



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

**INTERVENCIÓN Terciaria Cognitivo-Conductual para
Promover la Calidad de Vida en Sobrevivientes de
COVID-19 Severo**

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

PRESENTA:
MARIELA GUTIÉRREZ YÁÑEZ

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

CODIRECTOR DE TESIS:
DR. SERGIO GALÁN CUEVAS

MIEMBROS DEL COMITÉ:
DRA. NORMA ANGELICA ORTEGA ANDRADE
MTRO. ANTONIO CARRILLO CITALAN
MTRA. LETICIA TREJO ESPÍNDOLA

Pachuca de Soto, Hgo. 2026

Este proyecto de investigación se realizó con el apoyo del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (SECIHTI) encargados de promover el avance de la investigación científica, bajo el proyecto denominado "Intervención Terciaria Cognitivo-Conductual para promover la calidad de vida en sobrevivientes de COVID-19 severo", del programa 006221- Maestría en Psicología de la Salud y número de CVU 1184043 bajo la responsabilidad de la Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz y la revisión de la Dr. Sergio Galán Cuevas, Dra. Norma Angélica Ortega Andrade, Mtro. Antonio Carrillo Citalán y el Mtra. Leticia Trejo Espíndola como parte del cuerpo académico Salud Emocional (UAEH-ICSA) de la Maestría en psicología de la Salud orientada a la investigación con número de cuenta 347347.



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Psicología

Department of Psychology

29 de enero de 2026

ICSa/MPS/021/2026

Asunto: Autorización de impresión de tesis

MTRA. OJUKY DEL ROCÍO ISLAS MALDONADO
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE

El Comité Tutorial de la tesis titulada: *INTERVENCIÓN TERCIARIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PROMOVER LA CALIDAD DE VIDA EN SOBREVIVIENTES DE COVID-19 SEVERO*, realizada por la sustentante: Mariela Gutiérrez Yáñez, con número de cuenta: 347347, estudiante del programa de posgrado de Maestría en Psicología de la Salud, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado tiene a bien extender la presente:

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente.

Atentamente

"Amor, Orden y Progreso"

Pachuca de Soto, Hidalgo a 29 de enero de 2026

El Comité Tutorial

DIRECTOR	Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz
CO-DIRECTOR	Dr. Sergio Galán Cuevas
MIEMBRO DEL COMITÉ	Dra. Norma Angélica Ortega Andrade
MIEMBRO DEL COMITÉ	Mtra. Leticia Trejo Espíndola
MIEMBRO DEL COMITÉ	Mtro. Jesus Antonio Carrillo Citalán

C.c.p. Archivo
JAHV/JEJC/AIVO/RMEGS



Carretera ex-Hacienda la Concepción s/n Carretera
Pachuca Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo,
México. C.P.42174
Teléfono: 52(771)7172000 Ext. 41531 y 41550
psicologia@uaeh.edu.mx

"Amor, Orden y Progreso"



2025



uaeh.edu.mx

Agradecimientos

“Constancia sobre perfección”

Gracias a Dios por todo, por permitirme culminar un logro más, y darme salud y bienestar para lograrlo.

A mi pareja por ser siempre ese sostén que me motiva a seguir siendo cada día mejor, por recorrer este camino juntos y nunca dejarme caer. Por creer en mí incluso cuando yo no lo hacía, gracias por ser mi compañero de vida y pieza fundamental en cada uno de mis logros, Te amo.

A la doctora Andrómeda que siempre me tuvo mucha fe y paciencia, que me abrió el camino y me extendió la oportunidad cuando nadie más lo hizo, por darme lecciones académicas inolvidables, por permitir que nosotras las mujeres que estudiamos y somos madres sigamos cumpliendo nuestros sueños. Gracias doctora por ser la mejor madre académica.

A mi hija quien estuvo conmigo recorriendo este proceso, fue creciendo conforme esto avanzaba, este título te pertenece por que todo fue por ti, te amo hija mía.

A mis padres por su fe, apoyo y amor sin ello no lo hubiera logrado.

A mis suegros por su tiempo prestado y apoyo para cuidar a mi hija en este trayecto.

Al Doctor Sergio Galán Cuevas por su apoyo y paciencia en esta travesía.

A mi comité de ética agradezco su apoyo y el haber aceptado formar parte de esta investigación.

Agradezco la Dra. Lilian Elizabeth Bosques Burgada y la Dra. Rebeca Guzmán Saldaña por su paciencia y apoyo en el proceso administrativo.

Y a CONAHCYT quien me permitió realizar esta investigación y me dio la oportunidad de tener calidad de vida.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO1: PANDEMIA POR COVID-19	8
1.1 Definición y características del COVID-19	8
1.2 Impacto físico y psicológico del COVID-19 en las distintas olas	9
1.3 Secuelas después de la pandemia	15
1.4 Long COVID-19	18
CAPÍTULO 2: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA TRAS UNA PANDEMIA POR COVID-19	23
2.1 Concepto de calidad de vida	23
2.2 Determinantes sociales y contextuales	28
2.3 Variables psicológicas que afectan la calidad de vida en sobrevivientes de COVID-19	
severo	31
2.3.1 Trastorno de Estrés Postraumático	32
2.3.2 Ansiedad y Depresión	35
2.4 Marco conceptual de la relación calidad de vida–salud mental	40
CAPÍTULO 3: Estrategias cognitivo-conductual aplicadas a sobrevivientes de COVID-19 severo	43
3.1 Los antecedentes y fundamentos de la TCC	44
3.2 Intervenciones Terciarias en Psicología de la Salud	46
3.3 Estrategias psicológicas implementadas durante la pandemia de COVID-19	48
3.4 Intervenciones realizadas en sobrevivientes de COVID-19 desde la TCC	53
MÉTODO	58
Justificación	58
Objetivo general	60
Objetivos específicos:	60
FASE 1: VALIDACIÓN PRELIMINAR DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD POR CORONAVIRUS (CAS) EN MEXICO: EVALUACIÓN RETROSPECTIVA PANDEMIA-POST PANDEMIA	62
Objetivo	62
Método	62
Población	62
Tipo de estudio	63
Muestra	63
Los criterios de inclusión	63
Instrumentos	63
Procedimiento	63
Resultados fase I	64

FASE II: DIAGNÓSTICA	69
Pregunta de investigación	69
Objetivo general	69
Objetivos específicos	69
Tipo de estudio	70
Tipo de diseño	70
Hipótesis estadísticas	72
Muestra	72
Tipo de muestreo	72
Criterios de inclusión	72
Criterios de exclusión	72
Criterios de eliminación	73
Instrumentos	73
Procedimiento fase II	74
Análisis de datos fase II	74
Resultados de fase II	75
FASE III: Desarrollar y validar por jueces mediante pilotaje una intervención	
Cognitivo- Conductual	80
Pregunta de investigación	80
Objetivo general	80
Objetivos específicos:	80
Tipo de diseño y estudio	80
Variables	80
Hipótesis	81
Participantes	81
Muestra	81
Tipo de muestreo	81
Criterios de inclusión	82
Criterios de exclusión	82
Criterios de eliminación	82
Instrumentos	82
Procedimiento Fase III	83
Análisis de los datos propuestos	83
Consideraciones éticas	85
RESULTADOS FASE III	86
FASE III: ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LA VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS	108
MÉTODO FASE IV: APLICACIÓN DEL PILOTAJE	113
Pregunta de investigación	113
Objetivo general	113
Objetivos específicos	113
Tipo de estudio	113
Tipo de diseño	114
Variables	114

Hipótesis	116
Participante	116
Tipo de muestreo	116
Criterios de inclusión	116
Criterios de exclusión	116
Criterios de eliminación	117
Escenario	117
Instrumentos	117
Procedimiento	118
Análisis de datos propuesto	119
Implicaciones bioéticas	119
RESULTADOS DE LA FASE IV	120
Efectos preliminares del pilotaje de una intervención de 4 sesiones	126
DISCUSIONES	137
LIMITACIONES	155
RECOMENDACIONES	155
CONCLUSIONES	155
CONSIDERACIONES ÉTICAS	158
REFERENCIAS	161
ANEXOS	178

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 CONSISTENCIA INTERNA E INDICADORES POR ÍTEM DE LA CAS EN AMBAS CONDICIONES RETROSPECTIVAS.	66
TABLA 2 ESTRUCTURA INTERNA (UN COMPONENTE) DE LA CAS EN AMBAS CONDICIONES. ..	67
TABLA 3 COMPARACIÓN EXPLORATORIA ENTRE CAS_PANDEMIA Y CAS_POSPANDEMIA (WILCOXON).....	68
TABLA 4 VARIABLES	70
TABLA 5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN.	73
TABLA 6 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES (N = 17).	76
TABLA 7 PRUEBA DE NORMALIDAD (SHAPIRO–WILK) PARA LAS VARIABLES DE INTERÉS (N = 17).	77
TABLA 8 CORRELACIONES (RHO DE SPEARMAN) ENTRE LAS VARIABLES (N = 17).	78
TABLA 9 VARIABLES	81
TABLA 10 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA VALIDACIÓN POR JUECES.....	82
TABLA 11 <i>ESQUEMA DE OBJETIVOS Y TÉCNICAS DE LA INTERVENCIÓN TERCIARIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PROMOVER LA CALIDAD DE VIDA DE SOBREVIVIENTES EN COVID-19 SEVERO.</i>	87
TABLA 12 <i>PORCENTAJES DE PARTICIPANTES POR SU GRADO ACADÉMICO</i>	108
TABLA 13 <i>PORCENTAJES DE PARTICIPANTES POR AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA</i>	109
TABLA 14 <i>PORCENTAJE DE ACEPTACIÓN DEL OBJETIVO GENERAL POR LOS JUECES EXPERTOS</i>	109
TABLA 15 <i>PORCENTAJE DE ACEPTACIÓN DEL MODELO TEÓRICO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN.</i>	109
TABLA 16 <i>PORCENTAJES DE ACEPTACIÓN DE LOS TEMAS PARA TRABAJAR EN CADA SESIÓN</i>	110
TABLA 17 <i>PORCENTAJES DE ACEPTACIÓN DE LA SECUENCIA DE SESIONES.</i>	110
TABLA 18 <i>PORCENTAJE DE ACEPTACIÓN DEL NÚMERO DE SESIONES ESTABLECIDO</i>	110
TABLA 19 <i>PORCENTAJE DE ACEPTACIÓN DE LAS TÉCNICAS SELECCIONADAS.</i>	111
TABLA 20 <i>PORCENTAJES DE ACEPTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN LA INTERVENCIÓN</i>	111
TABLA 21 <i>PORCENTAJES DE ACEPTACIÓN DE LAS TAREAS Y REGISTROS.</i>	111
TABLA 22 <i>PORCENTAJE DE ACEPTACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LOS OBJETIVOS Y LOS RESULTADOS ESPERADOS.</i>	112
TABLA 23 <i>PORCENTAJE DE ACEPTACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE LA PROPUESTA</i>	112
TABLA 24 <i>VARIABLE INDEPENDIENTE</i>	114
TABLA 25 <i>VARIABLES DEPENDIENTES</i>	114

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. <i>ADAPTADO DE LÍNEA DEL TIEMPO DE LA FAMILIA CORONAVIRUS, ELABORACIÓN PROPIA (DEBANCH, 2021).</i>	10
FIGURA 2 <i>MAPA MUNDIAL DE PAÍSES CON MAYORES MUERTES POR COVID-19, ELABORACIÓN PROPIA (ORÚS,2023).</i>	10
FIGURA 3 <i>PREVALENCIA DE SECUELAS PSICOLÓGICAS POST COVID-19 EN LOS SOBREVIVIENTES DE COVID-19. ELABORACIÓN PROPIA.</i>	32
FIGURA 4. <i>ESTRUCTURA DEL ESTUDIO</i>	61
FIGURA 5 <i>PARTICIPACIÓN POR SEXO</i>	65
FIGURA 6 <i>INSTITUCIONES DE SALUD</i>	65
FIGURA 7 <i>ESTRUCTURA GENERAL DE LA INTERVENCIÓN TERCIARIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PROMOVER LA CALIDAD DE VIDA DE SOBREVIVIENTES DE COVID-19 SEVERO (FIGURA 7).</i>	86
FIGURA 8 <i>PORCENTAJE DE JUECES POR SEXO</i>	108
FIGURA 9. <i>ESCALA DE ANSIEDAD POR CORONAVIRUS</i>	120
FIGURA 10. <i>RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN ADULTOS</i>	121
FIGURA 11. <i>LISTA CHECABLE PARA TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO SEGÚN EL DSM-5</i>	123
FIGURA 12. <i>RESULTADOS DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK</i>	124
FIGURA 13. <i>CUESTIONARIO DE SALUD SF-36</i>	125
FIGURA 14. <i>SPLIT ACTIVIDADES LIGADAS AL ESTADO DE ÁNIMO</i>	128
FIGURA 15. <i>SPLIT SUFRIMIENTO EMOCIONAL (EMOCIONES DISPLACENTERAS)</i>	129
FIGURA 16. <i>SPLIT SUFRIMIENTO EMOCIONAL (EMOCIONES DISPLACENTERAS)</i>	130
FIGURA 17. <i>SPLIT PENSAMIENTOS RUMIATIVOS ASOCIADOS AL COVID-19</i>	131
FIGURA 18. <i>SPLIT PENSAMIENTOS RUMIATIVOS ASOCIADOS AL COVID-19</i>	132
FIGURA 19. <i>SPLIT CALIDAD DE VIDA (ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO)</i>	134
FIGURA 20. <i>SPLIT RESPUESTAS FISIOLÓGICAS</i>	135
FIGURA 21. <i>SPLIT HABILIDADES (TÉCNICAS PSICOLÓGICAS)</i>	136

RESUMEN

La pandemia por COVID-19 dejó secuelas físicas y psicológicas, especialmente en personas que cursaron COVID-19 severo, lo cual puede comprometer su calidad de vida. En México, la evidencia sobre intervenciones psicológicas terciarias basadas en terapia cognitivo-conductual (TCC) en esta población sigue siendo limitada. Esta tesis tuvo como objetivos: (1) analizar evidencia psicométrica del Cuestionario de Ansiedad por Coronavirus (CAS) bajo dos instrucciones de respuesta (retrospectiva durante la pandemia vs. estado actual pospandemia); (2) describir la relación entre ansiedad, depresión, síntomas de estrés postraumático y calidad de vida en sobrevivientes de COVID-19 severo; y (3) estructurar una intervención terciaria TCC orientada a promover calidad de vida y explorar su aplicación piloto.

