de los beneficios de distintos procedimientos terapéuticos que complementen la recuperación física con estrategias de contención psicológica.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Los presentes resultados deben ser interpretados a la luz de las limitaciones del estudio. En primer lugar, debe mencionarse que el tamaño de nuestra muestra es pequeño en comparación con el de la población que ha sufrido COVID-19 y que el muestro no fue probabilístico. También, podría existir un sesgo en la muestra dado que los participantes fueron contactados principalmente por medios digitales como páginas de Facebook o grupos de pacientes recuperados. Se recomienda que estudios futuros puedan trabajar con muestras más amplias o con métodos de muestreo más representativos. Por otro lado, habría sido de interés evaluar mediante pruebas neuropsicológicas el fenómeno de niebla mental (*brain fog*) reportado tanto por los datos cuantitativos como por los cualitativos. Además, los datos de este estudio fueron recolectados principalmente a través de medios digitales (Google Forms, Zoom), pudiendo esto afectar la forma de los participantes de responder a las preguntas o cuestionarios. Estudios futuros deberían evaluar recolectar datos mediante métodos cara a cara. Finalmente, algunas variables que podrían afectar los resultados (como estado civil, ocupación, o ingresos) no fueron consideradas en este estudio, por lo que futuras investigaciones podrían considerar el efecto de estas covariables.

Highlights (ideas clave): Tanto los resultados cualitativos como cuantitativos sugieren que los participantes recuperados de COVID-19 reportaban mayor malestar y síntomas que quienes no contrajeron la enfermedad. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en casi todos los indicadores psicopatológicos del SCL-90-R. Los pacientes que fueron hospitalizados con respirador presentaron indicadores más bajos para Somatizaciones y para Obsesiones y compulsiones en comparación con aquellos internados sin respirador.

Conflicto de interés: No existen conflictos de interés.

Financiamiento: Este proyecto no contó con ninguna fuente específica de financiamiento.

Agradecimientos: Se agradece especialmente a todas las personas participantes voluntaria y desinteresadamente para desarrollar este estudio.

Descargo de responsabilidad:

Conceptualización, investigación, administración del proyecto, curación de datos y escritura: Freschi.

Metodología, análisis formal, supervisión, validación y escritura: del-Valle.

REFERENCIAS

American Psychological Association (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Autor. Disponible em: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>

- Andrews, J. L., Li, M., Minihan, S., Songco, A., Fox, E., Ladouceur, C. D., ... & Schweizer, S. (2023). The effect of intolerance of uncertainty on anxiety and depression, and their symptom networks, during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, *23*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04734-8>
- Canet-Juric, L., Andrés, M. L., del-Valle, M., López-Morales, H., Poó, F., Galli, J. I., Yerro, M. & Urquijo, S. (2020). A longitudinal study on the emotional impact cause by the COVID-19 pandemic quarantine on general population. *Frontiers in Psychology*, *11*, 2431. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.565688>
- Coelho, M. D. M. F., Cavalcante, V. M. V., Araújo, M. Â. M., Martins, M. C., Barbosa, R. G. B., Barreto, A. S., & Fernandes, A. F. C. (2022). Síntomas de Ansiedad y Factores Asociados en los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, *27*, e79739. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.79739>
- del-Valle, M. V., López-Morales, H., Gelpi-Trudo, R., Poó, F. M., García, M. J., Yerro-Avinetto, M., Andrés, M. L., Canet-Juric, L., & Urquijo, S. (2022). More than a year of pandemic: Longitudinal assessment of anxiety and depressive symptoms in the Argentine general population during the COVID-19 outbreak. *Stress & Health*, *28*(5), 1070-1079. <http://doi.org/10.1002/smi.3163>
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): Administration, Scoring and Procedures Manual* (3rd Ed.). National Computer Systems.
- Devita, M., Di Rosa, E., Iannizzi, P., Bianconi, S., Contin, S. A., Tiriolo, S., Guisi, M., Schiavo, R., Bernardinello, N., Cocconcelli, E., Balestro, E., Cattelan, A. M., Leoni, D., Volpe, B., & Mapelli, D. (2022). Risk and protective factors of psychological distress in patients who recovered from COVID-19: the role of cognitive reserve. *Frontiers in Psychology*, *13*, 852218. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.852218>
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N. (2020). Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11 y 50-55 días de la cuarentena en población argentina. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Sabatés, J., Auné, S., Putrino, N., Grasso, J., & Helmich, N. (2021). Secuelas psicológicas en personas que tuvieron COVID-19. Relevamiento del impacto psicológico de haber padecido COVID-19 en población argentina. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.psi.uba.ar/opsa/informes/OPSA%20Secuelas%20psicologicas%20en%20personas%20que%20tuvieron%20Covid-19%202021.pdf>
- Fernández-de-Las-Peñas, C., Palacios-Ceña, D., Gómez-Mayordomo, V., Florencio, L. L., Cuadrado, M. L., Plaza-Manzano, G., & Navarro-Santana, M. (2021). Prevalence of post-COVID-19 symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 survivors: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Internal Medicine*, *92*, 55-70. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2021.06.009>
- Foley, J. A., Chan, E., van Harskamp, N., & Cipolotti, L. (2020). Comfort always: the importance of providing psychological support to neurology staff, patients, and families during COVID-19. *Frontiers in Psychology*, *11*, 2909. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.573296>
- Gempp Fuentealba, R., & Avendaño Bravo, C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos *Terapia Psicológica*, *26*(1), 39-58. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>
- George, D., & Mallery, P. (2016). *IBM SPSS statistics 23 step by step: A simple guide and reference* (14th Ed.). Routledge.

- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M., & Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L. Adaptación española*. TEA Ediciones.
- Guardado Beltrán, R. (2021). Valoración de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con neumonía severa por COVID-19 [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma De Nuevo León, México. <http://eprints.uanl.mx/20784/3/Tesis%20Dr%20Ricardo%20Guardado%20Posgrado%20FINAL1.pdf>
- Hernández, F. A., & Severino, C. V. (2021). Rehabilitación en pacientes post-COVID-19. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 37(3), 192-197. <https://revchilenfermrespir.cl/index.php/RChER/article/view/1002>
- Hugon, J., Msika, E. F., Queneau, M., Farid, K., & Paquet, C. (2021). Long COVID: cognitive complaints (brain fog) and dysfunction of the cingulate cortex. *Journal of Neurology*. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10655-x>
- Ji, Y., Yaseen, F., & Sohail, M. (2022). Life orientation and psychological distress in COVID recovered patients-the role of coping as a mediator. *Frontiers in Psychology*, 13, 997844. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.997844>
- Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K., & Menon, V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293, 113382. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113382>
- Lee, A. M., Wong, J. G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., Chu, C., Wong, P., Tsang, K. W. T., & Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233-240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>
- Lee, S. H., Shin, H. S., Park, H. Y., Kim, J. L., Lee, J. J., Lee, H., Won, S. D., & Han, W. (2019). Depression as a mediator of chronic fatigue and post-traumatic stress symptoms in middle east respiratory syndrome survivors. *Psychiatry Investigation*, 16(1), 59-64. <https://doi.org/10.30773/pi.2018.10.22.3>
- Mauer, V. A., Littleton, H., Lim, S., Sall, K. E., Siller, L., & Edwards, K. M. (2022). Fear of COVID-19, anxiety, and social support among college students. *Journal of American College Health*. <https://doi.org/10.1080/07448481.2022.2053689>
- Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., Melloni, E. M. T., Furlan, R., Ciceri, F., Rovere-Querini, P., COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study Group, Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 594-600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- Morin, L., Savale, L., Pham, T., Colle, R., Figueiredo, S., Harrois, A., Gasnier, M., Lecoq, A.-L., Meyrignac, O., Noel, N., Baudry, E., Bellin, M.-F., Beurnier, A., Choucha, W., Corruble, E., Dortet, Pham, L., Hardy-Leger, I., Radiguer, F., Sportouch, S., ... & Monnet, X. (2021). Four-month clinical status of a cohort of patients after hospitalization for COVID-19. *Jama*, 325(15), 1525-1534. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.3331>
- Morioka, S., Saito, S., Hayakawa, K., Takasaki, J., Suzuki, T., Ide, S., ... & Nomoto, H. (2020). Psychiatric burdens or stress during hospitalization and concerns after discharge in patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 isolated in a tertiary care hospital. *Psychiatry Research*, 289, 113040. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113040>
- Planchuelo-Gómez, Á., Odriozola-González, P., Iruetia, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Longitudinal evaluation of the psychological impact of the COVID-19 crisis

- in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 277(December), 842-849. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.018>
- Ponce Lino, L. L., Muñiz Tóala, S. J., Mastarreno Cedeño, M. P., & Villacreses Holguín, G. A. (2020). Secuelas que enfrentan los pacientes que superan el COVID 19. *RECIMUNDO*, 4(3), 153-162. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.153-162](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.153-162)
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M.S., Lewis, G., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and metaanalysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611-627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Sánchez, R. O., & Ledesma, R. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 265-274.
- Soloaga, E. D. (2014). Calidad de vida post terapia intensiva. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 14(4), 530-531. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3821/382138400020>
- Sun, N., Wei, L., Wang, H., Wang, X., Gao, M., Hu, X., & Shi, S. (2021). Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. *Journal of Affective Disorders*, 278, 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.040>
- Yan, R., Yu, F., Strandlund, K., Han, J., Lei, N., & Song, Y. (2021). Analyzing factors affecting quality of life in patients hospitalized with chronic wound. *Wound Repair and Regeneration*, 29(1), 70-78. <https://doi.org/10.1111/wrr.12870>
- Zhang, J., Lu, H., Zeng, H., Zhang, S., Du, Q., Jiang, T., & Du, B. (2020). The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 49-50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.031>

Esta obra está bajo: Creative commons attribution 4.0 international license. El beneficiario de la licencia tiene el derecho de copiar, distribuir, exhibir y representar la obra y hacer obras derivadas siempre y cuando reconozca y cite la obra de la forma especificada por el autor o el licenciente.

