



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Depresión en pacientes postcovid-19 del Centro de salud
Universitario de Motupe, ciudad de Loja, 2021

Tesis previa a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica

AUTOR:

Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar

DIRECTOR/A:

Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

Loja-Ecuador

2022

CERTIFICACIÓN DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Loja, 7 de marzo del 2022

Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala. Mg. Sc.
DIRECTORA DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Certifico:

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del trabajo de integración curricular titulado: **Depresión en pacientes postcovid-19 del Centro de salud Universitario de Motupe, ciudad de Loja, 2021** de autoría del/la estudiante **LISBETH YARIZEL CRIOLLO AGUILAR**, previa a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.



Firmado electrónicamente por:
**MAYRA DANIELA
MEDINA AYALA**

Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

DIRECTORA DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

AUTORIA

Yo, **Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar**, declaro ser autor/a del presente trabajo de trabajo de integración curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de integración curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Cédula de Identidad: 0704849264

Firma:

Fecha: 20 de abril del 2022

Correo electrónico: lisbeth.criollo@unl.edu.ec

Teléfono o Celular: 0968023804

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo **Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar** declaro ser autor(a) del trabajo de integración curricular titulada **Depresión en pacientes postcovid-19 del Centro de salud universitario de Motupe, ciudad de Loja, 2021** como requisito para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de integración curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 20 días del mes de abril del dos mil veinte y dos.

Firma:

Autor: Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar

Cédula: 0704849264

Dirección: Piñas, El Oro, Ecuador

Correo electrónico: lisbeth.criollo@unl.edu.ec

Teléfono: 2977783 **Celular:** 0968023804

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora del trabajo de integración curricular: Psicóloga Clínica Mayra Daniela

Medina Ayala Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidenta: Dra. Ana Puertas Asanza Mg. Sc.

Vocal: Psc. Cl. Cindy Cuenca Sánchez Mg. Sc.

Vocal: Psc. Cl. Marco Sánchez Salinas Mg. Sc.

DEDICATORIA

Dedico de manera especial a mis padres, pues ellos fueron el motor principal para la construcción de mi vida profesional, afianzaron en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación. Gracias a su amor, su trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ello he logrado llegar hoy donde estoy y convertirme en lo que soy.

A mi hermana por estar presente, acompañándome y por su apoyo en todo momento durante todo este proceso.

A mis abuelos por brindarme todo su apoyo y ser mi mayor fuente de inspiración en mi transcurso de carrera universitaria.

Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradezco a Dios por darme la fortaleza de seguir adelante durante todo el transcurso de mi carrera universitaria y también durante el proceso de realización de mi tesis. Gracias a mi universidad, por dejarme vivir esta experiencia de llegar a convertirme en una profesional, a cada uno de los docentes por su perseverancia y dedicación durante este proceso de culminación de carrera, así mismo agradezco al personal administrativo por acelerar todo durante este transcurso. Y por último agradezco infinitamente a mis padres, mis familiares y personas allegadas que me alentaron a seguir adelante y caminaron junto conmigo en todo momento, brindándome apoyo, inspiración y fortaleza.

Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR.....	ii
AUTORIA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE.....	vii
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
2.1. ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. MARCO TEÓRICO.....	6
4.1. Capítulo I: Covid-19	6
4.1.1. Definición.....	6
4.1.2. Antecedentes	6
4.1.3. Niveles	8
4.1.4. Consecuencias en la salud mental.....	9
4.2. Capítulo II: Depresión.....	10

4.2.1.	Definición	10
4.2.2.	Manifestaciones clínicas	11
4.2.3.	Niveles de depresión	11
4.2.4.	Depresión en adultos	12
4.2.5.	Tratamiento	15
4.2.6.	Psicoterapia en la depresión leve	16
4.2.7.	Psicoeducación	16
4.2.8.1.	<i>Reestructuración cognitiva</i>	17
4.2.8.2.	<i>Entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento.</i> .	17
4.2.8.2.1.	<i>Resolución de problemas</i>	18
4.2.8.2.2.	<i>Diálogo socrático o la mayéutica</i>	18
5.	METODOLOGÍA	20
6.	RESULTADOS	22
6.1.	Diseño de plan de intervención psicoterapéutico en pacientes que presenten niveles de depresión grave	26
7.	DISCUSIÓN	36
8.	CONCLUSIONES	39
9.	RECOMENDACIONES	40
10.	BIBLIOGRAFÍA	41
11.	ANEXOS	46
11.1.	Anexo 1	46
11.2.	Anexo 2	47

11.3. Anexo 3	48
11.4. Anexo 4	49

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: <i>Sesión 1: Psicoeducación</i>	29
Cuadro 2: <i>Sesión 2: Pensamientos y el estado de ánimo</i>	31
Cuadro 3: <i>Sesión 3: Relación entre pensamientos y emociones</i>	32
Cuadro 4: <i>Sesión 4: Acciones y estado de ánimo</i>	33
Cuadro 5: <i>Sesión 5: Resolución de problemas y estrategias de afrontamiento</i>	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Casos positivos de Covid-19 según el Sexo</i>	22
Tabla 2. <i>Casos positivos de Covid-19 según el rango de edad</i>	22
Tabla 3. <i>Casos positivos de Covid-19 según el nivel de gravedad</i>	23
Tabla 4. <i>Niveles de depresión</i>	23
Tabla 5. <i>Depresión en personas con postcovid-19</i>	24
Tabla 6. <i>Relación de niveles de gravedad de covid-19 y niveles de depresión</i>	25

1. TÍTULO

Depresión en pacientes postcovid-19 del Centro de salud Universitario de
Motupe, ciudad de Loja, 2021-2022

2. RESUMEN

La crisis ocasionada por la pandemia de la COVID-19, impacta la actividad social, las interacciones y los comportamientos en múltiples niveles. Emocionalmente, las actividades de distanciamiento social, el autoaislamiento y consecuencias físicas de esta enfermedad pueden causar problemas de salud mental, ansiedad y depresión. Es así que la presente investigación estableció la relación entre pacientes postcovid-19 del Centro de Salud Universitario de Motupe y la manifestación de depresión. Se determinó que los 100 pacientes diagnosticados con Covid-19, presentan depresión tras haber sufrido la enfermedad. Los métodos utilizados fueron exploratorio, descriptivo y correlacional, de diseño transversal no experimental. Se utilizó un muestreo probabilístico, las técnicas empleadas fue la entrevista y la aplicación de test psicológicos como el Inventario de Depresión de Beck, que determinó los niveles de depresión en pacientes postcovid-19. La caracterización de la población nos mostró que hubo una mayor prevalencia en mujeres que hombres diagnosticados con covid-19, además se evidenció niveles mínimos de depresión en los pacientes y una gran incidencia de personas infectadas de un rango de edad de 27-59 años.

Palabras Clave: Depresión, Postcovid-19

2.1.ABSTRACT

The crisis caused by the COVID-19 pandemic impacts the social activity, interactions and behaviors on multiple levels. Emotionally, the social distancing activities, self-isolation, and physical consequences of this illness can cause mental health problems, anxiety, and depression. For this the present investigation established the relationship between postcovid-19 patients of the Motupe University Health Center and the manifestation of depression. It was determined that the 100 patients diagnosed with Covid-19 have depression after having suffered this disease. The methods used were exploratory, descriptive and correlational, with a non-experimental cross-sectional design. A probabilistic sample was used, the techniques used were the interview and the application of psychological tests such as the Beck Depression Inventory, which determined the levels of depression in post-covid-19 patients. The characterization of the population showed us that there was a higher prevalence in women than men diagnosed with covid-19, in addition, minimal levels of depression were evidenced in patients and a high incidence of infected people between 27 to 59 years.

Keywords: Depression, Postcovid-19

3. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se centró en conocer la relación entre pacientes postcovid-19 y la manifestación de depresión. Al ser un tema nuevo y poco investigado, es importante definir el Covid-19 como una enfermedad que cursa con tos, fiebre y dificultad respiratoria, se manifiestan por afectación de la función respiratoria, que requiere ventilación mecánica, y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, que puede conducir a un choque séptico con fallo multiorgánico, y altas tasas de mortalidad.(Ruiz-Bravo & Jimenez-Varela, 2020). De acuerdo con Lorea et.al, (2020) la emergencia sanitaria generada por COVID-19 fue declarada a principios del año 2020, desde entonces en diversos países como una medida de protección se estableció el confinamiento, lo cual ha modificado el estilo de vida de la población en distintas áreas, provocando un impacto a nivel físico y psicológico. Tomando en cuenta lo antes mencionado, en relación al impacto psicológico del Covid-19, se demuestra a partir de estudios, que en Ecuador específicamente en la zona 3, comprendida por las provincias de Tungurahua, Chimborazo, Cotopaxi y Pastaza, se evaluó el estado emocional de una población de 348 personas tras el confinamiento, en donde se evidencian diferencias notorias en cuanto a depresión, al ser comparados con estudios realizados en previas estancias en donde se evidenció una prevalencia de 54,8%, en donde las mujeres denotan mayor deterioro emocional. (Velasgui et al., 2020). Considerando que la enfermedad por Covid-19 afecta el estado emocional desencadenando depresión, y considerando que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, a escala mundial, contando con aproximadamente 280 millones de personas con depresión. La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave; en el peor de los casos, puede llevar al suicidio.(OMS, 2021)

La enfermedad de Covid-19 en los pacientes que la han padecido actúa como un agente predominante para la aparición de la depresión tal y como se evidencia en diferentes estudios, es por ello que al analizar la problemática sobre la depresión en pacientes postcovid-19 se plantea la hipótesis de que la enfermedad de Covid-19 ha sido un detonante para que los adultos padezcan niveles de depresión, por ello se vio la importancia de realizar la presente investigación en el Centro de Salud Universitario de Motupe, con un enfoque no experimental de corte transversal o transaccional, que permite describir las variables y analizar su incidencia e interrelación, sin manipular o

controlar variable alguna, además esta se enfoca en conocer los niveles de depresión en pacientes postcovid-19 y, a partir de ello poder generar un plan de intervención psicoterapéutico en pacientes que presenten niveles de depresión grave.

La investigación fue estructurada en base a dos capítulos que aborda las temáticas las cuales se quiere estudiar y determinar su relación; el capítulo 1 que habla sobre el COVID-19 donde se recogen las aportaciones de autores/as y fuentes relevantes sobre los antecedentes, niveles y las consecuencias de la misma en la salud mental de las personas y, el capítulo 2, donde se muestra la depresión y su manifestación en los adultos.