En la Fase I (estudio instrumental), adultos mexicanos ($N = 320$) respondieron el CAS dos veces el mismo día bajo ambas instrucciones; se estimó consistencia interna, se realizó análisis factorial exploratorio y se compararon puntajes mediante Wilcoxon. En la Fase II (diagnóstica), sobrevivientes de COVID-19 severo ($N = 17$) respondieron CAS, AMAS-A, BDI-II, PCL-5 y SF-36; se reportaron medianas y rangos intercuartílicos, se evaluó normalidad con Shapiro–Wilk y se estimaron correlaciones Rho de Spearman.

En la Fase I, el CAS mostró estructura unidimensional, con adecuación muestral aceptable a excelente ($KMO = .834$ y $.899$; Bartlett $p < .001$) y varianza explicada de 61.14% (pandemia) y 75.60% (pospandemia), con cargas factoriales altas. Los puntajes pospandemia fueron significativamente menores que los de la condición pandemia ($Z = -9.30$, $p < .001$). En la Fase II, los puntajes centrales indicaron niveles bajos a moderados (medianas: CAS = 0; AMAS-A = 11; BDI-II = 11; PCL-5 = 7) y calidad de vida media (SF-36 Salud mental = 56; Salud general = 55). Se observaron asociaciones positivas entre ansiedad por coronavirus y síntomas de TEPT

(rho = .544, p = .024) y ansiedad general (rho = .646, p = .005), así como una asociación negativa con Salud mental del SF-36 (rho = -.493, p = .044). En la Fase III, se estructuró una intervención terciaria TCC con psicoeducación, activación conductual, regulación emocional, reestructuración cognitiva, exposición gradual y solución de problemas; en el pilotaje de caso único se observaron cambios en la dirección esperada en indicadores conductuales vinculados a calidad de vida.

El CAS mostró evidencia psicométrica adecuada en ambas condiciones y sensibilidad al encuadre temporal de respuesta. En sobrevivientes de COVID-19 severo, mayor ansiedad específica y mayor sintomatología postraumática se asociaron con peor bienestar mental percibido. La intervención terciaria TCC propuesta ofrece una vía estructurada para la rehabilitación psicológica centrada en calidad de vida.

Palabras clave: COVID-19; sobrevivientes; ansiedad; depresión; trastorno de estrés postraumático; calidad de vida; terapia cognitivo-conductual.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has left physical and psychological sequelae, particularly among severe COVID-19 survivors, which may compromise quality of life. In Mexico, evidence on tertiary cognitive-behavioral therapy (CBT) interventions for this population remains limited. This thesis aimed to: (1) examine psychometric evidence of the Coronavirus Anxiety Scale (CAS) under two response instructions (retrospective pandemic vs. current post-pandemic); (2) describe associations among anxiety, depression, posttraumatic stress symptoms, and quality of life in severe COVID-19 survivors; and (3) structure a tertiary CBT intervention to promote quality of life and explore its pilot application.

In Phase I (instrumental study), Mexican adults ($N = 320$) completed the CAS twice on the same day under both instructions; internal consistency and exploratory factor analysis were estimated, and scores were compared using the Wilcoxon signed-rank test. In Phase II (diagnostic), severe COVID-19 survivors ($N = 17$) completed the CAS, AMAS-A, BDI-II, PCL-5, and SF-36; medians and interquartile ranges were reported, normality was assessed with Shapiro–Wilk, and Spearman’s rho correlations were calculated.

In Phase I, the CAS showed a one-factor structure with acceptable-to-excellent sampling adequacy ($KMO = .834$ and $.899$; Bartlett $p < .001$) and explained variance of 61.14% (pandemic) and 75.60% (post-pandemic), with high factor loadings. Post-pandemic scores were significantly lower than pandemic scores ($Z = -9.30$, $p < .001$). In Phase II, central tendency suggested low-to-moderate symptom levels (medians: CAS = 0; AMAS-A = 11; BDI-II = 11; PCL-5 = 7) and mid-range quality of life (SF-36 Mental Health = 56; General Health = 55). Coronavirus-specific anxiety was positively associated with PTSD symptoms ($\rho = .544$, $p = .024$) and general anxiety ($\rho = .646$, $p = .005$), and negatively associated with SF-36 Mental Health ($\rho = -.493$, $p = .044$). In Phase III, a tertiary CBT program was structured

including psychoeducation, behavioral activation, emotion regulation, cognitive restructuring, gradual exposure, and problem-solving; the single-case pilot showed changes in the expected direction on quality-of-life–related behavioral indicators. The CAS demonstrated adequate psychometric evidence under both response frames and sensitivity to temporal anchoring. Among severe COVID-19 survivors, higher coronavirus-specific anxiety and posttraumatic symptoms were associated with poorer perceived mental well-being. The proposed tertiary CBT intervention provides a structured pathway for quality-of-life–focused psychological rehabilitation.

Keywords: COVID-19; survivors; anxiety; depression; posttraumatic stress disorder; quality of life; cognitive-behavioral therapy.

INTRODUCCIÓN

El campo de la psicología de la salud estudia cómo los factores psicológicos, conductuales y sociales se relacionan con el inicio, curso y recuperación de las enfermedades, así como con la adopción y mantenimiento de hábitos protectores. Desde esta perspectiva, los problemas de salud no se explican únicamente por procesos biológicos, sino también por conductas, condiciones de vida y recursos de afrontamiento que influyen en la vulnerabilidad y en la rehabilitación (Rodríguez-Marín, 1995; Álvarez, 2010).

La pandemia por COVID-19 ejemplificó con claridad esta interacción entre lo biomédico y lo conductual. La emergencia sanitaria implicó cambios abruptos en rutinas, restricción de movilidad, aislamiento social y exposición constante a información amenazante. Además, para muchas personas el contagio representó un evento crítico que puso en riesgo la vida, especialmente cuando la enfermedad cursó de forma severa y requirió hospitalización, oxigenoterapia de alto flujo o ingreso a unidades de cuidados intensivos (Carod-Artal, 2020). En estos casos, el proceso de enfermedad no termina con el alta médica: una parte de los sobrevivientes presenta síntomas persistentes y limitaciones funcionales durante meses, lo que se ha descrito como condición post-COVID o long COVID.

En sobrevivientes de COVID-19 severo se han documentado secuelas físicas (por ejemplo, disnea, fatiga, dolor y debilidad), alteraciones neurocognitivas (como dificultades en memoria, atención y velocidad de procesamiento) y afectaciones psicológicas. Entre estas últimas se reportan con frecuencia síntomas de ansiedad y depresión, problemas del sueño y manifestaciones compatibles con estrés postraumático, especialmente en personas que vivieron procedimientos invasivos, aislamiento hospitalario o experiencias cercanas a la muerte (American Psychiatric Association, 2013; Kaseda & Levine, 2020). Estas consecuencias no solo generan malestar emocional; también repercuten en la capacidad de retomar roles cotidianos, participar en actividades significativas y percibir bienestar global.

Por lo tanto, la calidad de vida relacionada con la salud (calidad de vida) se convierte en un indicador central para evaluar el impacto de la pandemia en esta población. La calidad de vida es un constructo multidimensional que integra dimensiones físicas, psicológicas y sociales, y se expresa como la percepción que la persona tiene de su posición en la vida en relación con sus metas, expectativas y contexto (World Health Organization, 1994; WHOQOL Group, 1995). En el caso del COVID-19 severo, la calidad de vida puede verse afectada por la interacción entre secuelas orgánicas, limitaciones funcionales, incertidumbre sobre la recuperación, condiciones socioeconómicas y síntomas emocionales.

Un componente particularmente relevante es la ansiedad asociada al coronavirus. Este tipo de ansiedad puede manifestarse como hipervigilancia a señales corporales, preocupación persistente por recaídas o reinfección, miedo a la enfermedad y evitación de actividades por temor al contagio. Para su evaluación se desarrolló el Coronavirus Anxiety Scale (CAS), una medida breve de ansiedad disfuncional relacionada con COVID-19. Sin embargo, en investigaciones aplicadas es frecuente que las personas respondan instrumentos con diferentes anclajes temporales (por ejemplo, pensando en el momento más crítico de la pandemia o en el estado actual). Esto puede cambiar la forma en que las personas interpretan sus respuestas y, por ende, influir en las propiedades psicométricas y en la comparación de puntajes. En el contexto mexicano, resulta pertinente examinar el desempeño del CAS bajo instrucciones temporales diferenciadas y valorar si el instrumento mantiene una estructura clara y consistencia interna adecuada.

Además de contar con medidas válidas para la evaluación, se requiere evidencia sobre el vínculo entre síntomas psicológicos y calidad de vida en sobrevivientes de COVID-19 severo. En particular, la literatura sugiere que la ansiedad, la depresión y los síntomas postraumáticos tienden a asociarse con peor bienestar mental, menor participación social y mayor interferencia

en la vida diaria. Sin embargo, la magnitud y el patrón de estas asociaciones puede variar según el contexto, el tiempo transcurrido desde la infección y las condiciones de recuperación.

Finalmente, existe una necesidad clínica concreta: diseñar y evaluar estrategias de intervención psicológica que apoyen la rehabilitación posterior al COVID-19 severo. Las intervenciones terciarias buscan reducir discapacidad, mejorar funcionamiento y favorecer la reintegración a la vida cotidiana en personas que ya cursaron una condición grave. La terapia cognitivo-conductual (TCC), por su énfasis en procesos cognitivos y conductuales, con el uso de técnicas como reestructuración cognitiva, regulación emocional y exposición gradual, ofrece un marco útil para abordar evitación, rumiación, hipervigilancia somática y limitaciones por síntomas persistentes. No obstante, se enfatiza que estas técnicas fueron adaptadas con material de autoría para esta población.

Con base en lo anterior, esta tesis se desarrolló en fases complementarias: (a) una fase instrumental para analizar evidencia psicométrica del CAS bajo dos instrucciones de respuesta (pandemia vs. pospandemia); (b) una fase diagnóstica con enfoque descriptivo-correlacional para explorar la relación entre ansiedad, depresión, síntomas postraumáticos y calidad de vida en sobrevivientes de COVID-19 severo; y (c) una fase de estructuración de una intervención terciaria TCC orientada a promover calidad de vida, junto con una exploración piloto de su aplicación.

En términos de organización, el Capítulo 1 describe el contexto de la pandemia por COVID-19 y sus principales implicaciones para la salud. El Capítulo 2 desarrolla el concepto de calidad de vida y los determinantes sociales y psicológicos asociados en el periodo post-pandemia. El Capítulo 3 revisa los fundamentos y aplicaciones de la TCC en contextos de rehabilitación y justifica su pertinencia para una intervención terciaria. Posteriormente, se presentan los métodos y resultados por fase, seguidos de la discusión, conclusiones y consideraciones éticas.

CAPITULO1: PANDEMIA POR COVID-19

El primer capítulo hará una breve recapitulación del inicio de la pandemia por COVID-19, retomando su definición, posteriormente lo que sucedió en las distintas olas por COVID-19, las consecuencias y estadísticas de muertes por último se enfatiza el fuerte impacto a nivel psicológico que tuvo el sector salud durante esta pandemia por COVID-19.

1.1 Definición y características del COVID-19

En diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan, capital de la provincia china de Hubei, se reportó un brote de neumonía de origen desconocido que rápidamente comenzó a expandirse por distintas regiones de Oriente y, posteriormente, alrededor del mundo (Fernandes et al., 2022). Los primeros casos confirmados fueron 27 pacientes con neumonía en Wuhan, lo que marcó el inicio de lo que más tarde se convirtió en una crisis sanitaria global. Ante la magnitud del brote y su rápida propagación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente la pandemia el 11 de marzo de 2020 (Long et al., 2022).

La enfermedad, denominada coronavirus 2019 (COVID-19), corresponde a una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, perteneciente a la familia Coronaviridae. Este virus se transmite principalmente a través de gotas respiratorias, con un periodo de incubación estimado entre 2 y 14 días (Harrison et al., 2020). Debido a estas características, la COVID-19 se consolidó rápidamente como una amenaza para la salud pública mundial, generando un impacto sin precedentes en múltiples esferas de la vida social y sanitaria (World Health Organization, 2020).

A partir del inicio de la pandemia, se han descrito múltiples variantes del virus (Alpha, Beta, Delta, Ómicron), cada una con diferente capacidad de transmisión, severidad clínica y evasión de la respuesta inmunitaria (Karim & Karim, 2021). Estas mutaciones ocasionaron cambios

relevantes tanto en la dinámica epidemiológica como en la efectividad de las vacunas, lo que ha dificultado el control de la propagación.

En este contexto, el Síndrome Respiratorio Agudo Severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) se reconoce como el séptimo coronavirus que afecta al ser humano, perteneciente al grupo de los Betacoronavirus (Debanh, 2021). Se trata de un virus de ARN con una cadena positiva envuelto, que se une al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) e ingresa a las células a través de las proteínas de punta (spike) 1 y 2. Dichas proteínas de pico poseen múltiples sitios de cortes, lo que incrementa la patogenicidad del virus. Además, la acumulación de pequeños cambios genéticos en estas proteínas virales genera una deriva antigénica que da lugar a diferentes variantes. Por lo tanto, su capacidad genética le permite sobrevivir, mutar y adaptarse a distintos contextos biológicos (Long et al., 2022).

Precisamente, esta capacidad de mutación y adaptación es lo que volvió al SARS-CoV-2 especialmente peligroso en comparación con otros coronavirus. Como consecuencia, la pandemia alcanzó una magnitud mundial y se prolongó en el tiempo, lo que obligó a implementar medidas extremas como el confinamiento, la restricción de actividades laborales y sociales, así como la suspensión de eventos culturales, entre muchas otras (World Health Organization, 2020).