Es importante mencionar que la elección de este tema va ligada por un lado a conocer más a profundidad las consecuencias de la enfermedad de Covid-19 en quienes la han sufrido y cómo la misma ha generado la aparición de la depresión; llegando a poder generar conciencia de lo importante que es por un lado conocer sobre la depresión en estos tiempos de pandemia, y por otro poder brindar información y difundir recursos que garanticen el bienestar y resiliencia de la población, así como la prevención y el tratamiento de quien lo necesite.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Capítulo I: Covid-19

4.1.1. Definición

Según la revista American Thoracic Society: “El COVID-19 es una nueva forma de la enfermedad del Coronavirus la cual se debe al nuevo virus SARS-CoV2 que causa una infección aguda con síntomas respiratorios” (American Thoracic Society, 2020, p. 1)

En una publicación de la revista Mexicana de Pediatría: “Los coronavirus se encuentran ampliamente distribuidos e infectan humanos, mamíferos y aves, pueden ocasionar enfermedades respiratorias, entéricas, hepáticas y neurológicas” (Aragón-Nogales et al., 2019, p. 213)

El Sars-Cov-2 también conocida como Covid-19, es una enfermedad que se caracteriza por síntomas tales como: tos, fiebre y dificultad respiratoria. Hay variaciones en relación a su gravedad, las formas más graves que afectan principalmente a personas de edad avanzada y con determinadas comorbilidades, la exposición de los síntomas va desde afectación de la función respiratoria, lo cual requerirá una conexión a una máquina de oxígeno hasta una afección grave que inflame todo el cuerpo, que puede conducir a una infección que ocasiona insuficiencia orgánica y caída de la presión sanguínea a niveles peligrosos, y altas tasas de mortalidad. (Ruiz-Bravo et al., 2020)

4.1.2. Antecedentes

Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes son desafíos constantes para la salud pública en todo el mundo. Los casos recientes de neumonía de causa desconocida en Wuhan, China, han llevado al descubrimiento de un nuevo tipo de coronavirus (SARS-CoV-2), que son virus de RNA envueltos, comúnmente encontrados en humanos, otros mamíferos y aves, capaces de causar enfermedades respiratorias, entéricas, hepáticas y neurológicas. (Pérez Abreu et al., 2020, p. 2,3)

A finales de diciembre del 2019, se identificó un nuevo coronavirus como el agente causal de un grupo de casos de neumonías en Wuhan, capital de la provincia de Hubei en China, denominándolo la Organización Mundial de la Salud (OMS) en febrero de 2020, coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) y a la enfermedad que origina COVID-19, que significa enfermedad por coronavirus 2019. Desde Wuhan se extendió rápidamente, dando como resultado al inicio una epidemia en toda China, seguida de un número creciente de casos en todo el mundo, generado la

pandemia y emergencia sanitaria actual. Al ser una patología reciente aún se desconoce mucho de su epidemiología, transmisión, tratamiento, etc. Se están realizando continuos estudios para profundizar en su conocimiento. (Jimeno Galván, 2020, p. 2)

(Organización Mundial de la Salud, 2021) En los estudios clínicos se concluye que el virus se concentra y se expulsa mayormente mediante las vías respiratorias (nariz y faringe) e inicia en los primeros días de la enfermedad después de la aparición de los síntomas. En otro estudio realizado también se confirma que, las concentraciones más altas del virus son en nariz y faringe por ende se puede suponer que el contagio de Covid-19 se da cuando se presentan los síntomas, o justo antes de la aparición. Así mismo este estudio muestra que el tiempo desde que se expone al virus y la aparición de los síntomas del COVID-19 es de entre cinco y siete días, pero puede subir hasta los 14 días. Cabe mencionar que existen casos asintomáticos, es decir personas no tienen ningún síntoma pese a estar infectadas.

Las estadísticas muestran que las personas que presentan síntomas un 40% es de tipo tanto leve y moderado, y alrededor de 15% presenta un tipo grave de enfermedad que presentan; son aquellos que cursan por complicaciones mucho más graves. Hay que tomar en cuenta que existen factores de riesgo el cual puede desencadenar el tipo grave de enfermedad y fallecer, tales como: tener una la edad avanzada, el tabaquismo u otras enfermedades, así como diabetes, la hipertensión, etc. (p. 8)

Como se menciona anteriormente, el Covid-19 se transmite de persona a persona, principalmente por medio de gotitas respiratorias similar al modo de contagio de una gripe común, pero bien esta no es la única forma de transmisión. Por la tanto se conoce que además de por gotas, también puede ocurrir al tocar una superficie infectada y luego toca sus ojos, nariz o boca. Aún no hay investigaciones realizadas que prueben del todo cuanto tiempo puede permanecer el virus en cualquier superficie, sin embargo, un reciente estudio publicado en New England Journal of Medicine, el Covid-19 puede sobrevivir hasta tres días en superficies de plástico y acero inoxidable, e incluso en cartón puede llegar a permanecer hasta 24 horas. Los resultados muestran que el virus podría subsistir con capacidad de infección durante ese tiempo en teclados de ordenador, elementos del transporte público, teléfonos móviles, juguetes, etc. Así mismo es importante mencionar en cuanto a la infectividad del virus, los niveles de ARN viral pueden llegar a ser más altos poco después del inicio de los síntomas de enfermedad, lo que permite suponer que la transmisión del virus es más probable en la primera etapa; es decir, en los primeros días de aparición de los síntomas o poco antes de esto. Del mismo modo cabe señalar las

características clínicas donde se cree que el tiempo de incubación de COVID-19 es dentro de los 14 días posteriores a la exposición. La enfermedad por COVID-19, puede tener síntomas similares a los de una gripe (fiebre alta, mialgias, síntomas respiratorios, posible evolución a neumonías). En los casos confirmados que hasta hoy se siguen estudiando los de la enfermedad, han variado desde síntomas leves a enfermedades graves, hasta la muerte. (Jimeno Galván, 2020)

4.1.3. Niveles

Según la revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica existe ciertos clasificación de gravedad de la Covid-19:

Enfermedad leve, presentan síntomas de vía respiratoria superior, además de fiebre, fatiga, mialgia, tos, escurrimiento nasal. Al examen físico se encuentra congestión faríngea, sin datos anormales a la auscultación. Algunos casos pueden estar afebriles o con síntomas digestivos como náusea, dolor abdominal o diarrea.

Enfermedad moderada, con neumonía, frecuentemente fiebre, tos que en la mayoría de los casos es de inicio seca, seguida de tos productiva; en algunas ocasiones con disnea, sin datos de hipoxemia, se pueden auscultar crepitantes; otros casos no tienen signos o síntomas clínicos; sin embargo, la tomografía computarizada muestra lesiones pulmonares que son subclínicas

Enfermedad grave, presentan síntomas como fiebre y tos, quizá acompañada de síntomas gastrointestinales como diarrea. La enfermedad usualmente progresa en alrededor de una semana con disnea y cianosis central, la SpO₂ es menor de 92% con manifestaciones de hipoxemia.(Padilla Benítez et al., 2020)

Hablamos de niveles de gravedad en cuanto a la aparición del virus, donde se muestra en diferentes estudios realizados que estos puedes ir de leves a muy graves causando la muerte en quien lo padece. Hay quienes solo presentan síntomas como dolor de cabeza, pérdida de olfato o gusto, y en algunos casos fiebre y diarrea; a esto se lo estima como una sintomatología leve y por lo tanto no necesitarían de oxígeno ni de ventilación mecánica, por lo que su recuperación llega a ser rápida; mientras que quienes manifiestan problemas abdominales, confusión, fatiga extrema y dificultad para respirar desarrollan una enfermedad más intensa, por lo que son hospitalizados o llegan a la unidad de terapia intensiva (UCI). Muchos de los pacientes llegan a solo se les presenta como una gripe común donde se le recomienda aislamiento domiciliario y se les receta los medicamentos apropiadas para reducir las molestias, tales como alta temperatura o dolor de cabeza, pero

no todos corren con esa misma suerte, puesto que personas que al principio suelen desarrollar simplemente un decaimiento y como esto no es intenso continúan con las actividades del diario vivir, sin embargo se puede desencadenar un serie de síntomas más graves cuyo resultado es una hospitalización por varios días en los cuales deben estar conectadas a una máquina de oxígeno o aún más trágico puede ocasionar la muerte de la persona. (Heredia, 2020)

4.1.4. Consecuencias en la salud mental

El siguiente autor menciona que:

A pesar de que cada uno reaccionamos de modo distinto a situaciones estresantes, una epidemia infecciosa como el coronavirus puede generar rasgos comunes en lo que a salud mental se refiere. Las situaciones derivadas del estado de alarma implican así que las personas experimenten síntomas derivados del distanciamiento social, la cuarentena o el aislamiento, generando sensación de ansiedad, preocupación o miedo. Esto viene provocado por multitud de factores, como el estado de salud propio o de otros, consecuencias laborales, incertidumbre por la situación, soledad, etc. (Ruiz, 2020, p. 21)

Los siguientes autores afirman que:

La crisis ocasionada por la pandemia de la COVID-19, impacta la actividad social, las interacciones y los comportamientos en múltiples niveles. Emocionalmente, las actividades de distanciamiento social y autoaislamiento pueden causar problemas de salud mental, ansiedad y depresión. La incertidumbre asociada con la enfermedad en sí, su rápida propagación y alto riesgo de infección, así como, la duración desconocida de las intervenciones de salud pública para enfrentar la progresión de la enfermedad, pueden ocasionar y afectar los problemas de salud mental preexistentes. (W. McNally et al., 2020)

Durante todo el año de pandemia se registraron miles de muertes a nivel mundial, como consecuencia, la salud mental de las familias a nivel mundial se ve afectada, dando como resultado niveles altos de estrés, debido a factores tales como: el aislamiento social, miedo a infectarse o infectar a alguien más, problemas laborales y económicos, etc., todos estos escenarios han generado y agudizado la sintomatología en trastornos como la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático.

Lo anteriormente mencionado, se confirma en distintos estudios que nos dice que: “Una de cada cinco personas que han tenido COVID-19 son diagnosticadas con una enfermedad mental dentro de los tres meses posteriores a la prueba positiva” (Rodríguez Chiliquinga et al., 2021, p. 67). Las cifras nos arrojan que los síntomas de depresión,

ansiedad, estrés postraumático, ideación suicida y problemas de sueño un incremento muy notable durante esta pandemia, donde nos muestra que casi el 40,4% del grupo de jóvenes se inclinaba a una presentar problemas psicológicos. Por lo tanto, es una evidencia notable de que la enfermedad de Covid-19, influye en la salud mental de los jóvenes. (Rodríguez Chiliquinga et al., 2021, pp. 64–67)

En un primer estudio que investigó las problemáticas en salud mental, de aquellas personas que sobrevivieron de Covid-19 después del tratamiento hospitalario, informan que encontraron altas tasas de TEPT (estrés postraumático), depresión, ansiedad, insomnio. Los resultados de las enfermedades psicológicas variaron entre el 10% y 35% posterior al virus de Covid-19. (Mazza et al., 2020, p. 598)

La pandemia de SARS COV 2 ha traído efectos psicológicos importantes, independientemente del riesgo de contagio y la mortalidad que conlleva. La OMS estima un tercio de la población manifestará manifestaciones psicopatológicas dependiendo de la magnitud del evento y el estatus de vulnerabilidad psicológica premórbida. Los factores psicológicos son un papel importante en el manejo de una epidemia, de ellos depende el éxito de las estrategias de salud pública, tanto para la difusión de la información, campañas de vacunación, uso de antivirales y otros medicamentos, adhesión a las prácticas de higiene y la distancia social. Una revisión general, refiere manifestaciones psiquiátricas en pacientes que cursaron con la infección de SARS-COV-2, primariamente con síntomas de estrés post traumático, aumento de la preocupación por la salud, y miedo a la discriminación. Es de preocupación la posibilidad de que la respuesta ante la pandemia y la enfermedad misma puedan generar una ola de padecimientos psiquiátricos y necesidad de atención, ya sea por eventos de novo o por exacerbación de enfermedad subyacente no tratada. (Herrera Mayora, 2021)

4.2. Capítulo II: Depresión

4.2.1. Definición

Según Abramson, Metalsky y Alloy:

“La depresión por desesperanza es un subtipo de depresión que se produce, al menos en parte, como reacción a estresores ambientales. Es un tipo de depresión producto de la combinación de un estilo de atribución negativo con un acontecimiento vital negativo. Los síntomas de este subtipo de depresión incluyen apatía, falta de energía y un sentimiento dominante de desesperanza con respecto a las situaciones cotidiana”. (Abramson et al., 1997)

Según la Organización mundial de la salud:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más. (OMS, 2019)

4.2.2. Manifestaciones clínicas

La depresión interfiere en la vida diaria de las personas, limitando a la misma a desenvolverse en su ámbito social donde se presentan ciertas manifestaciones clínicas tales como:

- Sentirse triste o melancólico la mayoría de las veces o todo el tiempo.
- Sentirse de mal genio o irritable la mayoría de las veces, con ataques súbitos de ira.
- No disfrutar de actividades que normalmente lo hacen feliz, incluso el sexo.
- Sentirse desesperanzado o desvalido.
- No sentirse bien consigo mismo o tener sentimientos de inutilidad, odio hacia sí mismo y culpa.
- Tomando en cuenta lo antes mencionado, las actividades diarias normales también cambian, puede presentar:
 - Problemas para dormir o dormir más de lo normal.
 - Dificultad para concentrarse.
 - Movilizarse más lentamente o parecer "asustadizo" o agitado.
 - Sentirse mucho menos hambriento que antes o incluso bajar de peso.
 - Sentirse cansado y faltarle energía.
 - Volverse menos activo o dejar de hacer actividades habituales. (FRED K. Berger, 2014, pp. 21–22)

4.2.3. Niveles de depresión

Es primordial conocer en que niveles se puede presentar la depresión en las personas para poder intervenir de manera adecuada, por lo tanto, se menciona que la depresión puede clasificarse en leve, moderada o grave, sin embargo, estos tres niveles se van a manifestar dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas:

En algunos casos, los síntomas afectan poco a la vida diaria o lo hacen solo en algún aspecto específico; esta es la denominada depresión leve. Se suele hablar de

depresión moderada cuando los síntomas y las limitaciones no son ni tan específicos como en la primera, ni tan generalizados como en la segunda. Otras veces pueden presentarse muchos síntomas que pueden llegar a causar deterioro o incapacidad en diferentes aspectos de la vida cotidiana; en este caso estamos ante una depresión grave. (Anónimo, 2021, p. 10)

Según el DSM-V se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de la discapacidad funcional:

Leve: Poco o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable, y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificadores para “leve” o “grave”.

Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 188)

4.2.4. Depresión en adultos

En un estudio realizado los datos arrojados nos conducen a decir que:

Los trastornos mentales constituyen una prioridad en salud pública, dado que se encuentran entre las causas más importantes de morbilidad en Atención Primaria. (Walder et al., 2019) Investigaciones en el campo de la salud mental han fijado su atención en la población universitaria, y diversos estudios señalan que los trastornos depresivos universitarios presentan una mayor tasa en comparación con la población general. (Sánchez et al., 2002). El hecho de que muchos estudiantes de pregrado se encuentran en la etapa de adolescencia tardía, fase de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos que demandan del joven estrategias de afrontamiento, que le permitan consolidar su identidad, autonomía y éxito personal y social; esta fase es importante para el logro de comportamientos saludables, que disminuyan riesgos y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante la adolescencia y en el transcurso de la adultez. Se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta. Aalton-Setälä et al. realizaron un estudio que evaluaba las conclusiones de investigaciones previas acerca de la continuidad de los trastornos afectivos en los adolescentes, indicando

cuáles síntomas depresivos reportados en esta población predecían un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos y consumo de alcohol en la adultez temprana. (Aalto-Setälä et al., 2002)

Datos del Segundo Estudio Nacional de Salud y Consumo de Sustancias Psicoactivas muestran una prevalencia de depresión general en Colombia del 25,1%; con respecto a la depresión leve, moderada y severa, sugiere que los jóvenes colombianos de entre 16 y 21 años muestran los más altos índices de depresión en comparación con otros de rangos de edad diferentes, a excepción de la depresión severa en los hombres en el rango de 28 a 33 años. Además, según la secretaría de Bogotá, en el año 2000 la tercera causa de muerte en jóvenes de 14 a 26 años se debió a lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con un 7% del total de las muertes después de las agresiones violentas y los accidentes de tránsito. (Arrieta Vergara et al., 2014, pp. 15–21)

Durante un estudio realizado a estudiantes universitarios, donde las edades oscilaron entre los 18 y 35 años, tomando en cuenta las características sociodemográficas como: sexo, edad, estado civil, ocupación, etc. Con la utilización un instrumento llamado escala de Goldberg (EADG), se encontró que el 76,2% de los estudiantes posiblemente presentan sintomatología de trastornos de ansiedad, y el 75,4% pueden presentar sintomatología depresiva. (Arrieta Vergara et al., 2014)

Tomando en cuenta las cifras anteriores y considerando que la depresión se caracteriza por respuestas comportamentales, fisiológicas y cognitivas, que puede ser normales o anormales en relación a como estas se presenten, es decir depende de la intensidad, duración, el número de síntomas, la edad, los factores externos, etc. Solo algunas de las variables mencionadas afectan el estado de ánimo de las personas, estas mismas permiten determinar qué tan perjudicable puede ser la aparición de la depresión en la vida de las personas. Como se menciona anteriormente existen ciertos factores que desencadenan los síntomas depresión, por lo tanto es primordial hablar del contexto social del individuo como posible desencadenante de los síntomas de depresión. El convivir en un entorno social que exponga a la persona de manera prolongada a eventos estresantes severos de vida causa donde los acontecimientos tengan mucho más peso que los recursos de afrontamiento que posea la persona, las consecuencias terminan siendo los típicos sentimientos asociados a la depresión. De igual forma, en el análisis del contexto socioambiental es importante tener en cuenta las situaciones de riesgo relacionadas con variables económicas y oportunidades de trabajo, como la incapacidad para suplir las condiciones básicas de vida, las cuales se ven reflejadas en falta de acceso

a los servicios públicos domiciliarios básicos, explotación laboral y salarial, subempleo, empleo informal y dificultades de acceso a la educación. En particular, en cuanto a las condiciones de vivienda, se ha reportado que considerar el espacio físico como desfavorable, incrementa los niveles de depresión. (D & Z, 2004)

En consideración lo ya citado arriba un estudio realizado, que menciona que existen de igual modo teorías en las cuales algunos profesionales creen que las situaciones vitales del individuo tienen un papel primario o principal en la depresión. Las situaciones estresantes recientes son los factores predictivos más potentes del inicio de un episodio depresivo; no por ello podemos decir que todos estos factores sean 100% aplicables a toda persona ya que esto varía, como se muestra en este estudio que se pudo observar que existen jóvenes que están en familias nucleares totalmente compuestas, en donde no hace falta ningún familiar, y aun así existe presión en los jóvenes, llevándolos a tener pensamientos de inutilidad, desencadenando depresión, de modo que nos deja pensando que no importa que tan unida se pueda ver la familia, es posible que se desencadene depresión en el joven, y más aún desesperanza e ideación suicida. (Arely & Cahuich, 2020)

Tenemos también como evidencia en ciertos escritos de autores existe una serie de situaciones estresantes asociadas a la depresión, según Espada, Morales y Orgilés hay ciertas situaciones estresantes asociadas a la depresión en la edad avanzada:

- Mayor frecuencia de situaciones aversivas o factores sociales adversos.
- Enfermedad física, incapacidad funcional, severidad del dolor; escasa o nula percepción del control sobre el dolor y la salud física.
- Viudez y pérdida de familiares y/o amigos o una enfermedad grave en las personas del círculo íntimo.
- Problemas con el sueño y problemas en las ejecuciones cognitivas.
- Déficit de recursos económicos, admisión de necesidad de ayuda económica.
- Falta de apoyo social, vivir solo o pasar el día solo, falta de un confidente íntimo; falta de apoyo familiar e/o institucional.
- Incapacidad para mantener las actividades principales de su vida: pérdida de sus habilidades para el trabajo, para mantenerse físicamente activo, etc.
- Ser cuidador primario de un familiar enfermo. (Cabrera García et al., 2015)

4.2.5. Tratamiento

En base a la Guía de Práctica Clínica del MSP del Ecuador, (2017). Se recomienda que el manejo de la depresión en el adulto se realice siguiendo un modelo de atención escalonada, de forma que las intervenciones y tratamientos se vayan intensificando según el estado y la evolución del paciente. El tratamiento de la depresión en el adulto debe ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional (incluyendo aspectos como la actividad física y una nutrición adecuada). El manejo de la depresión debe incluir psicoeducación, consejería, la intervención psicosocial grupal, apoyo individual y familiar, coordinación con otros profesionales, atención de las comorbilidades y monitorización regular del estado mental y físico. Las diferentes intervenciones para el tratamiento de la depresión deben estar estructuradas en un programa de atención y aplicarse a cada persona a través de un plan individual de tratamiento integra. El plan de tratamiento de la depresión se realizará considerando severidad del cuadro, refractariedad, comorbilidades, persistencia, género y etapa de ciclo vital. A Todo plan de tratamiento debe incluir especificaciones respecto de las metas del tratamiento y sus plazos. Se recomienda indicar un programa estructurado de actividad física para el tratamiento de personas con depresión. En el manejo de pacientes adultos con depresión leve, se recomienda aplicar las siguientes estrategias:

- Explorar y hablar con el paciente de los eventos estresantes recientes.
- Programar citas de seguimiento hasta cada 15 días por tres meses consecutivos.
- Recomendar ejercicio entre 30 y 45 minutos tres veces por semana durante 10 a 14 semanas.
- Recomendar mantener una rutina cotidiana y hábitos de vida saludables.
- Promover higiene del sueño.