1.2 Impacto físico y psicológico del COVID-19 en las distintas Olas

El impacto de la pandemia se manifestó en diferentes olas epidémicas, caracterizadas por picos de contagios, hospitalizaciones y mortalidad. Por ejemplo la primera ola (2020) se distinguió por la alta incertidumbre y la sobrecarga de los sistemas de salud, con letalidades elevadas en personas mayores y con comorbilidades (Peña-Sánchez et al., 2021).

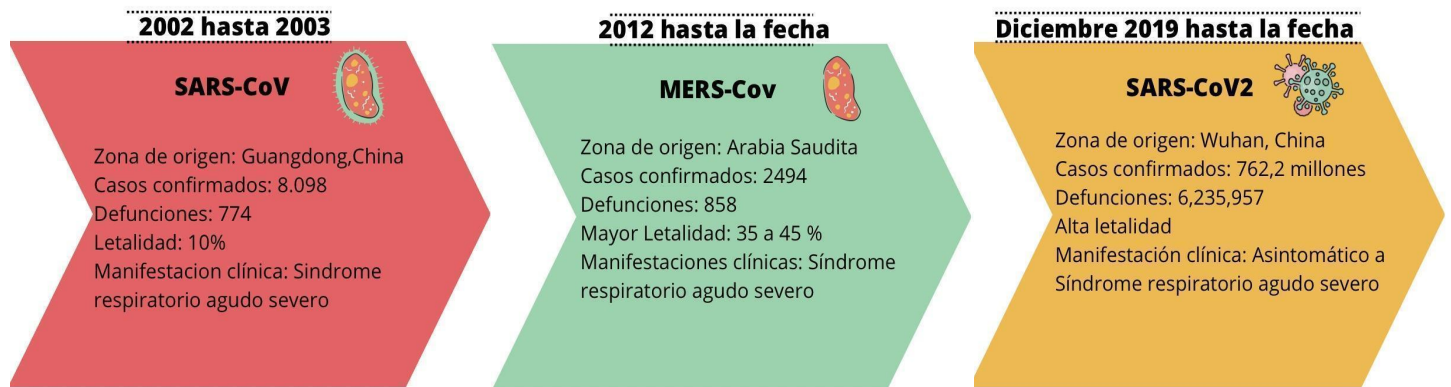


figura 1. Adaptado de Línea del tiempo de la familia coronavirus, elaboración propia (Debanch, 2021).

Las cifras de muertes fueron alarmantes, cerca de un total de 6,235,957 defunciones por COVID-19 en todo el mundo en las primeras etapas de la pandemia. Algunas regiones más afectadas fueron América (43.67%) y Europa (31.89%) (Orús, 2020).



figura 2 Mapa mundial de países con mayores muertes por COVID-19, elaboración propia (Orús, 2023).

Estas condiciones de contagio y el elevado número de muertes y las constantes mutaciones del virus, la pandemia se subdividió en diferentes periodos conocidos como olas, cada una de ellas caracterizada por consecuencias específicas, tanto a nivel sanitario como psicológico.

Retomando el primer periodo de ola se alcanzó un total aproximado de 1,000,000 de muertes en el mundo a causa de casos graves (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022), lo que hizo que el número de sobrevivientes fuera muy bajo. Aquellos que lograron superar la fase aguda de la enfermedad enfrentaron secuelas persistentes. Incluso en personas que cursaron un

COVID-19 leve, se observaron síntomas debilitantes que persistieron durante meses, aun después de considerarse clínicamente recuperados (Fisayo & Tsukagoshi, 2021).

En términos físicos, la infección aguda por SARS-CoV-2 puede variar desde manifestaciones leves hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de dificultad respiratoria aguda, que en los casos más críticos requirió ventilación mecánica invasiva (García-Salido et al., 2020).

En la literatura reciente, los pacientes hospitalizados reportaron un deterioro significativo de la función pulmonar, acompañado de complicaciones cardiovasculares y neurológicas que agravaron su estado general (Nalbandian et al., 2021).

Esto refiere que, las personas que presentaron la enfermedad en su forma grave y lograron sobrevivir ya mostraban signos de deterioro psicológico por la experiencia misma. A partir de este planteamiento, comenzaron a realizarse estudios en diversos países; España aplicó una encuesta en línea con el objetivo recabar información sobre el impacto y las consecuencias en la salud mental durante la etapa inicial de la pandemia. Dicha encuesta fue lanzada el 21 de marzo y se recopilaban datos hasta el 28 de marzo de 2020. Para acceder a la población se utilizó un muestreo de tipo bola de nieve, que permitió recopilar información de 3480 participantes, conformada tanto por población general como por varios grupos específicos (González-Sanguino et al., 2020).

Para la evaluación se emplearon diversos instrumentos estandarizados: el Cuestionario de Salud del Paciente-2 (PHQ-2) y la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada-2 (GAD-2), que son cuestionarios breves orientados a la detección de síntomas depresivos y de ansiedad; la versión abreviada de la Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL-C-2); el Índice de Discriminación en el Día a Día (InDI-D); la versión de 3 ítems de la Escala de Soledad de UCLA (UCLA-3); la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS); y la Escala de Autocompasión (SCS).

El estudio pretendía encontrar prevalencia de ansiedad, depresión, estrés agudo y síntomas de estrés postraumático, tanto en la población general como en pacientes infectados. Debido a que estudios señalaban que hasta un tercio de los pacientes presentaron manifestaciones de afectación en el bienestar psicológico durante o después de la fase aguda de la infección (Xiong et al., 2020). Entre los factores que contribuyeron a intensificar este impacto emocional se encuentran el aislamiento social, el miedo al contagio, las pérdidas familiares y la exposición constante a los medios de comunicación (Vindegaard & Benros, 2020).

De los resultados encontrados en encuestas se revelaron que el 18.7% de la muestra presentaba un posible diagnóstico de depresión y el 21.6% era probable que pudiera ser diagnosticado con ansiedad. El género femenino mostró mayor asociación con sintomatología depresiva, ansiedad y TEPT. Asimismo, los hallazgos evidenciaron que la discriminación, el estigma de la enfermedad y la soledad se relacionaron con un mayor impacto psicológico en ese momento pandémico, mientras que el sentido de pertenencia, el bienestar y la autocompasión funcionaron como factores protectores (González-Sanguino et al., 2020).

Durante la segunda ola, muchas personas experimentaron la enfermedad a mediano plazo y, debido a las estrictas medidas para limitar la propagación, se reportó un incremento en el miedo social. Un número considerable de individuos evitaba acudir a servicios médicos por temor a confirmar un diagnóstico de COVID-19, lo cual retrasó la atención y aumentó la morbilidad (Fisayo & Tsukagoshi, 2021). En este periodo surgieron variantes del COVID como la Alfa (B.1.1.7, detectada en el Reino Unido), la Beta (B.1.351, identificada en Sudáfrica), la Gamma (P.2, reportada en Brasil) y la Delta (B.1.617.2, asociada a India), todas con niveles de contagios altos y, en algunos casos, con potencial de evadir parcialmente la inmunidad (Khan et al., 2022).

En la tercera ola, el virus mostró un impacto más claro en los determinantes sociales de la salud, exacerbando desigualdades estructurales. Factores como la pérdida de empleo, las limitaciones en la disponibilidad de camas hospitalarias y la desestabilidad económica contribuyeron a la desigual de la distribución de la carga de enfermedad (Orús, 2023). Durante estas primeras tres olas, la pandemia ocasionó alrededor de 4 millones de muertes a nivel mundial, evidenciando la magnitud del problema de salud pública (Fisayo & Tsukagoshi, 2021; Orús, 2023).

Dentro de la cuarta ola apareció la variante Ómicron (B.1.1.529), reconocida por su alta capacidad de propagación. Esto llevó a los sistemas sanitarios a establecer alerta máxima, acelerando procesos de vigilancia epidemiológica y reforzando las estrategias de vacunación (Gobierno de México, 2022). En respuesta, la Organización Mundial de la Salud autorizó al menos 10 vacunas para su uso de emergencia (Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca, Sinopharm, Bharat, Janssen, Novavax y CoronaVac), las cuales demostraron una efectividad significativa en la reducción de hospitalizaciones y mortalidad (Graña et al., 2022).

Más allá del impacto físico, las olas sucesivas tuvieron un fuerte efecto en el bienestar psicológico. Situaciones adversas como la pérdida de empleo, la muerte de familiares, el confinamiento prolongado, el incremento de la violencia doméstica, el aumento en el consumo de sustancias, así como el miedo constante a la enfermedad, contribuyeron al desarrollo o exacerbación de síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático y otros trastornos mentales (Vindegård & Benros, 2020; Xiong et al., 2020). Se llegó a la conclusión en base con las evidencias que la pandemia fue un fenómeno no solo biomédico, sino también psicológico y social de gran magnitud.

Conforme fue avanzando el tiempo algunas investigaciones explicaron que la evolución global de los problemas de salud mental durante la pandemia de COVID-19 encontrado en las bases de datos de prestigio se abordaron estudios longitudinales que arrojaron 33, 654 artículos de

los cuales solo se incluyeron 126 estudios, con una muestra de 170,827 participantes de los cuales el 33% eran mujeres, la mayoría de los estudios provenían de América del norte y Europa. Los resultados de estos estudios arrojaron que los problemas de salud mental que más prevalencia durante la pandemia son depresión, ansiedad, TEPT, angustia psicológica, insomnio, soledad e ideas suicidas. Estos trastornos tuvieron aumento durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 particularmente en abril y mayo de 2020 con esto se sustenta que la aparición de los problemas psicológicos fue por las medidas de aislamiento social, confinamiento, restricciones de viajes y salidas, cierre de escuelas y centros de concentración social que eran importantes para las personas (Cénat et al, .2022).

En el período de mayo del 2020 se noto un número alto de defunciones en Europa y América del Norte, donde se habían realizado la mayoría de estos estudios. Se continuaron derivando las circunstancias adversas como el número de casos, el cupo limitado de los hospitales, el número de muertos, la presencia constante de la situación de pandemia a través de los medios de comunicación con ruedas de prensa diarias de los diferentes niveles de gobierno, el miedo a ser infectado o infectar a sus seres queridos, son las principales razones que podrían explicar el aumento de los problemas de salud mental (depresión, ansiedad, angustia psicológica y soledad) (Cénat et al., 2022).

Posteriormente un estudio de alto nivel de evidencia realizado en 2021 sobre los problemas de salud mental pública durante la pandemia de COVID-19 proporciono resultados estadísticos sobre el impacto del COVID-19 en la salud mental, a través de un metaanálisis a gran escala. Se identificaron 896 estudios de los cuales se eligieron 71, el número de población total fue 149,139 de los cuales estaban divididos en 3 sectores; el personal de salud, pacientes confirmados y población general. La prevalencia de síntomas psicológicos presentados durante la pandemia fue ansiedad con un total de 86,035 casos (32,6 %), depresión con un total de

90,156 casos (27,60 %), insomnio con un total de 62,202 casos (30,30 %) y finalmente, se encontró que el 16,70 % de los participantes cumplían los criterios de TEPT durante la pandemia de COVID-19 (17,169 casos) en este metanálisis (Liu et al., 2021)

Los hallazgos identificaron niveles altos de síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes confirmados con COVID-19. En el caso de los trabajadores de salud se encontró una prevalencia de síntomas de ansiedad del 32,7% y en la población general representó el 29,5%. También se registró una cifra de prevalencia de insomnio (37,3%) en trabajadores de la salud, y la población general representó el 26,1% de los casos. La prevalencia de TEPT fue del 30,6 % en trabajadores sanitarios y solo del 9,3 % en la población general (Liu et al., 2021).

En resumen, durante los periodos de la pandemia se registraron 4,000,000 de muertes alrededor del mundo, Europa, Asia y América del Norte y México fueron las zonas más afectadas con contagios y muertes, finalmente para el 2023 se registró un total 6,000,000 de muertes alrededor del mundo por casos graves de COVID-19, estas cifras son una aproximación, debido a que, hubo países que no reportaron sus casos de contagios y muertes. Dentro de este periodo de pandemia se suscitaron casos de malestares psicológicos en la población sobreviviente de COVID-19 severo y en la población de casos leves de COVID-19 tales como; ansiedad, depresión, TEPT, adicciones, angustia, ideación suicida, incremento de la violencia intrafamiliar, insomnio y estrés, todo esto durante la pandemia. Ahora lo que se busca enfatizar en los problemas psicológicos que surgieron o se mantienen a causa de haber padecido COVID-19 severo después de la pandemia.

1.3 Secuelas después de la pandemia

De acuerdo a la información sobre los padecimientos que se dieron durante la pandemia, ahora se resalta las consecuencias posteriores a este evento, resaltando el bienestar físico y psicológico de las personas que sobrevivieron al COVID-19 severo. De acuerdo al número de síntomas presentados y gravedad de la enfermedad por COVID-19 se determina la prevalencia

de las secuelas persistentes. Entre las más relevantes se encontró que el coronavirus puede causar secuelas persistentes a nivel sistema respiratorio, gastrointestinal y del sistema nervioso central en humanos, amenazando la vida humana (Yesudhas, Srivastava & Gromiha, 2021).

También se encontró que los sobrevivientes de COVID-19 severo presentaban secuelas persistentes después de la recuperación, esto fue en una revisión y un metaanálisis que se realizó en el 2022 con el objetivo de estimar la prevalencia de los síntomas a largo plazo, también evaluar si las características físicas de los pacientes y factores clínicos tienen impactos diferentes en las secuelas a largo plazo. Se incluyeron estudios con población recuperada de COVID-19 con gravedad durante la infección y se tomó en cuenta la duración del seguimiento, esta búsqueda arrojó 36, 625 artículos, pero al final se incluyeron 151 estudios elegibles con 1,285,407 participantes la mayoría de estos estudios fueron 110 prospectivos, 21 transversales y 20 retrospectivos (Zeng et al, 2023).

En consecuencia las secuelas afectaron 7 sistemas de órganos con 102 síntomas encontrados tales como; el sistema respiratorio que se vio afectado un (90,56 %) con síntomas y secuelas como disnea, tos, malestar torácico, dolor torácico, dolor de garganta y síntomas faríngeos, Síntomas digestivos (26,5 %) como dolor abdominal, diarrea y náuseas, Síntomas dermatológicos (11,6%) como, pérdida de cabello y afecciones de la piel, también se reportaron síntomas cardiovasculares (19,9 %) palpitaciones, bradicardia sinusal, hipertensión, arritmia y angina de pecho finalmente se reportaron síntomas psicológicos (39,1%) como; ansiedad, trastorno del estado de ánimo, depresión, trastorno de estrés postraumático, trastorno del sueño, irritabilidad, tendencias suicidas y pensamientos obsesivos y efectos neurológicos (68,45 %) como; déficit cognitivo, dolor de cabeza, disfunción, olfativa, disfunción gustativa, demencia, deterioro de memoria, deterioro en concentración, alteraciones visuales, confusión,

deterioro en la atención, temblores, problemas verbales, desempeño deficiente en las funciones ejecutivas y mareos (Zeng et al., 2023). Con respecto a las complicaciones neurológicas que se presentan es debido a que el virus puede penetrar en el sistema nervioso central (SNC) afectando a las neuronas como células gliales, músculo esquelético y sistema nervioso periférico (anosmia, disgeusia y lesión muscular). Manifestando síntomas como mareos, dolor de cabeza, encefalopatía tóxica infecciosa y encefalitis viral causado por una trombosis, todo esto después de la recuperación (Mao et al., 2020).

El COVID-19 ha sido una de las pandemias con mas muertes registradas y secuelas a nivel físico, por ejemplo (tos, malestar y dolor torácico, dolor de garganta y síntomas faríngeos), problemas gastrointestinales, alteraciones neurológicas (dolor de cabeza, déficit en las funciones ejecutivas) y afecciones en la piel. También se presentaron secuelas psicológicas, que serán el foco de este trabajo, tales como ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático (TEPT) y baja calidad de vida. Estas manifestaciones están relacionadas con un fenómeno que ocurre después de la recuperación, conocido como Long COVID o síndrome persistente.

Esto se refiere a que las secuelas del COVID-19 engloban tanto consecuencias físicas, psicológicas y sociales sobre todo en pacientes que han superado la fase aguda, porque se han descrito síntomas persistentes como fatiga, disnea, dolor muscular, alteraciones del sueño y deterioro cognitivo (Soriano et al., 2022).

En el ámbito social, la pandemia profundizó las desigualdades estructurales relacionadas con el empleo, el acceso a servicios de salud y la educación, afectando de manera desproporcionada a los grupos vulnerables (Bambra et al., 2020). Asimismo, la crisis sanitaria tuvo un impacto

prolongado en la percepción de seguridad, la confianza en las instituciones y la dinámica familiar, lo que enfatiza la necesidad de intervenciones psicosociales.

1.4 Long COVID-19

Al término de la pandemia se creía que los riesgos que había ocasionado la infección por COVID-19 había disminuido, sin embargo, los sobrevivientes comenzaron a presentar síntomas persistentes después de su recuperación. Dichas secuelas se encuentran presentes en adultos que padecieron tanto COVID leve como severo. Aunque las investigaciones encontradas en la base de datos arrojaron que uno de los factores de riesgo para padecer LONG COVID son las personas que padecieron COVID-19 severo que comenzaron a presentar síntomas persistentes de larga duración después de su recuperación sin correlacionarse a otra causa previa.

El término long COVID o condición post-COVID hace referencia a la persistencia de síntomas más allá de 12 semanas posteriores a la infección aguda, que no pueden explicarse por otra causa (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020).

Sin embargo, la etiología de la sintomatología prolongada es limitada y no existe una definición aceptada debido a que depende de la duración de los síntomas, es decir, el Long COVID se ha definido como no recuperarse durante varias semanas o meses después del comienzo de los síntomas (Michelen et al, 2021).

Otros han distinguido entre COVID-19 post agudo refiriéndose a síntomas más allá de 3 semanas, COVID-19 crónico refiriéndose a síntomas más allá de 12 semanas, COVID-19 sintomático con una duración de 4 a 12 semanas y síndrome posterior a COVID-19 que continua mas 12 semanas (Michelen et al, 2021).

El número de personas con LONG COVID es desconocido a pesar de que se han realizado encuestas a la población. Por ejemplo, en Gran Bretaña estima que 1 de cada 5 personas tiene síntomas más allá de 5 semanas, mientras que 1 de cada 10 tienen síntomas que persisten más de 12 semanas (ONS citado en Michelen, 2021).

Ahora bien, la duración del long COVID-19 también varía de los síntomas por ejemplo el COVID-19 postagudo presentan síndrome de cuidados post intensivos, fatiga crónica, mientras que el long COVID-19 daño orgánico. Tras la búsqueda en bases de datos basadas en evidencia, se encontraron estudios sistematicos en las cuales reportaron síntomas persistentes del long COVID en 39 estudios, incluyendo a más de 10 000 personas (Michelen et al, 2021).

Los síntomas más reportados incluyen fatiga crónica, disnea, alteraciones del gusto y olfato, dolor articular, deterioro cognitivo (“niebla mental”) y trastornos del sueño (Davis et al., 2021). Estudios de cohorte revelan que entre un 10% y 30% de los pacientes infectados pueden desarrollar esta condición, con impacto significativo en la calidad de vida y la capacidad laboral (Chen et al., 2022).

Los datos sugieren que el long COVID es un síndrome que afecta a las personas previamente hospitalizadas caracterizadas por un marcado cansancio, fatiga, tos, cambios en el sentido del olfato y gusto, debilidad, malestar general, disnea, depresión, ansiedad, deterioro en la concentración y afecciones en el sueño que dura un período prolongado de tiempo (López-León et al, 2021).

Alrededor del mundo se encontraron estos síntomas persistentes en la población por lo que se realizaron diversos estudios sistematicos cuyo objetivo evaluó la frecuencia y variedad de los síntomas , se encontró que en 45 estudios la mayoría hechos en Europa donde se incluyeron a 9,751 participantes (pacientes hospitalizados, asintomáticos leve moderado, con

comorbilidades de enfermedades crónicas) con COVID-19, la mayoría eran hombres, la mediana de la proporción de personas que experimentaron al menos 1 síntoma persistente fue del 73 %; los síntomas que se presentaban con mayor frecuencia incluían dificultad para respirar o disnea (26 estudios), fatiga o agotamiento (25 estudios), tos (19 estudios), depresión/ ansiedad (16 estudios), anosmia o pérdida del olfato (19 estudios), pérdida del gusto (13 estudios) y dolor torácico (11 estudios) (Nasserie et al., 2021).

En otro estudio realizado en Italia se dio seguimiento con las personas que padecieron COVID-19 severo, dando como resultado que una gran proporción de pacientes presentaron de 1 a 2 síntomas, y el 55% tenía 3 o más. Se observó un empeoramiento de la calidad de vida en el 44,1% de los pacientes, todavía se reportaba fatiga en casi la mitad de la , un cuarto de la nuestra presentó disnea, dolor en las articulaciones y dolor en el pecho (Carfi et al., 2020).

Abordado los estudios que se hicieron en latam, en México se investigaron casos en el estado de Zacatecas, con el objetivo de identificar el riesgo de presentar síntomas persistentes en recuperados de COVID-19 en población mexicana, con una población total de 219 participantes, 141 recuperados. Los hallazgos fueron presencia de un síntoma persistente después de los 14 días de la recuperación siendo la anosmia y náuseas o vómitos los síntomas con mayor riesgo de recurrencia en los pacientes recuperados y la disnea es un síntoma que solo se presenta en los recuperados (Galván-Tejada et al, 2020).

Los síntomas persistentes tienen evidencia científica sobre su aparición después de la recuperación de la enfermedad, en una revisión sistemática y metaanálisis cuyo objetivo fue encontrar estudios que evaluaron los efectos a largo plazo del COVID-19, se reportó la prevalencia de 55 efectos a largo plazo en 21 metanálisis que se realizaron que incluyeron a 47,910 pacientes de edad entre 17-87 años. Se estimó que el 80% de los pacientes infectados con SARS-CoV-2 desarrollaron uno o más síntomas a largo plazo. Los cinco síntomas más

comunes fueron fatiga, dolor de cabeza, trastorno de atención, pérdida de cabello y disnea. Al igual se encontraron entre esos 55 efectos, al menos el 1% presentó síntomas del trastorno de estrés postraumático, cerca del 12% depresión y un 13% ansiedad (López-León et al., 2021).

Como cierre de este apartado, se destaca un estudio de cohorte retrospectivo que se realizó en Alemania que consistió en encontrar la prevalencia de síntomas persistentes en adultos 12 meses posteriores a su diagnóstico. El estudio incluyó a 51,630 pacientes diagnosticados con COVID-19 donde se identificaron 3 comorbilidades a nivel físico: trastorno del metabolismo, enfermedades del esófago, estómago y trastornos de la glándula tiroides. También se encontraron factores psicológicos como la depresión, estrés severo y ansiedad (Kostev et al., 2022).

A manera de conclusión la pandemia de COVID-19 se dividió en diferentes olas, donde se presentaron diferentes fases de los síntomas de la enfermedad, se vivieron tasas de contagios, recuperaciones, creación de las vacunas y muertes en el mundo. Las personas crearon un miedo por enfermarse, las medidas del confinamiento provocaron ansiedad, depresión, aumento de la violencia intrafamiliar, aumentó en las adicciones e insomnio en la población general. Pero en la población que padeció COVID-19 severo que estuvo en la UCI o en su casa requiriendo oxígeno se presentaron con mayor prevalencia de secuelas físicas persistentes como; respiratorias, cardiovasculares, dermatológicas, gastrointestinales, neurológicas y psicológicas como; estrés, depresión, ansiedad, TEPT y baja calidad de vida aún después de su recuperación. A finales de marzo del 2023 se registró un total de 6,235,957 muertes por COVID-19 alrededor del mundo.

Múltiples estudios se han realizado durante este proceso del COVID-19 que nos dan un panorama completo de cómo se encuentra esta población de sobrevivientes de COVID-19

severo con síntomas persistentes tanto físicos como síntomas respiratorios, gastrointestinales, dermatológicos, cardiovasculares, neurológicos y psicológicos como ansiedad, depresión, TEPT y baja calidad de vida. Por ello es de suma importancia para los investigadores y personal de salud enfocarse en mejorar la calidad de vida de estos sobrevivientes que ahora se conoce los síntomas que aún persisten en ellos. Sin embargo, también es importante reconocer el importante papel que jugó el personal de salud quienes fueron los que se encargaron de salvar vidas durante esta pandemia. Los trabajadores de salud estuvieron sometidos a mucho estrés durante la pandemia, con una prevalencia de sintomatología de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático reportada en una revisión sistemática y metanálisis. Es evidente que el sector también fue afectado por la pandemia de COVID-19 y más por su cercanía con el virus y es de importancia reconocer su trabajo e intervenir en este sector también (Li et al, 2021).

La evidencia reciente muestra que long COVID no solo afecta a quienes tuvieron cuadros graves, sino también a personas con enfermedad leve o moderada (Taquet et al., 2021). Este fenómeno representa un reto para los sistemas de salud, dado que implica necesidades de rehabilitación multidisciplinaria y atención psicológica prolongada, dado el impacto en las consecuencias a mediano y largo plazo que se experimentan en la calidad de vida de los sobrevivientes.

CAPÍTULO 2: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA TRAS UNA PANDEMIA POR COVID-19

El siguiente capítulo abordará la definición de calidad de vida para enlazarla con el impacto que han tenido las enfermedades críticas en la calidad de vida. Asimismo, se describe el impacto de la infección por COVID-19 en la calidad de vida de los sobrevivientes de COVID-19 severo después del alta. Posteriormente como los determinantes sociales se implican en el grado de daño provocado por la infección y finalmente como las secuelas psicológicas depresión, ansiedad y TEPT tienen efectos significativos en la calidad de vida de los sobrevivientes de COVID-19 severo.

2.1 Concepto de calidad de vida

La calidad de vida es un constructo multidimensional que abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales de la existencia humana (WHOQOL Group, 1995). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida, dentro de su contexto cultural y sistema de valores, en relación con sus metas, expectativas y preocupaciones (World Health Organization, 1994). Derivado de la satisfacción o insatisfacción en áreas que son importantes para los seres humanos (Ferrans, 1990, como se citó en Urzúa, 2012). Calidad de vida se define también en términos de satisfacción en las esferas física, psicológica y social (Hornquist, 1982, como se citó en Urzúa, 2012).

La noción de calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL, por sus siglas en inglés) se centra en el impacto de la enfermedad y el tratamiento sobre el bienestar subjetivo y la funcionalidad del individuo (Guyatt et al., 1993). Este constructo resulta particularmente útil en el análisis de condiciones crónicas, como las secuelas del COVID-19 severo, dado que

permite evaluar dimensiones físicas (función, síntomas), emocionales (ansiedad, depresión), cognitivas y sociales (Halvorsen et al., 2023).

Diversos modelos han buscado explicar la calidad de vida y ofrecen perspectivas complementarias:

- Modelo biomédico ampliado: considera la influencia de síntomas físicos, comorbilidades y discapacidad en la percepción de salud (Wilson & Cleary, 1995).
- Modelo biopsicosocial: integra factores físicos, psicológicos y sociales, reconociendo que la calidad de vida es producto de la interacción entre enfermedad, contexto y recursos de afrontamiento (Engel, 1977).
- Modelo ecológico: plantea que la salud y el bienestar están determinados por interacciones dinámicas entre individuo, entorno y determinantes sociales (Bronfenbrenner, 1994).

Estos marcos teóricos son esenciales para comprender que la experiencia del COVID-19 severo no se limita únicamente a las secuelas orgánicas, sino que repercute de manera integral en el funcionamiento social y psicológico de los sobrevivientes. En este sentido, resulta necesario contar con herramientas que permitan evaluar de forma multidimensional la calidad de vida, considerando tanto aspectos físicos como emocionales, sociales y cognitivos.

Estudios recientes han empleado distintos instrumentos de medición; entre ellos, el SF-36 Health Survey, uno de los más utilizados en investigaciones clínicas debido a su capacidad para evaluar ocho dimensiones de la salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general,

vitalidad, función social, rol emocional y salud mental (Ware & Sherbourne, 1992). Asimismo, el EQ-5D ha demostrado gran utilidad al permitir comparaciones internacionales, siendo ampliamente recomendado para estudios de costo-utilidad y evaluaciones poblacionales (EuroQol Group, 1990).