Los antidepresivos no deben usarse de manera rutinaria para tratar los síntomas depresivos leves debido a que el riesgo-beneficio no lo amerita. Las únicas excepciones, en que el manejo debe ser por el especialista e individualizado, son: antecedente de depresión moderada o grave, o pacientes con síntomas que persisten a pesar de otras intervenciones. No se recomienda prescribir inductores del sueño de rutina por riesgo de abuso y dependencia. Si, durante las citas de seguimiento, el paciente adulto con diagnóstico de depresión leve no ha presentado mejoría o empeoran los síntomas, se lo debe referir a una consulta especializada de salud mental y/o psiquiatría

4.2.6. Psicoterapia en la depresión leve

Para pacientes adultos con depresión leve, se deben realizar intervenciones psicoterapéuticas de menor intensidad (psicoeducación) como primera opción. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. En la depresión leve-moderada, se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como terapia cognitivo conductual o la terapia de solución de problemas), de seis a ocho sesiones durante 10-12 semanas. La terapia psicodinámica de corto plazo se considera para todas las personas con depresión leve a moderada, con una duración entre 16-20 sesiones en 4-6 meses.(MSP, 2017)

4.2.7. Psicoeducación

La definición más general de psicoeducación es describirla como una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, se plantea que fomentar los conocimientos sobre las causas, efectos e impacto de la enfermedad, ayuda a la comprensión de la situación que se está viviendo, promoviendo el desarrollo de conductas saludables y limitando los daños. El objetivo directo de la psicoeducación implica entender el mecanismo de la enfermedad y a través de eso, colaborar de manera directa con los cuidados generales y particulares para cada uno. Uno de los principales efectos que tiene la psicoeducación es consolidar el seguimiento de las indicaciones del equipo de salud, factor crucial para el éxito terapéutico. Una instancia psicoeducativa, constituye un eslabón en la prevención de patologías asociadas al estrés en los familiares y pacientes. Reduce el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento.(Godoy et al., 2020)

La psicoeducación es una técnica terapéutica que suele ser usada dentro de una intervención psicoterapéutica, esta suele servir para informar a la persona sobre proceso por el cual está atravesando ayudándolo así a que sea capaz de manejar lo que le está ocurriendo, eliminar prejuicios que la persona posee sobre las patologías o crisis vitales por las que atraviesa, además permite que su adherencia y cumplimiento al tratamiento mejore o sea eficaz, así mismo ayuda a evitar las recaídas y aliviar la sobrecarga emocional sobre el desconocimiento que tiene ante lo que esta atravesando que suele desencadenar un malestar a nivel cognitivo, emocional o conductual.(Tena - Hernández, 2020)

4.2.8. Técnicas cognitivo conductuales

4.2.8.1. *Reestructuración cognitiva*

La técnica consiste en que el consultante identifique y se cuestione sobre sus pensamientos desadaptativos, para que al ya tenerlos identificados los pueda sustituir por unos más apropiados y de esa manera se reduzcan las conductas. En la técnica de reestructuración cognitiva los pensamientos se llegan a considerar como hipótesis, el terapeuta y consultante trabajan de manera conjunta para que cuando se recolecten los datos, se aclare si la hipótesis planteada entre ambos fue válida o no; en vez de darle la información al consultante sobre cuáles son los pensamientos posibles o alternativos, el terapeuta realiza pruebas, diseños y experimentos conductuales para que los consultantes evalúen sus pensamientos negativos y logren esclarecer si estos son válidos y útiles o no en su vida. El objetivo de la técnica de reestructuración cognitiva es eliminar la conducta problemática, por medio de los cambios en el procesamiento de pensamiento y no sólo de manera comportamental, estos son a consecuencia de la ayuda de la terapia, ya que influye favorablemente en el mantenimiento del logro. (Mejicanos, 2019)

La reestructuración cognitiva es una técnica del enfoque cognitivo conductual, su objetivo clínico principal es que el paciente aprenda a identificar aquellos pensamientos disfuncionales que le generan malestar o conducta no adaptativas y que sustituya por otras alternativas más funcionales, donde se evidencia que la principal actividad se da en base a un diálogo o debate entre paciente y terapeuta, para después que sea el propio paciente quien reflexione sobre aquellos pensamientos erróneos y opte por alternativas más adecuadas, y en base a ello cambie sus pensamientos disfuncionales, principalmente a través de preguntas y diferentes estrategias de debates lógicos, empíricos y funcionales. (Calero-Elvira et al., 2011)

4.2.8.2. *Entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento.*

Desde la perspectiva de la psicología cognitiva-conductual, Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Los autores clasificaron las estrategias de afrontamiento de dos formas complementarias: una es la dirigida al problema, orientada a su modificación y al cambio de la situación hacia otra que no suponga amenazar al sujeto y la segunda es dirigida a la emoción e incluye reducir la respuesta emocional negativa a una situación estresante, que puede ser percibida como amenaza o estancamiento, o bien, como oportunidad y aprender

a salir adelante. Dependiendo de esta valoración, el sujeto es capaz de aceptar la realidad de la situación e identifica si tiene los recursos idóneos para hacerle frente y salir adelante. Lazarus y Folkman establecen que la forma en que la persona afronte la situación depende, principalmente, de los recursos de los cuales disponga para enfrentar las distintas demandas de la vida. Estos recursos pueden ser propiedades del individuo o ambientales. (Rodr, 2011)

4.2.8.2.1. Resolución de problemas

Es una técnica que consiste en ayudarle a la persona a tratar e identificar aquellos problemas por los que pueda atravesar durante su vida diaria que llegan a ser desadaptativas e incluso pueden causar malestar en la persona, además de ser necesario se le puede enseñar a la persona habilidades generales para futuros problemas, donde le permita manejar de manera eficaz e independiente los mismo. Durante este proceso se han distinguido dos componentes el primero la orientación o actitud hacia los problemas, y las habilidades básicas de resolución de problemas, y dentro de este segundo componente encontramos la definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión, y aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. (Garritz, 2018)

4.2.8.2.2. Diálogo socrático o la mayéutica

El terapeuta cognitivo se encontrará con varias aéreas a explorar sobre las creencias y pensamiento de los pacientes, aquí se describen 5 donde el terapeuta puede aplicar la mayéutica por medio de preguntas empíricas que inicien el proceso dialectico.

1. La petición de pruebas que mantienen los pensamientos o creencias disfuncionales (P.e “¿Qué pruebas tiene para creer que...? ¿Hay alguna prueba de lo contrario?”)

2. Indagar las alternativas interpretativas a los pensamientos o creencias disfuncionales (P.e “¿Podría haber otra interpretación distinta para ese suceso?”. “¿Podría haber otra forma de ver esa situación?”).

3. Explorar las consecuencias emocionales de mantener los pensamientos o creencias disfuncionales (P.e “¿A qué le lleva pensar eso? ¿Le ayuda en algo?”).

4. Comprobar la gravedad de las predicciones negativas (P.e “¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso?. Suponiendo que ocurriese cuanto durarían sus efectos?...¿Podría hacerse algo?”).

5. Conceptualizar pensamientos o supuestos vagos en su formulación:
(P.e “¿Qué quiere decir con?”)

5. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La investigación fue no experimental de corte transversal o transaccional, que permitió describir las variables y analizar su incidencia e interrelación, sin manipular o controlar variable alguna. El trabajo investigativo fue cuantitativo, de carácter exploratorio, porque permitió examinar un problema de investigación poco estudiado; en este caso hablamos de la pandemia de Covid-19 que surgió hace un año. También fue de carácter descriptivo, con diseño de selección por conveniencia no aleatorizado mediante un muestro probabilístico, con un margen de error del 5%. Por último de carácter correlacional, porque permitió verificar y determinar como aquellas personas que han presentado o han padecido Covid-19 desarrollaron depresión.

Población

La población fue de 236 pacientes que fueron diagnosticados por la enfermedad de Covid-19 en el Centro de Salud Universitario de Motupe, para determinar la muestra de esta investigación se descartó aquellas personas que tuvieron Covid-19 durante el año 2020, aquellas que no desearon ser partícipes, quienes no residen en la ciudad de Loja y personas menores de 18 años; quedándonos un total de 131 personas, del cual se realizó un muestreo probabilístico con un margen de error del 5% dando como resultado una muestra de 100 personas necesarias para esta investigación.

Técnicas e instrumentos

- Registros médicos
- Inventario de depresión de Beck (Anexo 2): El BDI-II es un instrumento de autoinforme de 21 ítems, las cuales cumplieron con la finalidad de evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva, se solicitó a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día en que se aplicó. Dicho instrumento fue aplicado a los 100 pacientes que presentaron covid-19 del Centro de Salud de Motupe.

Procedimiento

El desarrollo de la presente investigación se la llevó a cabo a través de diferentes fases o etapas:

Primera fase: Para el establecimiento de la muestra se utilizó un muestro probabilístico, además se consideró los criterios de inclusión como los pacientes que tuvieron covid-19 el último año y todos aquellos adultos que hayan firmado el

consentimiento informado (Anexo 1) previamente entregado antes del inicio de la investigación. Una vez establecida la población de adultos que han padecido durante este tiempo covid-19, lo próximo a realizar fue contactar de manera personal y presencial con los adultos que padecieron Covid-19.

Segunda fase: Se realizó un primer acercamiento con los pacientes con el propósito de informarles sobre la presente investigación y los beneficios de la misma; en este caso un plan de intervención psicoterapéutico en los pacientes que presenten depresión grave, así mismo se le informó que pueden asistir al Centro Universitario de Motupe al servicio de psicología clínica para proceder con el tratamiento.

Tercera fase: Se aplicó de manera individual el cuestionario con el propósito de que la información brindada sea adecuada, pertinente y veraz, y permitió conocer si el covid-19 es un detonante o no en los adultos para que padezcan niveles de depresión.

Cuarta fase: Se procedió a tabular la información recolectada, se determinó y clasificó la información mediante las diferentes herramientas estadísticas; permitió identificar aquellos adultos que padecen un niveles de depresión, para ello se utilizó el Inventario de Depresión de Beck; tomando en consideración los 21 ítems del mismo, cada ítem se valoró de 0 a 3 puntos en función de la alternativa que fue escogida por el paciente y, después tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtuvo una puntuación total que variaba de 0 a 63. Estas preguntas fueron contestadas a como se sentían las últimas dos semanas, considerando el propósito de determinar si tras haber sufrido la enfermedad de covid-19 se pudo llegar a manifestar depresión.

6. RESULTADOS

Pacientes que tuvieron covid-19 mediante los registros clínicos/médicos

Tabla 1. Casos positivos de Covid-19 según el Sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	36	36,0
	Femenino	64	64,0
Total		100	100,0

Nota. Fuente: Registros clínicos/médicos del Centro de salud universitario de Motupe.
Elaborado por: Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar

En la tabla 1 del 100% de los pacientes que fueron registrados con Covid-19 en el centro de Salud de Motupe, permitió evidenciar con relación al sexo, que se diagnosticaron más casos en el sexo femenino, las mujeres para el 64% del total de casos positivos a la enfermedad y en cambio en el sexo masculino, el 36% fueron diagnosticados para Covid-19.