En el contexto del COVID-19, ambos instrumentos han demostrado sensibilidad para detectar deterioro en la calidad de vida en pacientes hospitalizados y en seguimiento post-agudo (Franco et al., 2024).

Por tanto, factores externos como enfermedades críticas ponen en riesgo la vida de las personas que atraviesan este tipo de enfermedades por ejemplo el ingreso a la UCI pasando 48 horas después y a la salida del hospital los sobrevivientes mostraron una baja calidad de vida después de su alta. (Hofhuis, 2008). A través de un estudio a largo plazo que tuvo como objetivo evaluar el impacto en la calidad de vida antes, durante y después del alta 6 meses usando el instrumento SF-36 se obtuvo que las personas que presentaban la enfermedad crítica llegaban a la UCI con la calidad de vida ya afectaba y empeoraba durante la estancia en la UCI por lo que al paso de 6 meses la calidad de vida aún se mantenía baja en algunas esferas que evalúa el SF-36 como el funcionamiento físico, limitación de roles por problemas físicos, salud general y limitación de roles por problemas emocionales (Hofhuis, 2008).

Inclusive 10 años después en un estudio de cohorte prospectivo a largo plazo que tuvo como objetivo evaluar los efectos hasta 10 años después de la UCI en la calidad de vida a 3, 6, 12 meses y a los 5 y 10 años con el instrumento SF-36 encontró que todas las dimensiones del SF-36 cambiaron después del alta hasta 10 años después. Las dimensiones más bajas fueron funcionamiento físico, rol físico, salud general y vitalidad después del alta. Después de 10 años se notó mejoría en las dimensiones de dolor físico y funcionamiento físico. En cuanto a la salud

mental se mostró un 64 % después del alta y al cabo de 10 años un 50% predominando trastornos del sueño y estrés postraumático (Hofhuis, 2008).

En este sentido se comprende que el pasar por una enfermedad crónica que pone en riesgo la vida de las personas es un factor importante para modificar la calidad de vida de quien la padece, tal como la infección por COVID-19 que provocó cambio en la calidad de vida de los sobrevivientes con tasas de detección positiva de ansiedad (29,6 %), depresión (26,8%) y trastorno de estrés postraumático (25,2%). Además, el 39,1% de los pacientes tenían morbilidad psiquiátrica y detectó una calidad de vida baja para los componentes físico y mental en el 44,1 % y el 39,1 % de los pacientes (Méndez et al, 2021).

De la misma manera, los sobrevivientes de COVID-19 severo corren el riesgo de ver afectada su calidad de vida debido a una discapacidad física y psicológica persistente tras el alta de la UCI. La carga social que se genera a partir de estas condiciones representa una gran preocupación: los sobrevivientes enfrentan una dura batalla no solo por las secuelas físicas que dejó la enfermedad, sino también por las repercusiones en su bienestar psicológico (Carenzo, 2021).

Por otro lado, los pacientes que sobrevivieron a la COVID-19 severa se encontraron con diferentes experiencias adversas durante su estancia en la UCI, escenario en el que muchos vivieron su primera experiencia negativa. El tratamiento contra la COVID-19 suele resultar doloroso y estresante, lo que se suma al impacto psicológico de enfrentar una enfermedad potencialmente mortal. Aunado a ello, el estigma y el aislamiento social sufridos durante la pandemia pueden tener efectos adversos sobre la salud mental y contribuir a la aparición o intensificación de factores de riesgo (Mahya et al., 2021).

En cuanto a la evidencia científica, la literatura revisada en PubMed, Elsevier y EBSCO muestra que existen diversos factores de riesgo que afectan la calidad de vida. Entre ellos se señalan síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y estrés agudo. Además, influyen factores de carácter demográfico: las personas con bajos recursos económicos y con un nivel escolar mínimo tienden a verse más afectadas debido a los gastos que implica el tratamiento y a la pérdida de empleos, entre otras consecuencias. De igual forma, se han identificado variables como la edad, el género, el estado civil, la educación, la ocupación, los ingresos, el lugar de residencia, el contacto cercano con personas con COVID-19, los problemas de salud física y mental, la exposición a noticias y redes sociales relacionadas con la enfermedad, los estilos de afrontamiento, el estigma, el apoyo psicosocial, la comunicación en salud, la confianza en los servicios de salud, las medidas de protección personal, el riesgo de contraer COVID-19 y la probabilidad de supervivencia percibida (Hossain et al., 2020).

También se realizó un estudio transversal en Arabia Saudita basados en los casos recuperados de COVID-19 con un total de 449 recuperados para evaluar la calidad de vida de los sobrevivientes mediante un cuestionario en línea tomando en cuenta los factores sociodemográficos, se aplicó un cuestionario que midiera calidad de vida (QLI). Los resultados arrojaron que la mayoría eran mujeres con un nivel de posgrado. la mitad empleados y más de la mitad casados, las variaciones de factores sociodemográficos tuvieron que ver en el impacto de la calidad de vida, la población general mostró un impacto en su vida social en actividades que les gustaban, las personas mayores fueron afectadas en el bienestar psicológico y soledad, las personas casadas tuvieron alto índice de afección en su calidad de vida (Algamdi, 2021).

En ese sentido, las crisis ocasionan cambios drásticos en nuestra calidad de vida, es decir, sobre lo esperable en aspectos muy básicos: seguridad laboral, permanencia o bienestar de quienes nos rodean, posesiones, libertad, y en el caso de la pandemia por COVID-19, también de salud

y supervivencia. Estos cambios drásticos demandan ajustes en lo que pueden esperar y lo que necesitan hacer para adaptarse, en este caso, en condiciones de extrema incertidumbre (Riveros-Rosas y Sánchez- Sosa, 2021).

El pasar por una enfermedad crónica y estar en la UCI tiene efectos inclusive a largo plazo y que estos afectan la calidad de vida. Por lo que los sobrevivientes de COVID-19 experimentaron una experiencia similar que afectó su salud física y psicológica incluso 6 y 12 meses después del alta. Para concluir los determinantes sociales, el tiempo en la UCI, la gravedad de la enfermedad trae consecuencias en la salud física y psicológica y que estas al mismo tiempo repercuten en la calidad de vida de los sobrevivientes de COVID-19 severo incluso 12 meses después.

La pandemia amplifica las desigualdades sociales preexistentes y evidenció el papel de los determinantes sociales de la salud (DSS). Factores como el nivel socioeconómico, la ocupación, el acceso a servicios sanitarios, las condiciones de vivienda y la pertenencia a minorías étnicas influyeron en la incidencia, gravedad y recuperación del COVID-19 (Bambra et al., 2020).

2.2 Determinantes sociales y contextuales

Los determinantes sociales de salud se han asociado con los resultados de mortalidad de la enfermedad por COVID-19. La pandemia por COVID-19 ha afectado las circunstancias o contextos de los sobrevivientes. A esto se le llama determinantes sociales de la salud (DSS) que consisten en las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas

económicos, programas de desarrollo, normas, políticas sociales y sistemas políticos (OMS, 2023).

En países de ingresos medios y bajos, el hacinamiento que son las condiciones en las que el número de personas en un espacio excede su capacidad, resultó en una densidad excesiva que generó incomodidad y tuvo consecuencias negativas para la salud física y mental. Puede ocurrir en viviendas, pero también en otros ámbitos como hospitales, prisiones o el transporte público, donde la falta de espacio adecuado genera estrés y problemas de salud pública, la informalidad laboral y la dificultad de acceso a servicios hospitalarios limitaron la capacidad de respuesta y aumentaron la vulnerabilidad de grandes grupos poblacionales (Caldas de Almeida et al., 2022). Asimismo, el impacto económico pérdida de empleos, reducción de ingresos, cierre de negocios se tradujo en un deterioro directo de la calidad de vida, aumentando la inseguridad alimentaria y la exposición a factores de riesgo psicosocial.

En base a esto, las áreas donde reside una persona, la calidad del sistema de atención médica, la salud inicial del individuo, la gravedad de la infección, la ocupación laboral, los ingresos, la educación, las condiciones de vivienda, están asociadas con las tasas altas de contagios, el riesgo por infección y muerte. Los grupos minorizados pueden estar sujetos a racismo y desigualdades socioeconómicas, lo que afecta la vía de riesgo de mortalidad relacionada con COVID-19 y la migración es un mediador de la relación entre los determinantes sociales de la salud y el riesgo de infección (Wang et al., 2022).

Enfatizando la desigualdad socioeconómica se acentuó, ya que los grupos de menores ingresos tuvieron menos posibilidades de cumplir con medidas de aislamiento social debido a la informalidad laboral y la necesidad de continuar trabajando en condiciones de riesgo (Bambra et al., 2020). Además, las personas en ocupaciones esenciales, como trabajadores de limpieza,

transporte y servicios básicos enfrentaron mayor exposición al virus y, por tanto, un impacto directo en su salud física y psicológica (Caldas de Almeida et al., 2022).

Otro determinante clave fue la vivienda. El hacinamiento y las condiciones insalubres dificultaron el cumplimiento de medidas preventivas como la cuarentena o el distanciamiento físico, lo cual incrementó la transmisión en comunidades marginadas (Burström & Tao, 2020). De igual manera, las áreas rurales y comunidades indígenas enfrentaron barreras geográficas y culturales para acceder a pruebas diagnósticas, tratamiento hospitalario y posteriormente a programas de vacunación, lo que limitó su capacidad de recuperación (Pérez-Brumer et al., 2021).

El impacto económico también repercutió directamente en la calidad de vida. La pérdida de empleo, el cierre de negocios y la reducción de ingresos provocaron inseguridad alimentaria y disminución en el acceso a medicamentos, lo cual aumentó el estrés familiar y afectó la salud mental (Nicola et al., 2020). Estas condiciones se asociaron con un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL), no solo por la enfermedad en sí, sino también por el empobrecimiento de las condiciones materiales de existencia.

Asimismo, la pandemia acentuó las brechas de género: las mujeres experimentaron una sobrecarga de tareas de cuidado, incremento en la exposición a violencia doméstica y dificultades para mantener empleo remunerado, factores que deterioraron su bienestar físico y psicológico (Alon et al., 2020).

En conclusión, los determinantes sociales fueron críticos en la manera en que los individuos enfrentaron la pandemia y en cómo experimentaron la recuperación. Estos factores explican por qué el impacto del COVID-19 fue desigual y justifican la necesidad de diseñar intervenciones de salud pública y psicológicas que integren dimensiones sociales, económicas y culturales, en lugar de centrarse únicamente en la dimensión clínica (Wang et al., 2022).

2.3 Variables psicológicas que afectan la calidad de vida en sobrevivientes de COVID-19 severo

Dada las condiciones de los determinantes sociales, la población más vulnerable fue la del estado socioeconómico bajo, cuyo contexto se vio implicado con mayores factores de riesgo, tanto contextuales como psicológicos. Los sobrevivientes de COVID-19 severo además de presentar problemas físicos por consiguiente tienen más probabilidades de padecer sintomatología de trastornos de salud mental como ansiedad, depresión y estrés postraumático. Los antecedentes que predisposicionaron a la población con mayor riesgo a secuelas psicológicas fue haber padecido o padecer ansiedad, depresión previa al contagio, el sexo, la edad, las secuelas físicas. Se confirmó con la evidencia de estudios de caso específico en un metanálisis de 13 estudios de sobrevivientes de COVID-19 severo la prevalencia de 16 % de Trastorno de estrés postraumático TEPT además los pacientes con COVID-19 presentaban una proporción considerable de depresión, ansiedad, angustia y trastornos del sueño (Nguyen et al., 2022).

Cabe mencionar también que las prevalencias de estos trastornos están presentes en los sobrevivientes de COVID-19 en los múltiples metanálisis que se han realizado alrededor del mundo por ejemplo en 9605 sobrevivientes de COVID-19 severo se encontraron tasas de prevalencias de TEPT 20 %, ansiedad 22 % y depresión 21 % (Khraisat et al., 2022).

Estas variables se encuentran entre las secuelas post COVID-19 que siguen afectando la calidad de vida de los sobrevivientes por COVID-19 severo con prevalencias significativas encontrados en una revisión sistemática y metanálisis que se muestran en la figura 1 (Zeng et al., 2023).

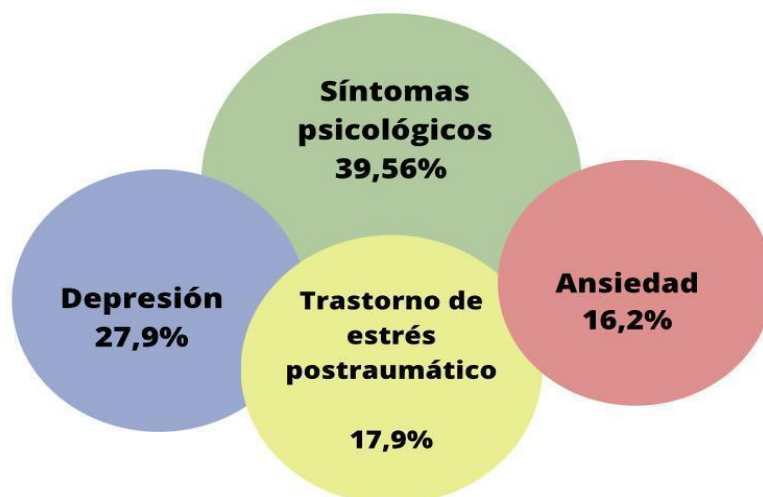


figura 3 Prevalencia de secuelas psicológicas post COVID-19 en los sobrevivientes de COVID-19. Elaboración propia.

Cabe señalar que las investigaciones están arrojando la presencia de sintomatología de estas variables con la finalidad de buscar estrategias que mejoren la calidad de vida de los sobrevivientes de COVID-19 severo.