Tabla 2. Casos positivos de Covid-19 según el rango de edad

			Rango de edad			Total
			Juventud	Adulthood	Vejez	
Personas con covid-19	Si	Recuento	27	61	12	100
		% dentro de Personas con covid-19	27,0%	61,0%	12,0%	100,0%
Total		Recuento	27	61	12	100
		% dentro de Personas con covid-19	27,0%	61,0%	12,0%	100,0%

Nota. Fuente: Registros médicos Elaborado por: Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar

En la tabla 2 se evidencia el porcentaje de casos de COVID-19 en relación al rango de edad; en donde el 61 % pertenece a las personas adultas que oscilan entre los 27 a 59 años de edad, este porcentaje es mayor en comparación con la juventud en un 27% y la vejez en un 12%. Se debe considerar también que el número de personas encuestadas fue menor en los dos últimos rangos de edad mencionados, juventud y vejez.

Tabla 3. *Casos positivos de Covid-19 según el nivel de gravedad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	80	80,0	80,0	80,0
	Moderado	10	10,0	10,0	90,0
	Grave	10	10,0	10,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Nota. Fuente: Registros médico. Elaborado por: Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar

La tabla 3 permite evidenciar que los casos positivos registrados hay un porcentaje mayor con relación al nivel de gravedad leve para el 80%, y en cambio en los niveles de gravedad tanto moderado como graves muestra un porcentaje menor, para moderado el 10% y para grave el 10%.

Niveles de depresión

Tabla 4. *Niveles de depresión*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Depresión mínima	72	72,0%
	Depresión leve	20	20,0%
	Depresión moderada	4	4,0%
	Depresión leve	4	4,0%
	Total	100	100,0

Nota. Fuente: Inventario de depresión de Beck, aplicado a pacientes diagnosticados con covid - 19 en el centro de salud universitario de Motupe. Elaborado por: Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar

En la tabla 4 se muestra que, del 100% de pacientes encuestados, el 72% de pacientes presentaron depresión mínima, el 20% tenía niveles de depresión leve y en cambio el 4% para ambos niveles de depresión, tanto moderada como leve. Tomando en cuenta los datos expuestos anteriormente, se considera mencionar que la mayor parte de la población con depresión mínima fueron pacientes con síntomas de Covid-19 leve e incluso algunos sin síntomas.

Relación entre el covid-19 y la depresión en adultos

Tabla 5. *Depresión en personas con postcovid-19*

Valoración de depresión	Personas postcovid-19	Total
Depresión mínima	72	72%
Depresión leve	20	20%
Depresión moderada	4	4%
Depresión leve	4	4%
Total	100	100%

Nota. Fuente: Inventario de depresión de Beck, aplicado a pacientes diagnosticados con covid - 19 en el centro de salud universitario de Motupe. Elaborado por: Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar

En la tabla 5 según la investigación muestra que los pacientes postcovid-19 si presentan un grado de depresión, en este caso lo que más prevalece como se puede observar es una depresión mínima para el 72%, un 20% para depresión leve y un 4% para ambos niveles de depresión, moderada y grave; con esto se puede determinar que el Covid-19 si es un detonante para la aparición de la depresión.

Tabla 6. *Relación de niveles de gravedad de covid-19 y niveles de depresión*

Nota. Fuente: Registros médicos, inventario de depresión de Beck, aplicado a pacientes

Valoración de depresión	Niveles de gravedad de Covid-19			Total % Niveles de depresión
	Leve	Moderado	Grave	
Depresión mínima	66,0%	2,0%	4,0%	72,0%
Depresión leve	15,0%	6,0%	2,0%	20,0%
Depresión moderada	2,0%	2,0%	0,0%	4,0%
Depresión grave	0,0%	0,0%	4,0%	4,0%
Total %	80,0%	10,0%	10,0%	100%

diagnosticados con covid-19 en el centro de salud universitario de Motupe. Elaborado por:

Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar

En la tabla 6 se muestra que, de los 100 participantes, el 80% presenta un nivel de gravedad de covid-19 leve, de este porcentaje, el 66% manifestaron una depresión mínima, el 15 una depresión leve, el 2% una depresión moderada.

Se observa también un porcentaje del 10% para el nivel de gravedad de covid-19 moderado, dentro de este porcentaje se evidencia que un 6% de los pacientes presentaron una depresión leve y un 2% presentaron para ambos niveles de depresión, moderado y grave.

Así mismo se indica que el 10% muestra un nivel de gravedad de covid-19 grave, de dicho resultado el 4% presenta una depresión mínima, el 2% una depresión leve y el 4% una depresión grave.

En base a las cifras antes expuestas, se llega a determinar que los niveles de depresión va depender de los niveles de gravedad de covid-19, es decir como se muestra en la tabla a menor gravedad de la enfermedad menor es la manifestación de depresión.

6.1. Diseño de plan de intervención psicoterapéutico en pacientes que presenten niveles de depresión grave.

“Programa de intervención psicoterapéutica en pacientes postcovid-19 que presenten niveles de depresión grave”

Introducción

El siguiente programa se basa en un enfoque Cognitivo Conductual el cual centra su tratamiento en las creencias irracionales y conductas desadaptativas (emociones, sensaciones físicas) de las personas que presentan depresión, brindando las estrategias para manejar y reducir sintomatología.

Por lo tanto, es necesario contar con una organización, la cual contara con la formulación de objetivos, estructura de las sesiones y el establecimiento de las técnicas que le apoyarán en la intervención psicoterapéutica. El programa será dirigido a los pacientes postcovid-19 que hayan presentado depresión moderado o grave.

Justificación

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. (OMS,2021)

Como muestran las cifras antes mencionadas, es una realidad que la depresión es un problema de salud común y serio, no es sentirse triste, melancólico, o desanimado, es un desaliento como parte de la vida cotidiana, es una enfermedad que afecta a las personas en sus pensamientos, sentimientos, comportamiento y hasta en su propia salud física, o sea, puede impedirles a las personas normalmente saludables que tengan una vida plena. Por ello la importancia de plantear programas de intervención

psicoterapéuticos, para que la gente busque ayuda para que mejorar la sintomatología que presentan, y poder mejorar su calidad de vida.

Objetivo general

- Tratar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos y detectar y modificar los pensamientos distorsionados e irracionales sobre sí mismo, el ambiente y su futuro.

Objetivos específicos

- Realizar encuadre terapéutico y psicoeducar a través de dos encuentros.
- Conocer los pensamientos que afectan el estado de ánimo.
- Examinar la forma en que nuestras acciones afectan el estado de ánimo.
- Aprender la técnica de resolución de problemas y las estrategias centradas en las emociones.

FASE 1: ENCUADRE

En las primeras sesiones se trabaja la relación terapéutica, que viene a ser un elemento fundamental en esta relación entre terapeuta y paciente; generando así un rapport lo que permite que el paciente perciba al terapeuta como alguien que sintoniza sus sentimientos y actitudes; que es simpático, empático y comprensivo; que le acepta con todos sus defectos; y con quien puede comunicarse sin tener que explicar detalladamente lo que siente y menos desmenuzar todo cuanto dice. Además, durante el encuadre también se le informa sobre la importancia de recibir el tratamiento psicológico, también se establece un convenio con el paciente, donde se manifiesta el tipo de terapia, la duración de la misma, así como también se habla sobre los límites del terapeuta – paciente, los logros que se alcanzan, el sentido de la confidencialidad, además de establecer los objetivos de la terapia y compromisos por parte del terapeuta como del paciente.

FASE 2: DIAGNÓSTICO

Se revisa la base de datos de los pacientes postcovid-19 proporcionado por el Centro de Salud Universitario de Motupe y se procede examinar los reactivos psicológicos aplicados con anterioridad para conocer la sintomatología, luego de conocer las situaciones personales, familiares y sociales que se han presentado en la vida el paciente, se obtendrá de esta manera un diagnóstico, lo que permitirá de esta manera planificar un proceso psicoterapéutico de acuerdo a las necesidades de las personas en estudio.

FASE 3: PLANIFICACIÓN DE SESIONES

Durante el tratamiento, se emplearán las técnicas psicoterapéuticas de acuerdo a los objetivos establecidos para mejorar las quejas de los pacientes que estén presentando depresión leve a moderada. Para ello, es necesario identificar aquellas quejas a tratar y el orden en el que se efectuará la intervención de las mismas. La intervención, generalmente constará de 4 a 5, de dos a tres encuentros por sesión, realizadas una vez por semana, y en casos más graves se plantea realizarlas dos veces por semana durante un periodo de 4 o 5 semanas.

PLANIFICACIÓN DE LA TERAPIA INDIVIDUAL

Nota: La presente planificación es para pacientes que presenten depresión leve a moderada.

Cuadro 1: *Sesión 1: Psicoeducación*

SESIÓN N°1
TÉCNICA: Encuadre terapéutico, psicoeducación
OBJETIVO: Informar, orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer el proceso terapéutico y sus beneficios
DURACIÓN: Dos encuentros terapéuticos (40-60 minutos)
PROCEDIMIENTO: <ul style="list-style-type: none">• Presentarse con el paciente.<ul style="list-style-type: none">✓ Nombre, posición, orientación breve sobre la sesión de hoy• Explique, de forma general, el propósito del tratamiento<ul style="list-style-type: none">✓ Proveer destrezas para manejar la depresión.• Explique los aspectos de confidencialidad y de comunicación<ul style="list-style-type: none">✓ Explicar que se mantendrá la confidencialidad referente a toda la información que se comparta en las sesiones.✓ Explicar que las sesiones de terapia son para el paciente, que al final del tratamiento, se ofrecerá una retroalimentación sobre la participación de éste/a y ofrecer recomendaciones de ser necesario.• Paute el día y la hora de las sesiones de tratamiento.<ul style="list-style-type: none">✓ Enfatique la importancia de la asistencia y puntualidad.✓ Indique que las citas sólo deben cancelarse en casos de emergencia y debe ser con 24 horas de anticipación.✓ Explique que el tratamiento tiene componentes educativos y de desarrollo de destrezas, consiste de una secuencia lógica que se basa en sesiones semanales y se ve afectada por ausencias y/o tardanzas.• Proveer los teléfonos a los cuales se pueden comunicar.

- ✓ Teléfonos
- ✓ Emergencias (celular terapeuta)
- Aclarar dudas o preguntas.

PRESENTACIÓN: Presentarse compartiendo información personal relevante. En caso de que el/la paciente no responda y a modo de modelaje, puede compartir información similar a la que desea que comparta el/la adolescente participante.

Motivar a que comparta un poco de información personal, tal como: en dónde nació, datos sobre su desarrollo, cosas acerca de su familia, en dónde estudia, cuáles son sus intereses principales (metas, gustos, pasatiempos), cosas sobre sí que considere importante 3. Indague sobre la problemática principal (por ejemplo, puede preguntar sobre dificultades o preocupaciones). También puede preguntar: “¿qué te gustaría cambiar o mejorar en tu vida?”

Presentar el propósito de la sesión de hoy: Ir conociéndonos mejor, discutir las reglas para las sesiones de terapia, aprender lo que es la depresión

Se trata de concientizar al individuo sobre la sintomatología de la Depresión y sus implicaciones en su vida cotidiana, es decir se proporcionará información, coherente, precisa, sencilla, presentando al paciente los elementos necesarios para la comprensión del tema, estimulando conductas adecuadas para afrontar el problema.

Los contenidos Psico-educacionales deben centrarse en:

- 1) Fundamentos teóricos de la terapia cognitiva.
- 2) Que es depresión sintomatología, tratamiento

CIERRE DE SESIÓN Y DISCUSIÓN DEL PROYECTO PERSONAL. ¿Tienes alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? Ahora vamos a discutir el Proyecto Personal que vas a completar durante esta semana.

Tarea:

Termómetro del ánimo. Este termómetro permite evaluar la intensidad de los sentimientos depresivos o estado de ánimo al final del día. Modele cómo se llena el termómetro del ánimo y complételo. Este ejercicio se llama el “Termómetro del ánimo” y lo vas a completar todas las semanas. Queremos ver cómo te sientes cada día de la semana y cómo va cambiando tu estado de ánimo a lo largo de la terapia. Para completarlo, al final del día vas a marcar cómo te sentiste o cómo estuvo tu ánimo en general durante ese día. Por ejemplo, si fue “el peor” circularías el número 1, si fue “regular” circularías el número 5, y si fue “el mejor” circularías el número 9. Vamos a completar uno de práctica usando tu estado de ánimo durante el día de ayer. Use el Termómetro del ánimo en el Manual de Participante para hacer un ejemplo. Trae

el ejercicio completado a la próxima sesión de terapia para discutirlo.

Cuadro 2: Sesión 2: Pensamientos y el estado de ánimo

SESIÓN N°2
TÉCNICA: Reestructuración cognitiva
OBJETIVO: Conocer los pensamientos que afectan el estado de ánimo.
DURACIÓN: Dos encuentros (40-60 minutos)
PROCEDIMIENTO: REPASO: Repasar o hacer un breve resumen de los siguientes conceptos discutidos en la Sesión 1 (promueva la participación en este resumen): Depresión, Teoría Cognitiva-Conductual de la Depresión, Termómetro del Ánimo: ¿Cómo te sentiste llenándolo cada día? ¿Tuviste alguna sorpresa?, Reforzar la importancia de completar el Termómetro del Ánimo como una forma de ver cómo fluctúa su estado de ánimo. Se procede a explicar: ¿QUÉ SON LOS PENSAMIENTOS? Hacer esta pregunta de forma abierta facilitando una breve discusión al respecto. Incluya la definición que se presenta a continuación en la discusión: Los pensamientos son ideas (frases u oraciones) que nos decimos a nosotros/as mismas. Nosotros/as estamos todo el tiempo hablándonos mentalmente, pero no todo el tiempo nos damos cuenta. Es útil pensar acerca de los pensamientos como "objetos" (ideas) que tienen un efecto real sobre nuestra mente y cuerpo. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA La reestructuración cognitiva es un proceso terapéutico que se basa en la identificación y confrontación de los pensamientos negativos e irracionales que nos asaltan ante determinadas circunstancias. <ul style="list-style-type: none">✓ Continuar llenando el Termómetro del Ánimo.✓ Tarea: Enjuiciar los pensamientos En este ejercicio, el paciente debe actuar como abogado defensor, fiscal y juez al mismo tiempo, en relación a sus propias distorsiones. En primer lugar, el paciente hará de abogado defensor para su pensamiento negativo. Deberá encontrar argumentos de por qué el pensamiento es cierto, ateniéndose siempre a hechos y circunstancias verificables. La interpretación, las suposiciones, y las opiniones no están permitidas aquí.

Cuadro 3: Sesión 3: Relación entre pensamientos y emociones

SESIÓN N°3	
TÉCNICA:	Demostrar cómo influyen las cogniciones en las emociones.
OBJETIVO:	Describir la relación entre pensamientos y emociones
DURACIÓN:	Dos encuentros (40-60 minutos)
PROCEDIMIENTO:	<p>Para proceder a la explicación de la relación entre pensamientos y emociones, se realiza una serie de ejemplos concretos experimentados por el propio paciente, o también se les cuenta otros; por ejemplo, como los propuestos por Beck:</p> <p>(EJEMPLO: Si una persona que duerme sola, se levanta sobresaltada por un ruido, si piensa que es un ladrón se sentirá muy ansiosa. En cambio, si piensa que dejó la ventana abierta y el ruido se deberá al golpe de la misma, las emociones resultantes serán diferentes y se quedará más tranquilo.</p> <p>Una vez realizado lo antes mencionado, se le invita a una próxima sesión en donde se realiza una retroalimentación y se lleva a cabo unas preguntas concretas para que el paciente experimente la sesión como un “éxito”, esto permite que mejore su estado de ánimo y le predispondrá favorablemente a la terapia. Por último, se envía una tarea para casa que sea fácil de hacer para que lo interprete como éxito.</p>
TAREA	
Fantasia de imágenes racional-emotivas	
	<p>Esta técnica de control de las emociones consiste en cambiar las emociones negativas inapropiadas por emociones negativas funcionales. Por ejemplo, de la culpa podemos pasar a la responsabilidad.</p> <p>“Quiero que cierre los ojos. Imagine una escena en la que suceda algo que considere que es lo peor que podría sucederle. Identifique todo lo que piensa sobre sí mismo. Experimente vivamente los sentimientos. Ahora, quiero que intente cambiar esos sentimientos por otros menos negativos, que sean más funcionales y apropiados”.</p>

Cuadro 4: Sesión 4: Acciones y estado de ánimo

SESIÓN N°4	
TÉCNICA:	Lista de actividades agradables
OBJETIVO:	Examinar la forma en que nuestras acciones afectan el estado de ánimo
DURACIÓN:	Dos encuentros (40-60 minutos)
PROCEDIMIENTO:	<p>REPASO: Repasar o hacer un breve resumen de los siguientes conceptos discutidos en la Sesión 3 (promueva la participación en este resumen)</p> <p>Lista de Actividades Agradables</p> <p>Más información acerca de las actividades agradables: 1. ¿Cómo las actividades agradables pueden ayudarte a sentirte mejor? No es suficiente decirte: ¡Siéntete bien! A menudo es más fácil cambiar las cosas que haces. Si cambias las cosas que haces, entonces también cambiarás la forma en que te sientes.</p> <p>Recordar al paciente: Las actividades agradables no tienen que ser actividades especiales, aunque pueden ser especiales. A menudo las actividades agradables son actividades habituales o diarias que nos hacen disfrutar. Ejemplos de éstas pueden ser: ir a la playa, observar una puesta del sol, practicar un deporte, ir al cine, leer un libro, hablar con una amiga, en persona, por teléfono o vía Internet, ir a un parque, oler una flor, escuchar música, dibujar, etc. Las actividades agradables pueden ser diferentes para diferentes personas. Por ejemplo, algunas personas encuentran que leer un libro a solas es una actividad muy agradable. Otras personas pueden encontrar divertido el estar en un centro comercial ruidoso y con mucha gente.</p> <p>Informar: Es importante tener un balance adecuado de actividades agradables. Nos sentimos mejor cuando nuestras actividades están bien balanceadas entre las cosas que “tenemos que hacer” y las cosas que “queremos hacer”.</p> <p>Ejercicio: Hacer una lista de actividades agradables que el/ la paciente pueda hacer sin gastar mucho dinero.</p> <p>Ejercicio: De esa lista de actividades agradables, escoger una que le gustaría hacer. Pensar en cosas que podrían impedir que realices la actividad. Para anticipar posibles problemas y prepararte para manejarlos de forma que no interfieran con tu actividad agradable. Para realizar este ejercicio debe considerar los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ ¿Cómo puedes planificar y organizar tu tiempo?✓ ¿Cómo puedes usar tus pensamientos para ayudarte a planificar y disfrutar de esta

actividad?

- ✓ ¿Qué es lo que pudiera obstaculizar o impedir tener esta actividad agradable?
- ✓ ¿Cómo puedes solucionarlos?

Cuadro 5: *Sesión 5: Resolución de problemas y estrategias de afrontamiento*

SESIÓN N°5
TÉCNICA: Entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento.
OBJETIVO: Aprender la técnica de resolución de problemas y las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones.
DURACIÓN: Dos sesiones (40-60 minutos)
PROCEDIMIENTO: El entrenamiento en la resolución de problemas consiste en 5 fases: <ul style="list-style-type: none">• Orientación general hacia el problema.• Definición y formulación del problema.• Generación de soluciones alternativas.• Toma de decisiones.• Puesta en práctica y verificación de la solución. <p>Nota: Para pasar de una fase a otra hay que haber superado previamente la anterior, así que cuando en un paso no hay suficiente información o la solución elegida no resulte la adecuada, hay que volver a la fase previa para que una vez que se ha realizado correctamente podamos pasar a la siguiente.</p> <p>Discusión y debate de creencias (debate cognitivo)</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuestionamiento socrático

SEGUIMIENTO: Sesión n°6 (p.e mensual). Sesión n°7 (p.e trimestral). Sesión n°8(p.e semestral o anual).

REUNIÓN

En esta sesión de retroalimentación y cierre, reunirse con el/la paciente primero y discutir los siguientes puntos con el/ella:

1. Ofrecer información sobre su participación y su evolución a través del proceso terapéutico.
2. Pedir retroalimentación sobre su experiencia en terapia. Preguntar sobre lo más que le gustó y lo menos que le gustó, qué fue lo más (y lo menos) que le ayudó de la terapia, etc.
3. Hacer un plan para el manejo de las posibles recaídas y discutir estrategias para prevenir las mismas.
4. Ofrecer recomendaciones de seguimiento en terapia u otros servicios de ser necesario
5. Cierre y despedida

Nota: Es importante considerar que existe diferentes tratamientos para la depresión dependiendo de la sintomatología de cada paciente. Hablamos de un tratamiento antidepresivo farmacológico se reserva para los episodios moderados a severos (y en algunos casos específicos para los leves). La gran mayoría de los fármacos utilizados tienen un común denominador: su acción sobre el sistema monoaminérgico. Independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final es la regulación de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina.

7. DISCUSIÓN

El covid-19 es una enfermedad que ha causado estragos a nivel mundial, tanto en la economía como en la salud mental de las personas, en este caso en la investigación se analiza la salud mental de las mismas.

Es una enfermedad que ha tocado las puertas de todos, no ha importa el género, la edad, etc. Como se demuestra en esta investigación hay más prevalencia en mujeres que hombres, y es más se evidencia que hubo gente joven de entre 27 a 59 que se contagió, si bien es cierto los síntomas no fueron de gravedad, ni se requirió de hospitalización; es decir que es su mayoría presentaron niveles leves de la enfermedad de covid-19.