2.3.1 Trastorno de Estrés Postraumático

Tras la repentina aparición de la pandemia por COVID-19 el mundo no esperaba este acontecimiento mucho menos las medidas restringidas que se tomaron para controlar la propagación de la enfermedad como quedarse en casa todo el tiempo, detener los eventos sociales y culturales, los medios de comunicación que estaban invadidos de noticias negativas de COVID-19, la educación online, desempleo, contagios y pérdidas de familiares, amigos etc. Que fungieron como factores amenazantes en la vida de cada persona lo que provocó respuestas fisiológicas, cognitivas, emocionales y conductuales.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una condición que puede desarrollarse después de la exposición a un evento traumático que amenaza la vida o la integridad personal. Se caracteriza por síntomas de reexperimentación (recuerdos intrusivos, pesadillas), evitación de

estímulos asociados al trauma, alteraciones cognitivas y emocionales, así como hiperactivación fisiológica (American Psychiatric Association, 2013). En el caso del COVID-19 severo, la experiencia de hospitalización prolongada, el aislamiento social, la intubación y la percepción de riesgo de muerte constituyen eventos potencialmente traumáticos que incrementan la vulnerabilidad al TEPT.

Considerando que el COVID-19 no entraba en los criterios del DSM-5 en un inicio poco a poco con el paso de los meses las investigaciones con personas sobrevivientes en el momento de aplicar la batería de pruebas arrojaron resultados de sintomatología de TEPT. Retomando la definición en el DSM-IV que establecía que las personas podían presenciar o “enfrentarse” a eventos que implican amenazas de muerte o lesiones graves (Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 1995) y conjuntando con la del DSM-V que refiere a experimentar directo el trauma (American Psychiatric Association, APA, 2013) como fue el caso padecer COVID-19 severo que puso en riesgo su vida se fundamenta el porqué se presenta sintomatología de trastorno de estrés postraumático (Bridgland et al., 2021).

La prevalencia de síntomas de TEPT en sobrevivientes de COVID-19 severo varía según los estudios y el tiempo de seguimiento. En metaanálisis reciente reportó tasas que oscilan entre el 15% y el 25% en pacientes que requirieron hospitalización, siendo más elevadas en aquellos que estuvieron en unidades de cuidados intensivos (Renaud-Charest et al., 2021). En un estudio realizado en Italia, Janiri et al. (2021) encontraron que aproximadamente el 30% de los pacientes presentaban criterios clínicos para TEPT un mes después del alta hospitalaria. Estos porcentajes son comparables con los reportados en sobrevivientes de otras enfermedades críticas como el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA).

Más estudios previos encontraron que más de la mitad de los sobrevivientes de otras pandemias por coronavirus como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) fueron diagnosticados con TEPT en la era posterior al SARS (Lam et al, 2009) y el 39 % de los sobrevivientes del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) desarrollaron TEPT después de 6 meses de ser dados de alta de los hospitales (Ahmed et al., 2020).

Al mismo tiempo estudios relacionaron el TEPT con un impacto directo y severo sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Los pacientes con TEPT presentan reducciones significativas en las dimensiones de salud mental, función social y rol emocional del SF-36, además de dificultades en la reincorporación laboral y social (Halvorsen et al., 2023). La coexistencia de TEPT con ansiedad y depresión aumenta el riesgo de discapacidad funcional y prolonga la duración de los síntomas post-COVID (Mazza et al., 2020).

En China se estudió la prevalencia de TEPT y su asociación con la misma entre los sobrevivientes de COVID-19 severo mediante casos y controles encontrando una prevalencia de 18,66% de TEPT en sobrevivientes de COVID-19 severo con una calidad de vida baja (Yuan et al., 2021).

Entre los factores de riesgo asociados al trastorno de estrés postraumático (TEPT) en sobrevivientes de COVID-19 se encuentran los antecedentes de trastornos psiquiátricos, la duración de la hospitalización, la exposición a ventilación mecánica, la percepción de falta de control durante la enfermedad y la pérdida de familiares a causa de la pandemia (Vindegard & Benros, 2020). Asimismo, la falta de apoyo social y la persistencia de síntomas físicos como fatiga o disnea actúan como recordatorios constantes del evento traumático, lo que dificulta el proceso de recuperación psicológica (Xie et al., 2022).

En consonancia con estos hallazgos, una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó estudios observacionales realizados en diferentes países occidentales, con una muestra de 1093

sobrevivientes de COVID-19 grave, estimó mediante la escala PCL-5 que la prevalencia de TEPT en esta población alcanzó el 16 % (Nagarajan et al., 2022).

Desde el punto de vista terapéutico, la literatura recomienda intervenciones psicológicas tempranas para prevenir la cronificación de los síntomas de TEPT. La terapia cognitivo-conductual (TCC) centrada en el trauma, que incluye técnicas de exposición prolongada, reestructuración cognitiva y entrenamiento en regulación emocional, ha mostrado eficacia en la reducción de síntomas de TEPT en sobrevivientes de enfermedades críticas y se está adaptando al contexto post-COVID (Ford et al., 2023). La implementación de programas de rehabilitación psicológica integrados con seguimiento médico podría mejorar tanto la salud mental como la calidad de vida global en este grupo de pacientes.

En conclusión, el TEPT es una de las secuelas psicológicas más incapacitantes en los sobrevivientes de COVID-19 severo. Su alta prevalencia, el fuerte impacto sobre la calidad de vida y la tendencia a la cronicidad justifican la necesidad de detección sistemática y de intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a este trastorno en la etapa de recuperación postpandemia.

2.3.2 Ansiedad y Depresión

Los sobrevivientes de COVID-19 tuvieron una alta prevalencia de eventos adversos, desde el momento que se complicó la enfermedad, el ingresar a la UCI o recibir tratamiento de ventilación en casa o la incertidumbre de sobrevivir y vivir con los síntomas persistentes después de su alta.

De los síntomas encontrados y asociados al evento de la enfermedad por COVID- 19 fue sintomatología de ansiedad es uno de los trastornos psicológicos más reportados en sobrevivientes de COVID-19 severo y constituye un factor determinante en la disminución de la calidad de vida. Se entiende como una respuesta emocional caracterizada por síntomas de

inquietud, miedo anticipatorio, hipervigilancia y alteraciones fisiológicas (American Psychiatric Association, 2013). En el contexto post-COVID, esta sintomatología suele estar asociada a la experiencia de la enfermedad grave, la hospitalización en unidades de cuidados intensivos (UCI) y la incertidumbre respecto a la recuperación.

Estudios longitudinales han documentado una alta prevalencia de síntomas ansiosos tras la hospitalización por COVID-19. Mazza et al. (2020) encontraron que el 42% de los pacientes reportaban ansiedad clínicamente significativa un mes después del alta hospitalaria. Otros estudios reportan prevalencias entre el 20% y el 40% durante los primeros seis meses (Taquet et al., 2021). La ansiedad se correlaciona negativamente con los puntajes de calidad de vida, particularmente en las dimensiones de salud mental y función social del SF-36, lo que indica un impacto directo sobre el bienestar (Halvorsen et al., 2023).

Un aspecto relevante es que la ansiedad en sobrevivientes de COVID-19 puede estar relacionada con mecanismos fisiopatológicos además de factores psicosociales. Se han identificado asociaciones entre la inflamación sistémica, la hipoxia y la disfunción neurocognitiva con la aparición de síntomas ansiosos persistentes (Renaud-Charest et al., 2021). De igual forma, la presencia de secuelas físicas como disnea y fatiga contribuye a un círculo de retroalimentación en el que la percepción de incapacidad física incrementa la angustia psicológica.

En cuanto a factores de riesgo, se ha observado que las mujeres, los pacientes con antecedentes de trastornos psiquiátricos y quienes fueron sometidos a aislamiento más prolongado presentan mayor probabilidad de desarrollar ansiedad post-COVID (Xie et al., 2022). El estigma social y el miedo al contagio también refuerzan la aparición de estos síntomas puesto a que se reporta el miedo a volver a padecer la enfermedad.

Desde una perspectiva clínica, la ansiedad en sobrevivientes de COVID-19 tiene consecuencias importantes en la adherencia a los tratamientos médicos y a los programas de rehabilitación. Los pacientes con niveles elevados de ansiedad tienden a evitar actividades físicas o sociales por miedo a la recaída, lo que prolonga la discapacidad funcional y afecta la calidad de vida relacionada con la salud (Renaud-Charest et al., 2021).

La literatura sugiere la necesidad de implementar estrategias de detección temprana y atención psicológica en este grupo. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha mostrado eficacia en la reducción de síntomas ansiosos en sobrevivientes de enfermedades críticas y, en estudios piloto, también en pacientes post-COVID, mediante técnicas de reestructuración cognitiva, exposición gradual y entrenamiento en relajación (Kuut et al., 2023). Integrar estas intervenciones puede favorecer no sólo la reducción de ansiedad, sino también una mejora global en la calidad de vida.

En síntesis, la ansiedad es un componente central en la experiencia post-COVID, afecta de manera directa la calidad de vida y, sin una intervención adecuada, puede perpetuar la discapacidad. Reconocer su prevalencia, factores de riesgo y consecuencias es esencial para el diseño de programas de rehabilitación integral.

Por otro lado, parte de estos estudios arrojaron información sobre la presencia de la variable de depresión, la cual se ha identificado como uno de los trastornos psicológicos más prevalentes en los sobrevivientes de COVID-19 severo y constituye un factor crítico que afecta la recuperación funcional y la calidad de vida relacionada con la salud. La depresión se caracteriza por síntomas de ánimo bajo persistente, pérdida de interés o placer, alteraciones en el sueño y el apetito, fatiga, sentimientos de inutilidad y, en casos graves, ideación suicida (American Psychiatric Association, 2013).

Diversos estudios han documentado una alta prevalencia de depresión post-COVID. En un estudio de cohorte se sigue a un grupo de personas en el tiempo para observar qué sucede con ellas (síntomas después de COVID-19). El estudio indica que no se hizo en un solo hospital, sino en varios hospitales o centros de salud, lo cual da más validez porque los resultados no dependen solo de un lugar fue en Italia, Mazza et al. (2020) encontraron que el 31% de los pacientes hospitalizados presentaban síntomas depresivos clínicamente significativos un mes después del alta. En un Metaanálisis reciente reportan prevalencias de depresión entre el 23% y el 30% en sobrevivientes de COVID-19, con variaciones según la gravedad de la infección y el tiempo de seguimiento (Renaud-Charest et al., 2021). En el caso de quienes requirieron cuidados intensivos, la prevalencia puede superar el 35% en los primeros seis meses (Taquet et al., 2021).

La relación entre depresión y calidad de vida en sobrevivientes de COVID-19 severo es particularmente fuerte. Halvorsen et al. (2023) mostraron que los pacientes con síntomas depresivos reportan puntajes significativamente más bajos en las dimensiones de vitalidad, rol físico y salud mental del SF-36. Este hallazgo refleja que la depresión no solo afecta la esfera psicológica, sino también la percepción de capacidad física y la motivación para retomar actividades de la vida diaria.

Los mecanismos que explican la depresión post-COVID incluyen tanto factores biológicos como psicosociales. Desde la perspectiva biológica, se ha propuesto que la inflamación sistémica, la neurotoxicidad viral y las alteraciones neuroendocrinas pueden contribuir al desarrollo de síntomas depresivos persistentes (Mazza et al., 2020). En el plano psicosocial, el aislamiento prolongado, la pérdida de seres queridos, el desempleo y la incertidumbre sobre la recuperación son factores estresores que incrementan el riesgo de depresión (Vindegard & Benros, 2020).

La presencia de depresión en este grupo tiene consecuencias directas sobre la recuperación. Los pacientes con esta condición depresiva presentan peor adherencia a los programas de rehabilitación física, mayor percepción de fatiga y mayor probabilidad de desarrollar síntomas persistentes (Xie et al., 2022). Además, la depresión se asocia con un aumento en el riesgo de complicaciones cardiovasculares y metabólicas, lo que agrava la carga global de la enfermedad.

En términos de intervención, la evidencia señala que la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia grupal pueden ser estrategias eficaces para abordar la depresión en sobrevivientes de COVID-19, especialmente cuando se integran con rehabilitación física y soporte médico (Kuut et al., 2023). Estas intervenciones permiten trabajar tanto las distorsiones cognitivas relacionadas con la enfermedad como la reactivación conductual, facilitando la reincorporación social y laboral.

Durante la pandemia se llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue identificar las prevalencias, respuestas psicológicas y correlaciones de depresión, ansiedad y estrés en una población mundial. Los resultados evidenciaron que el evento de COVID-19 tuvo un fuerte impacto en la salud mental, ya que el 50,9 % de los participantes presentó rasgos de ansiedad, el 57,4 % signos de estrés y el 58,6 % síntomas de depresión. En países como Canadá, el Reino Unido y Pakistán se observaron niveles elevados de estrés y depresión de manera conjunta. Asimismo, la falta de ejercicio se asoció significativamente con un aumento en la presencia de estrés, ansiedad y depresión (Shah et al., 2021).

Dentro de estas prevalencias, un porcentaje corresponde a la población de sobrevivientes de COVID-19 severo que fueron ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI), recibieron tratamiento y permanecieron por más tiempo hospitalizados. Este grupo reportó mayores problemas de salud mental, con una prevalencia de depresión del 18,8 %, de los cuales el 3,8 % presentó depresión de moderada a grave (Pappa et al., 2022).

En el contexto latinoamericano, se realizó un estudio transversal y correlacional en Perú con el propósito de evaluar la salud mental de sobrevivientes de COVID-19 severo de un hospital. Mediante la aplicación del Cuestionario de Salud del Paciente-9 y la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7), se identificó que una parte de los pacientes reportó síntomas de depresión (30,9 %) y ansiedad (31,1 %) tras recibir el alta médica (Huarcaya-Victoria et al., 2021).

En definitiva, las investigaciones realizadas en distintas regiones del mundo han aportado datos relevantes sobre las prevalencias de afectaciones psicológicas durante la pandemia y en el periodo post-COVID, incluyendo estudios longitudinales a 3, 6 y 12 meses después de la recuperación. Estos hallazgos permiten comprender el estado psicológico actual de los sobrevivientes de COVID-19, destacando que los síntomas con mayor prevalencia son ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT), los cuales en conjunto repercuten de manera significativa en la calidad de vida de quienes enfrentaron un cuadro severo de la enfermedad.