Así mismo se muestra en un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, en Cuba, con el objetivo de analizar características clínicas y epidemiológicas de los pacientes positivos a la COVID-19 durante el periodo de marzo a junio de 2020. Donde el universo de estudio estuvo conformado por los 49 pacientes, se confirmó con relación al sexo, que la gran parte diagnosticada fueron más casos en el sexo femenino, 26 mujeres para el 53 % del total de casos positivos a la enfermedad. (León et al., 2020)

Del mismo modo, en otro estudio se presenta las características epidemiológicas de la COVID-19 en México entre los meses de febrero y abril del año 2020. En el período de estudio se confirmaron 19.224 casos confirmados con 1.859 (9,67%) fallecidos. Respecto a las características demográficas, hubo un claro predominio de afectación en sujetos de edades medias de la vida entre 30 y 59 años de edad y mayor frecuencia en hombres (68,85%). (Suárez et al., 2020)

Dentro de una investigación en el servicio de atención a pacientes con sospecha de tener la COVID-19, del hospital “Frank País García”, de La Habana, Cuba, durante el periodo comprendido entre marzo y mayo de 2020, se puede apreciar la distribución de los pacientes según grupos de edades y resultado de pacientes según grupos de edades y resultado del RT-PCR, mostrando existió predominio de los mayores de 40 años (86,76 %), con mayor incidencia del grupo entre 41 y 60 años con 36 pacientes(52,94 %) y de estos 9 positivos (25 % de pacientes en estas edades). Así mismo en otro estudio realizado en Cuba, se observa que los casos positivos a la COVID-19 prevalecieron en el grupo de edades entre 51 y 60 años (20,4 %). Hernández I y colaboradores, en su estudio realizado en Mayabeque sobre los casos confirmados de

COVID-19, aprecian un predominio en el grupo de edades comprendido entre los 25 y 59 años, con 18 pacientes (60,1 %). (Diaz Lazo et al., 2021)

Como se menciona anteriormente, los casos de enfermedad por covid-19 en su mayoría fueron leves, siendo así que un porcentaje del 80% presentaron la enfermedad de manera menos agresiva, como se evidencia en un artículo elaborado en Argentina, se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes adultos con diagnóstico de COVID-19 entre el 3 de marzo y el 21 de junio de 2020, con seguimiento hasta el 21 de julio de 2020, muestra al ingreso, los casos leves para el 73%, moderados para el 22% y graves para el 2% (Castro et al., 2020)

El covid-19 es una enfermedad aún muy desconocida, sin embargo, se conoce que ciertos detonantes pueden agravar la misma. Por ello se puede evidenciar en ciertos estudios realizados que 80% de las personas con COVID-19 puede tener enfermedad leve-moderada (incluyendo pacientes con ligera neumonía), 14% tiene enfermedad severa y 5% enfermedad crítica. (Labtest, n.d.)

Durante una investigación en México, la población clasificada como “leve” en la presentación de COVID 19 se reportó una prevalencia de depresión de 57% (22 personas) con una clasificación de depresión moderada a severa en 31.5% de los entrevistados (12 personas). En la población descrita como COVID 19 con datos de severidad, se reporta una prevalencia de depresión de 75% (12 personas), con un 43.7% (7 personas) clasificando como depresión moderada a severa. (Herrera Mayora, 2021)

Hay que considerar que existe diferentes factores que desencadenan una depresión, como por ejemplo situaciones sociales adversas, en este caso la pandemia por covid-19. Por ello la presente investigación intentó determinar la relación entre la depresión y los pacientes postcovid-19, y en base a los resultados de la tabla 5 se puede analizar que, si existe relación, es decir las personas que padecieron la enfermedad presentan depresión, aunque esta se manifieste de diferente manera, hay una depresión.

Corroborando lo antes mencionado y tomando en cuenta los resultados de la tabla 5, en una investigación que realizó tuvo como fin obtener de datos que revelen los índices de ansiedad, estrés y depresión de los pacientes con SARS-CoV-2. Para ello, se aplicó la escala DASS-21 a 30 pacientes internados en el Hospital General de Manta. Con respecto a los resultados, se analiza que el 67% de los pacientes con diagnóstico de Covid-19 el 57% tienen un nivel severo de depresión. Bajo este contexto, Tee et al., (2020) señalaron que el 16,9% de los encuestados informó síntomas depresivos de moderados a graves. (Carrera Zambrano & Cedeño Anzaki, 2021)

Los estudios mencionan que el 10 al 35% de los sobrevivientes con SARS COV reportaron tener síntomas sugestivos de ansiedad, depresión o ambas durante la fase de recuperación temprana y cerca al 44% de los pacientes sobrevivientes con algún trastorno psiquiátrico, correspondieron a trastornos depresivos. En encuestas realizadas en China, el impacto psicológico se evaluó mediante Impact of Event Scale-Revised y el estado de salud mental se determinó por “Depression, Anxiety and stress scale”; reportándose que el 53.8% de los estudiados determino el efecto psicológico del brote se clasificaron como moderado o severo; el 16.5% síntomas pág. 14 depresivos moderados a severos; el 28.8% síntomas de ansiedad moderada a severo; y el 8.1% estrés moderados a severos. (Chavarri Troncoso, 2021)

8. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos de la investigación, se logró determinar la relación que existe entre la enfermedad por Covid-19 y el impacto en los pacientes que la sufren, manifestando en ellos una depresión y generando malestar; si bien es cierto que la muestra alcanzada es pequeña, aun así, se evidencia la presencia de una depresión.

A la hora de la caracterización de los pacientes postcovid-19 en función de sexo, rango de edad y niveles de gravedad de covid-19, se concluye en esta investigación que la enfermedad de Covid-19 es más frecuente en mujeres que en hombres, además se evidencia una mayor prevalencia de la enfermedad en pacientes adultos de entre 27 a 59 años y, las cifras presentadas en cuanto a los niveles de gravedad predominan mucho más un nivel leve.

Como se ha podido demostrar, los estudios mencionados hacen hincapié sobre la relación entre la depresión y los pacientes postcovid-19 donde se evidencia ciertamente niveles mínimos de depresión leves en quienes padecieron la enfermedad; no obstante, es importante mencionar que se debe considerar que existe ciertos factores internos y externos predominantes para la aparición de la depresión.

9. RECOMENDACIONES

Al establecer la relación existente entre la depresión y los pacientes postcovid-19, se debe considerar establecer la implementación de primeros auxilios psicológicos, los cuales deben ser inclinados hacia una relación respetuosa y de apoyo entre pacientes y terapeutas, también trabajar con funcionarios de salud pública y entidades de salud para proporcionar apoyo a los pacientes en cuarentena y/o aislamiento social y por último es importante proporcionar información útil sobre la depresión y las manifestaciones de la misma, brindando pautas o actividades que mejoren la calidad de vida de los pacientes.

Además, es esencial que los profesionales que se encuentran en la primera línea quienes son los que ingresan a las salas de aislamiento para pacientes con COVID-19, brinden intervenciones psicosociales a los pacientes hospitalizados ayudando a sobrellevar su aislamiento y situación de salud, para así mejorar su posterior recuperación tras la enfermedad.

Si bien es cierto no solo la enfermedad por Covid-19 es un factor que pudiera estar influyendo o relacionándose con la depresión en los pacientes; por ello es importante ampliar investigaciones o estudios sobre otros factores que pudieran desencadenar una depresión durante la pandemia, estos pueden ser externos como la situación económica, la ocupación, etc., o los internos como la personalidad.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., & Lönnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1235–1237. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1235>
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Metalsky, G. I., Joiner, T. E., & Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza : aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211–222. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3845>
- American Thoracic Society. (2020). *¿Qué es el COVID-19? (Formalmente “el nuevo nCoV-2019 Coronavirus”?)*. <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/covid-19.pdf>
- Anónimo. (2021). *¿ Qué Es La Depresión ?* Mental Health America. <https://www.mhanational.org/que-es-la-depresion>
- Anónimo. (2021). *Tipos de depresión*. MSDsalud. <https://www.msdsalud.es/cuidar-en/depresion/informacion-basica/tipos-depresion.html>
- Aragón-Nogales, R., Vargas-Almanza, I., Miranda-Novales, M. G., & Miranda-Novales, M. G. (2019). COVID-19 por SARS-CoV-2: La nueva emergencia de salud. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(6), 213–218. <https://doi.org/10.35366/91871>
- Arely, B., & Cahuich, G. (2020). ESTUDIO DE CASO: ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS DEPRESIVAS, DESESPERANZA E IDEACIÓN SUICIDA, EN CINCO ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DEL NORTE DE MÉXICO. *Revista Electrónica de La Facultad de Psicología Dela Universidad de Montemorelos*, 2.
- Arrieta Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14–22. <https://doi.org/10.4321/s1699-695x2014000100003>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *APA. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*.
- Cabrera García, A. M., López Mesa, Y., & Urbay Hernández, D. C. (2015). Ansiedad , depresión y suicidio en diferentes etapas de la vida. *Universidad Central «Marta*

- Abreu» de Las Villas*, 1–39.
<https://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/10573/Ansiedad-depresión-y-suicidio-en-diferentes-etapas-de-la-vida-Aurora-María-Yisel-López-y-Dalena-Caridad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., & La Cruz, I. V. De. (2011). Conducta verbal de terapeutas y pacientes durante la aplicación de los distintos componentes de la reestructuración cognitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 133–150.
- Carrera Zambrano, J. A., & Cedeño Anzaki, M. E. (2021). Impacto emocional en pacientes aislados de suas familias. *Polo Del Conocimiento*, 6(11), 1126–1147.
<https://doi.org/10.23857/pc.v6i11.3318>
- Carbajales-León, E., Medina-Fuentes, G., & Carbajales-León, A. (2020). Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes positivos a la COVID-19 de la provincia Camagüey. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 45(6). Recuperado de <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2363>
- Chavarrí Troncoso, F. P. (2021). DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON SECUELAS DE COVID, HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE – MAYO 2020 – 2021. In *UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO* (Vol. 43, Issue 2S). <https://doi.org/10.36104/amc.2018.1401>
- D, A. S., & Z, D. U. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13(0), 13–28.
- Díaz Lazo, A. V., Montalvo Otivo, R., Lazarte Nuñez, E., & Aquino Lopez, E. (2021). Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con COVID-19 en un hospital situado en la altura. *Horizonte Médico (Lima)*, 21(2), e1303.
<https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n2.09>
- FRED K. Berger, M. (2014). Aprender respecto a la depresión: MedlinePlus enciclopedia médica. *Arlington*, 21–24.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000325.htm>
- Garriz, A. (2018). Resolución de Problemas. *Educación Química*, 16(2), 218.
<https://doi.org/10.22201/fq.18708404e.2005.2.66113>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>