2.4 Marco conceptual de la relación calidad de vida–salud mental

La relación entre calidad de vida (CV) y salud mental en el contexto post-COVID se comprende mejor desde un enfoque multidimensional que reconoce la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social (World Health Organization, 1948). Esta definición refuerza la idea de que la calidad de vida está estrechamente vinculada con la salud mental, especialmente en situaciones de crisis sanitarias como la pandemia por COVID-19.

Uno de los modelos más influyentes para explicar esta relación es el modelo de Wilson y Cleary (1995), que integra variables clínicas, funcionamiento biológico, estado de salud percibido y

calidad de vida global. De acuerdo con este marco, los síntomas psicológicos como la ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT) actúan como mediadores entre la enfermedad física (COVID-19 severo y sus secuelas) y la percepción subjetiva de bienestar. Así, la salud mental no puede considerarse un aspecto aislado, sino un componente esencial de la CV.

El modelo biopsicosocial de Engel (1977) complementa esta visión al resaltar que la salud es el resultado de la interacción entre factores biológicos (infección por SARS-CoV-2, inflamación, secuelas orgánicas), psicológicos (emociones, pensamientos, afrontamiento) y sociales (apoyo familiar, acceso a servicios de salud, condiciones económicas). En los sobrevivientes de COVID-19 severo, estos tres niveles se entrelazan: la fatiga y la disnea limitan la actividad física, lo que genera frustración y ansiedad; a su vez, la pérdida de empleo o de redes sociales refuerza la sensación de vulnerabilidad y reduce la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) (Soriano et al., 2022).

La literatura reciente muestra evidencia empírica de esta relación. En cohortes de pacientes hospitalizados por COVID-19, la presencia de síntomas depresivos y ansiosos se asoció con disminución significativa en las dimensiones de vitalidad, rol emocional y función social del SF-36 (Halvorsen et al., 2023). Del mismo modo, estudios longitudinales indican que los pacientes con TEPT presentan mayor riesgo de deterioro funcional y peor reincorporación laboral hasta un año después de la infección (Janiri et al., 2021). Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que la CV es inseparable del estado de salud mental.

Este marco conceptual tiene importantes implicaciones clínicas. Primero, obliga a incluir indicadores de salud mental como variables centrales en la evaluación de CV post-COVID. Segundo, justifica la implementación de intervenciones integrales, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), que trabajan tanto los síntomas emocionales como las limitaciones

conductuales y sociales. Finalmente, promueve un abordaje centrado en el paciente, en el que la meta no es solo la recuperación clínica de la enfermedad, sino la mejora global del bienestar y la reintegración social.

En conclusión, la relación entre calidad de vida y bienestar psicológico en sobrevivientes de COVID-19 severo puede entenderse como un sistema interdependiente en el que los síntomas psicológicos actúan como puente entre la enfermedad física y el bienestar subjetivo. Los modelos de Wilson y Cleary y el enfoque biopsicosocial ofrecen un marco robusto para fundamentar la importancia de atender la salud mental como componente esencial de la calidad de vida en la etapa post-pandemia.

CAPÍTULO 3: Estrategias cognitivo-conductual aplicadas a sobrevivientes de COVID-19 severo

La pandemia por COVID-19 no solo representó una crisis sanitaria global, sino también un desafío sin precedentes para la salud mental de la población. Los sobrevivientes de COVID-19 severo constituyen un grupo particularmente vulnerable, pues además de enfrentar secuelas físicas prolongadas, experimentan con alta frecuencia síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT), que afectan de manera significativa su calidad de vida relacionada con la salud. Ante este panorama, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha emergido como una de las intervenciones psicológicas con mayor respaldo empírico para la atención de estas problemáticas.

La TCC se fundamenta en la premisa de que los pensamientos, emociones y conductas están interrelacionados, y que la modificación de patrones cognitivos disfuncionales puede conducir a mejoras en el bienestar emocional y en la adaptación conductual (Beck, 2011). Durante la pandemia, esta forma de intervención demostró ser altamente flexible, al aplicarse tanto en formato presencial como en modalidades remotas, lo cual permitió ampliar su alcance en contextos de distanciamiento social (Wind et al., 2020).

El presente capítulo tiene como objetivo analizar las estrategias cognitivo-conductuales utilizadas en el contexto de la pandemia por COVID-19, con énfasis en su aplicación en sobrevivientes de la enfermedad severa. Para ello, se abordarán tres ejes principales:

1. Los antecedentes y fundamentos de la TCC, que permiten comprender su pertinencia para abordar secuelas emocionales y cognitivas en este grupo.

2. Las estrategias psicológicas implementadas durante las distintas olas de la pandemia, tanto a nivel preventivo como terapéutico.
3. Las intervenciones aplicadas específicamente a sobrevivientes de COVID-19 severo, con énfasis en programas basados en evidencia que han mostrado eficacia en la reducción de síntomas y en la mejora de la calidad de vida.

De esta manera, se busca establecer un marco sólido que justifique la elección de la TCC como intervención de elección para el abordaje de las necesidades psicológicas derivadas del COVID-19, y que al mismo tiempo ofrezca directrices para la implementación de programas clínicos y de investigación futuros.

3.1 Los antecedentes y fundamentos de la TCC

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las intervenciones psicológicas más utilizadas y con mayor respaldo empírico en el tratamiento de múltiples trastornos emocionales y conductuales. Su origen se sitúa en la confluencia de dos grandes tradiciones: la terapia conductual, desarrollada a mediados del siglo XX a partir de los principios del condicionamiento clásico y operante, y la terapia cognitiva, que emergió en la década de 1960 con los trabajos de Aaron T. Beck y Albert Ellis (Beck, 2011; Ellis, 1962).

La terapia conductual se fundamentó en los aportes de la psicología experimental, particularmente en los principios de aprendizaje de Pavlov, Skinner y Wolpe. Inicialmente, se centró en la modificación de conductas observables a través de técnicas como la desensibilización sistemática, el reforzamiento positivo y la exposición gradual. Estas estrategias mostraron eficacia en el tratamiento de fobias, ansiedad y conductas desadaptativas,

pero dejaban de lado los procesos cognitivos que median entre los estímulos y las respuestas (Kendall, 2017).

Por su parte, la terapia cognitiva, impulsada por Beck en el ámbito de la depresión y por Ellis con la terapia racional emotiva conductual (TREC), planteó que los pensamientos automáticos y las creencias irracionales juegan un papel central en la génesis y mantenimiento del malestar emocional. Beck (1979) postuló que la distorsión cognitiva, es decir, la tendencia a interpretar la realidad de manera negativa o disfuncional, es un mecanismo clave en la depresión, y que modificar estas interpretaciones podía mejorar los síntomas.

La integración de ambos enfoques dio lugar a la TCC, que desde la década de 1970 se consolidó como un modelo terapéutico centrado en la interacción entre cogniciones, emociones y conductas. A partir de entonces, la TCC se expandió a una amplia gama de trastornos, incluyendo ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, dolor crónico y, más recientemente, condiciones médicas asociadas al estrés (Hofmann et al., 2012). Su carácter estructurado, de corta duración y basado en la evidencia contribuyó a su reconocimiento como tratamiento de primera línea en guías clínicas internacionales.

En el contexto de enfermedades críticas y recuperación hospitalaria, la TCC ha sido empleada con éxito en la reducción de síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático en sobrevivientes de unidades de cuidados intensivos (Chesney et al., 2014). Esta experiencia previa resultó particularmente relevante durante la pandemia de COVID-19, dado que muchos sobrevivientes de la enfermedad severa enfrentaron secuelas físicas y psicológicas comparables a las observadas en otros pacientes críticos.

Actualmente, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es reconocida como una herramienta versátil que puede aplicarse tanto en modalidades presenciales como en entornos digitales, lo que permitió ampliar su alcance durante la pandemia. Este desarrollo histórico respalda su uso

como estrategia central en la intervención psicológica dirigida a sobrevivientes de COVID-19 severo, ya que la combinación de síntomas emocionales y físicos demanda un abordaje integral sustentado en evidencia.

En este sentido, la TCC ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de múltiples trastornos mentales, con procedimientos basados en evidencia científica (Kazdin, 2000). Su aplicación se ha extendido ampliamente en casos de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, lo que refleja su relevancia dentro del sistema de salud pública. Particularmente, durante el confinamiento por COVID-19, la TCC constituyó una de las intervenciones más empleadas, contribuyendo a la reducción de diversas sintomatologías presentes en la población (Araghi et al., 2022).

3.2 Intervenciones Terciarias en Psicología de la Salud

Las intervenciones terciarias en Psicología de la salud se orienta a la atención de personas que ya presentan una enfermedad establecida, crónica o con secuelas físicas y psicológicas significativas, esto con el objetivo de reducir el impacto funcional, prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y favorecer una mejor adaptación psicológica a la condición de salud (Taylor, 2021). A diferencia de las intervenciones primarias y secundarias, la prevención terciaria no busca evitar la aparición de la enfermedad, sino minimizar sus consecuencias a nivel biopsicosocial y promover el bienestar psicológico del paciente.

En este nivel de intervención, la psicología de la salud desempeña un papel fundamental al abordar los factores emocionales, cognitivos y conductuales asociados a la enfermedad. Diversos modelos teóricos han señalado que variables como el afrontamiento, la percepción de control, las creencias sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento influyen de manera directa en la evolución clínica y en la calidad de vida, relacionada con la salud (Leventhal, Phillips & Burns, 2016). Por ello, las intervenciones psicológicas terciarias suelen integrarse a

equipos multidisciplinarios, especialmente en contextos hospitalarios y de atención a enfermedades crónicas.

Entre las estrategias más utilizadas en este nivel, se encuentran las intervenciones cognitivo conductual, las cuales han mostrado evidencia sólida para la reducción de síntomas emocionales, como ansiedad depresión y estrés, así como para la mejora del afrontamiento y la funcionalidad en pacientes con enfermedades médicas (Beck, 2011; Nezu, Nezu & Lombardo, 2013).

Estas intervenciones incluyen técnicas como reestructuración cognitiva, solución de problemas, activación conductual, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y manejo del estrés, adaptada a las limitaciones físicas y el contexto de salud del paciente.

Asimismo, las intervenciones terciarias incorporan con frecuencia componentes de regulación emocional y aceptación, especialmente en enfermedades crónicas o condiciones médicas irreversibles. En este sentido, enfoques como la terapia cognitivo- conductual contextual y las intervenciones basadas en Mindfulness, han demostrado ser eficaces para mejorar la calidad de vida, reducir el malestar psicológico y favorecer una relación más flexible con el dolor y los síntomas persistentes (Hayes, Strosahl & Wilson, 2016; Kabat-Zinn, 2013). Estas estrategias permiten al paciente desarrollar una mayor conciencia emocional y comprometerse con conductas congruentes con sus valores y su salud, aún en presencia de un malestar físico o psicológico, derivado de la enfermedad.

Finalmente, un componente central de las intervenciones terciarias en Psicología de la salud es la promoción de la adherencia terapéutica y el autocuidado. A través del trabajo psicológico se fortalecen habilidades para la toma de decisiones en salud, el seguimiento de indicaciones médicas y la incorporación de conductas saludables, así como el mantenimiento de ellas, lo

cual resulta esencial para prevenir recaídas, hospitalizaciones recurrentes y deterioro funcional (Taylor, 2021). En conjunto, las intervenciones terciarias representan un enfoque integral que no sólo atiende la enfermedad, sino que busca preservar la calidad de vida y la autonomía del paciente.

3.3 Estrategias psicológicas implementadas durante la pandemia de COVID-19

Durante las distintas olas de la pandemia por COVID-19 se implementaron múltiples estrategias psicológicas orientadas a mitigar el impacto emocional derivado del confinamiento, la incertidumbre, la pérdida de seres queridos y el miedo al contagio. Dichas intervenciones tuvieron como objetivo principal la prevención y tratamiento de síntomas ansiosos, depresivos y postraumáticos, los cuales afectaron de manera significativa la calidad de vida de la población general y, en particular, de los pacientes hospitalizados y sobrevivientes de la enfermedad severa (Xiong et al., 2020).

Una de las principales medidas adoptadas fue la psicoeducación masiva mediante medios digitales, cuyo propósito fue brindar información clara y confiable acerca de la enfermedad, técnicas de afrontamiento y estrategias de autocuidado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y diversas instituciones nacionales difundieron guías de apoyo psicológico con recomendaciones sobre higiene del sueño, rutinas de ejercicio y manejo del estrés (World Health Organization, 2020). Estas acciones resultaron fundamentales para reducir la incertidumbre y fomentar conductas preventivas en la población.

Otra estrategia ampliamente utilizada fue la atención psicológica en línea. Ante las restricciones de movilidad, los servicios de salud mental se adaptaron a modalidades telemáticas, como videollamadas, chats o aplicaciones móviles. Estudios multicéntricos reportan que la terapia cognitivo-conductual (TCC) en formato digital mostró eficacia en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión durante el confinamiento (Wind et al., 2020).

La accesibilidad y flexibilidad de estas modalidades permitieron llegar a poblaciones que, en condiciones normales, no hubieran tenido acceso a atención psicológica.

Con referente a la población general Ilmiatun et al, (2021) realizó una revisión sistemática para ver el efecto que estaba teniendo la terapia en línea para tratar factores de salud mental durante la pandemia por COVID-19. En los resultados de la revisión se encontró que se utilizaban estrategias para la terapia online como; Mindfulness, Psicoeducación en línea, Atención escalonada, Terapia Cognitiva Conductual en línea, la plataforma Zoom y el teléfono. Los resultados reportaron que la TCC fue efectiva para mejorar la salud psicológica de los pacientes con COVID-19. El estudio recomienda que la TCC se realice en pacientes con enfermedades crónicas y que estén hospitalizados por más tiempo.

En el caso de los trabajadores de la salud y pacientes hospitalizados, se implementaron intervenciones específicas. Programas breves de TCC, técnicas de relajación, mindfulness y entrenamiento en resiliencia fueron aplicados para reducir el estrés agudo y mejorar la capacidad de afrontamiento en situaciones de alta demanda emocional (Liu et al., 2020). Asimismo, los grupos de apoyo virtual jugaron un papel importante en la disminución del aislamiento y en la validación emocional entre personas que compartían experiencias similares.