- Heredia, V. (2020). *El covid-19 se mide en 6 niveles de gravedad de acuerdo con los síntomas*. EL COMERCIO. <https://www.elcomercio.com/actualidad/covid-ecuador-pacientes-sintomas-gravedad.html>
- Herrera, A. (2021). Prevalencia de depresión posterior a infección por SARS-COV-2 en la población del Hospital Regional ISSSTE Veracruz. (Tesis de doctorado). UNIVERSIDAD VERACRUZANA. <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/50479/HerreraMayoraArmando.pdf?sequence=1>
- Jimeno Galván, R. (2020). Documento General COVID-19. *NEUMOSUR*, 1–5.
- Labtest, O. (n.d.). *Guía de los diferentes estados de COVID 19*. 2020. https://www.medicasur.com.mx/es_mx/ms/faseI_Cuanto_tiempo_tarda_el_corona_virus_en_incubarse
- Lorea at., e. (21 de Julio de 2020). Obtenido de <https://transferencia.tec.mx/2020/07/21/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-durante-la-contingencia/>
- Mejicanos, D. del R. (2019). Reestructuración cognitiva y control de ira. In *Hilos Tensados* (Vol. 1, Issue).
- MSP. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos* (Dirección).
- 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., & Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89(July), 594–600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- OMS. (2021). *Depresión*. Organización Mundial de La Salud.
- OMS. (2019). “*Depresión: hablemos*”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Centro de Prensa. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es%0Ahttps://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depr
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Manejo clínico de la COVID-19*. 1–86. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340629/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-spa.pdf>

- OMS. (s.f). *Organización mundial de la salud*. Obtenido de: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Ozamis et., a. (16 de abril de 2020). *Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España*. Obtenido de <https://blog.scielo.org/wp-content/uploads/2020/04/1678-4464-csp-36-04-e00054020.pdf>
- Padilla Benítez, T., Rojas, A. L., Munive Báez, L., Monsiváis Orozco, A. C., Dionicio Avendaño, A. R., Corona Villalobos, C. A., Guzmán Valderrábano, C. R., Gochicoa Rangel, L. G., Lechuga Trejo, I., Avilés Ramírez, B. A., Velázquez Serratos, J. R., García Colín, E. R., Del Razo Rodríguez, R., Olmedo Jiménez, A., Madrid Mejía, W., Ochoa García, E., Uc Rosaldo, J. E., Mercado Rodríguez, J. Y., Hinojosa Maya, S., ... Romo Domínguez, K. J. (2020). Manifestaciones clínicas de la COVID-19. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, 33(s1), 10–32. <https://doi.org/10.35366/96668>
- Pérez Abreu, M., Gómez Tejeda, J., & Dieguez Guach, R. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera De Ciencias Medicas*, 6(5), 4–8. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300003&script=sci_arttext
- Rodríguez Chiliquinga, N. S., Padilla Mina, L. Á., Jarro Villavicencio, I. G., Suárez Rolando, B. I., & Robles Urgilez, M. (2021). Factores de riesgo asociados a depresión y ansiedad por covid-19 (SARS-Cov-2). *Journal of America Health*, 4(1), 63–71. <https://doi.org/10.37958/jah.v4i1.64>
- Ruiz-Bravo, A., Jiménez-Valera, M., Ruiz-Bravo, A., & Jiménez-Valera, M. (2020). SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 61(2), 63–79. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942020000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttps://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2340-98942020000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ruiz, M. (2020). Salud mental y Covid-19 : consejos para combatir el aislamiento por la pandemia. *Gaceta Médica*, 21–22. <https://gacetamedica.com/profesion/salud-mental-y-covid-19-consejos-para-combatir-el-aislamiento-por-la-pandemia/>
- Padilla Benítez, T., Rojas, A. L., Munive Báez, L., Monsiváis Orozco, A. C., Dionicio Avendaño, A. R., Corona Villalobos, C. A., Guzmán Valderrábano, C.

- R., Gochicoa Rangel, L. G., Lechuga Trejo, I., Avilés Ramírez, B. A., Velázquez Serratos, J. R., García Colín, E. R., Del Razo Rodríguez, R., Olmedo Jiménez, A., Madrid Mejía, W., Ochoa García, E., Uc Rosaldo, J. E., Mercado Rodríguez, J. Y., Hinojosa Maya, S., ... Romo Domínguez, K. J. (2020). Manifestaciones clínicas de la COVID-19. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, 33(s1), 10–32. <https://doi.org/10.35366/96668>
- Rodr, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense de Psicología*, 30(45), 17–33.
- Ruiz-Bravo, A., & Jimenez-Varela, M. (2020). SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharm*, 61(2), 63–79. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-188101>
- Suárez, V., Suarez Quezada, M., Oros Ruiz, S., Ronquillo De Jesús, E., & Carbajales-león, E. B. (2020). Epidemiology of COVID-19 in Mexico: from the 27th of February to the 30th of April 2020. *Revista Clinica Espanola*, 45(8), 463–471. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 22(0), 407. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v22isupp2.1189>
- Tena - Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista Científico - Sanitaria SANUM.*, 4(3), 36–45. https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf
- Velastegui, D., Bustillos, A., Flores, F., Mayorga-lascano, M., Universidad, P., & Psicología, E. De. (2020). Efectos de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la salud mental de hombres y mujeres dela zona 3 delEcuador. *REVISTA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO, VOLUMEN 12*.
- W. McNally, J., M. Lavender, K., & C. Levenstein, M. (2020). ICPSR Working Paper 2 : Best Practices for Measuring the Social , Behavioral , and Economic Impact of Epidemics. *United States: ICPRS University of Michigan*, 2(1), 44. <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/154682>
- Walder, A. R., Keynejad, R., Kamara, S., & Hopwood, H. (2019). Global mental health. *The Lancet*, 394(10193), 118. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30943-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30943-2)

11. ANEXOS

11.1. Anexo 1



FORMULA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del participante:

Fecha:

Estimado(a), somos estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja. Actualmente nos encontramos realizando una investigación la cual tiene como objetivo el desarrollo de nuestro trabajo de titulación.

Usted ha sido invitado a participar de este estudio. Cuando participa en una investigación necesita una adecuada información para decidir sobre su cooperación en la misma. Con el fin de invitarle a usted a participar en la presente investigación y obtener su consentimiento, se le solicita leer atentamente el siguiente documento.

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Usted participará en una investigación de carácter académico formativo, que se realiza como tesis de graduación de la carrera de psicología clínica de la Universidad Nacional de Loja, con la misma se pretende indagar diferentes temáticas con la población de adultos jóvenes.

B. PROCEDIMIENTO: Si usted acepta la participación en este estudio, se realizará lo siguiente: Se le solicitará completar los instrumentos del estudio: test psicológicos y cuestionarios y posteriormente se tendrá un segundo encuentro en casos específicos para completar datos de la investigación.

C. RIESGOS: Se espera que su participación en este estudio no conlleve ningún riesgo para su integridad física, psicológica o moral, ni costo económico alguno. Puede significarle alguna molestia o incomodidad, en el sentido de que implica referirse a su vida privada, sin embargo,

cualquier inconveniente al respecto puedo expresarlo libremente y recibiré la ayuda necesaria si es requerido por el profesional que lo aplica.

D. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, si usted presenta alguna sintomatología a nivel psicológico obtendrá beneficio directo, es decir recibirá atención psicológica por parte del servicio de Psicología clínica del centro de salud de Motupe, además los resultados que surjan de la investigación beneficiarán a la institución educativa y comunidad.

ASPECTOS A CONSIDERAR:

- Usted puede conversar con los investigadores sobre algunas dudas que surjan al momento de ser aplicadas las encuestas. Si quisiera más información luego, puede obtenerla llamando al siguiente número: 0968023804; en horario de 7 a.m. a 1:00 p.m. o contactarse por medio de correo electrónico: linbeth.eriollo@unl.edu.ec. Su participación en este estudio es voluntaria. Usted tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.
- Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en un documento llamado tesis, en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima. La privacidad en ningún momento se podrá ver comprometida puesto que los instrumentos son anónimos y las únicas personas con acceso a la información será quien realiza la investigación
- No se perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Me quedó clara la información que necesitaba decidir acerca de mi participación en esta investigación. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada.

Por lo tanto: acepto ser participe voluntariamente como sujeto de proceso investigativo.

Nombre del participante _____ cédula _____ firma _____ fecha _____

Contacto telefónico: _____

11.2. Anexo 2

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil:..... Edad:..... Sexo:.....
Ocupación:..... Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Auto crítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3°. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1°. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3°. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

11.3. Anexo 3



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis **“DEPRESIÓN EN PACIENTES POST COVID-19 DEL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE MOTUPE, CIUDAD DE LOJA, 2021-2022”** autoría de **Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar** con número de cédula **0704849264**, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 02 de marzo del 2022

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuerte y Miguel Riofrío - Teléfono: 072578899
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec

11.4. Anexo 4



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 24 de enero de 2022

Dra.
Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo y deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del Oficio. No. -027- C.PS.CL- FSH-UNL, recibido en mi correo institucional el 21 de enero del presente año, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado **"DEPRESIÓN EN PACIENTES POSTCOVID 19 DEL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE MOTUPE, CIUDAD DE LOJA, 2021"**, autoría de la señorita estudiante: Lisbeth Yarizel Criollo Aguilar CI. 0704849264, estudiante del VIII, ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja; concluyo con lo siguiente:

1. Que el presente proyecto de investigación cuenta con todos los elementos de la estructura propuesta en el Artículo 226 del Capítulo VII de La Graduación y Titulación, Sección I Del Trabajo de Integración Curricular o de Titulación del Régimen académico de la Universidad Nacional de Loja.
2. Que el título del presente proyecto es una buena propuesta, bien elegida, actualizada, clara, novedosa, vigente y apegada a los estudios realizados.
3. Que la problemática del presente proyecto describe y fundamenta adecuadamente la problemática objeto de la investigación.
4. Que la justificación del presente proyecto tiene una buena exposición de sus motivos sociales, académicos, económicos y otros.
5. Que los objetivos del presente proyecto presentan un buen fundamento de su propósito general, acorde a la temática, descripción y justificación. Objetivos generales y específicos claros.
6. Que la metodología define aceptablemente métodos, técnicas y procedimientos de investigación y son suficientes para el problema, los objetivos, la justificación y la hipótesis.
7. Que la bibliografía tiene una buena revisión de los proyectos afines, tesis, libros básicos y de consulta, Internet, manuales, leyes, reglamentos y otros documentos de apoyo a su investigación (de 2 a 4 fuentes).

Por tal motivo me permito emitir el Informe favorable de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado **"DEPRESIÓN EN PACIENTES POSTCOVID 19 DEL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE MOTUPE, CIUDAD DE LOJA, 2021"** Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.
Atentamente,



MAYRA DANIELA
MEDINA AYALA

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala. Mg.Sc.
1104600844
mayra.medina@unl.edu.ec
PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL
c.c.: Archivo