A medida que avanzaron las olas de la pandemia, se identificó la necesidad de estrategias dirigidas a sobrevivientes de COVID-19 severo. Aunque en un inicio la atención psicológica estuvo enfocada en la población general, los estudios comenzaron a mostrar que los pacientes hospitalizados presentaban una elevada prevalencia de síntomas emocionales persistentes. Por ello, algunos programas piloto implementaron TCC adaptada, incluyendo técnicas de exposición a recuerdos traumáticos de la hospitalización, reestructuración cognitiva y activación conductual (Kuut et al., 2023).

Dadas estas circunstancias aversivas sobre la población general, a causa de contagios, muertes, medios de comunicación, confinamiento y cierre de todo evento social, Brouzos et al, (2023) llevó a cabo una intervención en Grecia desde la Psicología Positiva que se llama “Quédate en casa- Sentirse positivo” en línea con el objetivo de mitigar el impacto de la pandemia por COVID-19 y las medidas posteriores para controlarla. El grupo de intervención tenía como objetivo mejorar las fortalezas personales y la resiliencia para hacer eficaz el impacto de la pandemia y constaba de 44 participantes, 6 hombres y 34 mujeres. Posteriormente todos los participantes respondieron un cuestionario en línea una semana antes de la intervención que medía datos sociodemográficos, empatía, resiliencia, afectividad, soledad, niveles de depresión y ansiedad y sentimientos de miedo por el brote. Durante las 6 sesiones que duraban entre 40 a 50 minutos se aplicaron técnicas como la psicoeducación, técnicas de relajación, mecanismos de afrontamiento para depresión y ansiedad y producción para aumentar la empatía y amor.

Finalmente los resultados obtenidos fueron que la intervención fue efectiva para aliviar el impacto de la pandemia y fortalecer la resiliencia de los participantes, es decir, se mostraron disminuciones significativas para el grupo de intervención en todas las medidas de angustia psicosocial (ansiedad, depresión, soledad y miedo) y aumentos significativos en empatía, resiliencia y experiencia de emociones positivas (Brouzos et al, 2023).

En el contexto de los pacientes con COVID-19, Li et al. (2020) llevaron a cabo en China un estudio con el objetivo de evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para reducir la angustia psicológica durante la epidemia. La muestra inicial estuvo conformada por 109 pacientes, de los cuales se excluyeron 15, quedando finalmente 93 participantes divididos en dos grupos: un grupo de intervención (n=47) y un grupo control (n=46). A ambos se les

aplicó una batería de pruebas para medir depresión, ansiedad y estrés mediante la versión china de la escala DASS-21, tanto al ingreso hospitalario como después de la intervención.

La intervención consistió en sesiones diarias de 30 minutos impartidas por enfermeras capacitadas en TCC, en las que se aplicaron técnicas como la reestructuración cognitiva —para modificar creencias erróneas sobre el COVID-19—, entrenamiento en relajación, resolución de problemas y estrategias de apoyo social. Mientras que el grupo de intervención recibió estas técnicas de manera presencial, el grupo control únicamente recibió el tratamiento rutinario hospitalario. Los resultados evidenciaron disminuciones significativas en los niveles de depresión, ansiedad y estrés en el grupo con TCC, a diferencia del grupo control, donde en algunos casos incluso se observó un incremento en la ansiedad.

De manera complementaria, Biagianti et al. (2023) implementaron una intervención de telepsicoterapia basada en TCC con pacientes diagnosticados con COVID-19 y sus familiares (n=88). El propósito fue evaluar la viabilidad de este formato y su impacto en los síntomas psicológicos antes y después del tratamiento, particularmente en ansiedad, depresión y estrés postraumático. En este caso, se excluyeron personas con antecedentes de trastornos psicóticos, trastorno bipolar, abuso actual de sustancias, deterioro cognitivo, condiciones médicas graves o participación simultánea en otros estudios psicológicos.

La intervención se desarrolló en formato individual y online, a lo largo de ocho sesiones semanales de 50 minutos. Los principales componentes trabajados fueron la regulación emocional, el entrenamiento en estrategias para permanecer en el momento presente y el desarrollo de habilidades para la prevención de recaídas. Para ello se emplearon técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, mindfulness, relajación guiada y terapia dialéctica conductual. La evaluación se realizó mediante un pretest y posttest con instrumentos validados como el cuestionario para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), el cuestionario de

salud del paciente (PHQ-9) para depresión, el índice de gravedad del insomnio (ISI), la Escala de Impacto del Evento Revisada (IES-R) y el Cuestionario de Salud General (GHQ-12). Los resultados preliminares indicaron una reducción significativa —de al menos un 10 %— en los niveles de ansiedad, depresión, síntomas postraumáticos, trastornos del sueño, así como una mejora general en el bienestar psicofísico.

De manera complementaria, durante la pandemia se implementaron diversas estrategias basadas en la terapia cognitivo-conductual (TCC) con el fin de disminuir síntomas de depresión, ansiedad y estrés. En este sentido, Zamiri-Miandoab et al. (2022) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis para examinar los efectos de la TCC durante la pandemia. Sus hallazgos confirmaron que esta intervención redujo significativamente las puntuaciones de depresión y ansiedad; sin embargo, debido a las limitaciones metodológicas de los estudios iniciales, los autores recomendaron la realización de ensayos clínicos controlados aleatorizados que aportaran mayor solidez a la evidencia.

En general, tanto en la población general como en pacientes con COVID-19, las intervenciones con TCC mostraron eficacia y disminución de sintomatología relacionada con depresión, ansiedad y TEPT. Las técnicas más utilizadas fueron la relajación, la regulación emocional y la reestructuración cognitiva. En el caso específico de los pacientes con COVID-19, las sesiones solían aplicarse una o dos veces por semana, con una duración máxima de 60 minutos.

En síntesis, las estrategias psicológicas implementadas durante las olas de COVID-19 se caracterizaron por su flexibilidad y diversidad, respondiendo a necesidades que cambiaban conforme evolucionaba la pandemia. Estas experiencias sentaron las bases para el diseño de intervenciones específicas en sobrevivientes de COVID-19 severo, integrando el conocimiento generado en contextos de crisis hacia programas más focalizados y sostenibles.

3.4 Intervenciones realizadas en sobrevivientes de COVID-19 desde la TCC

Los sobrevivientes de COVID-19 severo en la población donde se hace hincapié debido a que representan una población con necesidades específicas de atención psicológica, ya que la experiencia de hospitalización prolongada, la exposición a procedimientos invasivos como la ventilación mecánica y la incertidumbre sobre la recuperación generan un alto riesgo de secuelas emocionales. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha sido adaptada a este contexto con el propósito de reducir síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT), además de mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL).

En un primer momento, las intervenciones se centraron en la detección temprana de síntomas psicológicos en pacientes hospitalizados y en la fase de recuperación. Mazza et al. (2020) encontraron que más del 50% de los sobrevivientes presentaban síntomas psiquiátricos significativos un mes después del alta, lo que motivó la implementación de programas piloto de TCC. Estas intervenciones incluyeron psicoeducación sobre reacciones emocionales post-críticas, técnicas de relajación y estrategias de regulación cognitiva para disminuir la hipervigilancia y los pensamientos catastróficos relacionados con la enfermedad.

Soriano-Moreno et al. (2022) realizaron un estudio con 103 sobrevivientes de COVID-19 severo que habían recibido tratamiento con oxígeno de alto flujo. La muestra, con una edad media de 48 años y predominantemente masculina (71%), fue distribuida en dos grupos mediante un ensayo controlado aleatorizado: grupo de intervención y grupo control. El objetivo fue evaluar la eficacia de un programa de rehabilitación integrado compuesto por fisioterapia y apoyo psicológico en la mejora de la función pulmonar, la salud física general y el bienestar psicológico de los participantes. Cabe señalar que se excluyeron aquellos con diagnósticos psiquiátricos previos.

La intervención se desarrolló en un total de 12 sesiones presenciales de rehabilitación respiratoria a domicilio, complementadas con 6 sesiones semanales de terapia psicológica telefónica de una hora de duración. En el componente psicológico, se trabajaron habilidades de resolución planificada de problemas, estrategias para fortalecer la motivación hacia la acción, técnicas para reducir la sobrecarga cognitiva y recursos para detener y disminuir la velocidad del pensamiento. Además, se emplearon herramientas de psicoeducación, resolución de problemas y diversas técnicas de regulación emocional, tales como conteo, meditación guiada, respiración profunda, bostezo inducido, mindfulness, relajación muscular profunda y caminata consciente.

Para evaluar los efectos de la intervención, se aplicaron en pretest y postest los siguientes instrumentos: el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), el Cuestionario para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), la Escala del Impacto del Evento Revisada (IES-R), que mide síntomas de estrés postraumático, y la Encuesta de Salud SF-36, que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud.

Los resultados mostraron mejoras en la función pulmonar a partir de la semana 7, así como una disminución significativa en la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés postraumático tanto durante como después de la intervención.

Araghi et al. (2022) realizó una intervención con la finalidad de medir el efecto de una terapia Cognitivo Conductual en línea sobre los síntomas de depresión en sobrevivientes de COVID-19 severo. Que consistió en un estudio cuasiexperimental con una muestra de 150 participantes recuperados de COVID-19, se evaluó el estado emocional con el inventario de depresión de beck posteriormente 2 terapeutas aplicaron la intervención de 8 sesiones de tratamiento con 2 sesiones por semana de 45 minutos. En este estudio se usaron los principios de la TCC para personas con síntomas de depresión y el tratamiento se dividió en 2 niveles empleando

activación conductual e intervenciones cognitivas (reestructuración cognitiva). Al final se encontró una disminución de depresión con la aplicación de la TCC.

Por otro lado, una de las estrategias más empleadas y frecuentes fue la reestructuración cognitiva, orientada a modificar creencias disfuncionales como “nunca volveré a estar sano” o “soy una carga para mi familia”. Estudios indican que el abordaje de estas distorsiones reduce significativamente los niveles de ansiedad y depresión, favoreciendo la reincorporación a las actividades cotidianas (Halvorsen et al., 2023).

Asimismo, se empleó la exposición gradual a recuerdos traumáticos relacionados con la hospitalización, lo que permitió procesar experiencias dolorosas como la intubación o el aislamiento en UCI. Esta técnica mostró eficacia para reducir síntomas de TEPT en sobrevivientes de COVID-19, en línea con la evidencia acumulada en otros contextos de enfermedad crítica (Janiri et al., 2021).

La activación conductual también desempeñó un papel fundamental, dado que la fatiga y la pérdida de motivación son secuelas frecuentes en esta población. Mediante la programación de actividades placenteras y significativas, los pacientes lograron incrementar su sensación de control y mejorar su bienestar emocional (Kuut et al., 2023).

En cuanto a la modalidad, muchas intervenciones se realizaron de manera remota a través de videollamadas y plataformas digitales, lo que facilitó el acceso en un periodo de restricciones de movilidad. Los ensayos clínicos sugieren que la TCC en línea es tan efectiva como la presencial para reducir síntomas emocionales post-COVID, siempre que se realice con protocolos estructurados y seguimiento regular (Zhou et al., 2022).

Por otro lado, haciendo hincapié en México durante la pandemia, grupos de investigación y servicios clínicos en México implementaron diversas modalidades de intervención psicológica

basadas en principios cognitivo-conductuales talleres psicoeducativos en línea, programas autoadministrados con componentes de TCC y mindfulness, telepsicoterapia individual y grupal dirigidas a reducir estrés, ansiedad, duelo y síntomas depresivos en la población afectada por la COVID-19 (Gómez Hoyt et al., 2021; Alarcón & colaboradores, 2022). Algunos proyectos describen la aplicación de talleres breves con diseño pre-experimental y reportan mejoras en síntomas autoinformados tras la intervención (Alarcón, 2022; Gómez Hoyt, 2021). Asimismo, se han documentado experiencias de telepsicoterapia y programas autoguiados orientados al duelo y al afrontamiento (Domínguez-Rodríguez et al., 2021; Fonseca et al., 2021).

No obstante, al contrastar la producción mexicana con la evidencia internacional (ensayos aleatorizados y multicéntricos sobre TCC para fatiga post-COVID y rehabilitación), se observa una brecha metodológica: en México predominan estudios descriptivos, pilotos y reportes de implementación, mientras que faltan ensayos controlados rigurosos que evalúen la eficacia de protocolos TCC específicos en sobrevivientes de COVID-19 severo (p. ej. pacientes dados de alta de UCI). Esta limitación impide extraer conclusiones firmes sobre la efectividad de la TCC en esta población dentro del contexto mexicano y subraya la necesidad de adaptar y evaluar localmente protocolos internacionales con diseño experimental.

En conclusión, las intervenciones dirigidas a pacientes y sobrevivientes de COVID-19 han demostrado resultados favorables, contribuyendo significativamente a la reducción de síntomas emocionales como depresión, ansiedad, estrés y trastorno de estrés postraumático. La mayoría de los estudios reportan programas con un promedio de nueve sesiones, con una duración aproximada de 45 minutos cada una, en los que se han incorporado técnicas tales como psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, técnicas de relajación, exposición, activación conductual y atención plena o mindfulness. Del mismo modo, las

habilidades entrenadas han sido diseñadas en función de las necesidades específicas de cada grupo, incluyendo también medidas preventivas orientadas al control del estrés, la toma de decisiones, la regulación emocional, el autocuidado y el establecimiento de metas significativas.

En este contexto, la terapia cognitivo-conductual (TCC) se posiciona como una intervención eficaz y flexible para el abordaje de las secuelas emocionales en sobrevivientes de COVID-19 severo. Su implementación, tanto en formato individual como grupal, y bajo modalidades presenciales o remotas, proporciona herramientas concretas para fortalecer la regulación emocional, reducir la sintomatología psiquiátrica y optimizar la calidad de vida. En consecuencia, los hallazgos revisados respaldan la inclusión de la TCC como un componente esencial dentro de los programas de rehabilitación integral post-COVID.

MÉTODO

Justificación

La enfermedad por COVID-19 ha representado una de las pandemias más importantes del siglo XXI provocando millones de muertes a nivel mundial y generando un impacto significativo en los sistemas de salud, así como en el bienestar físico y psicológico de la población. Si bien en la actualidad se cuentan con esquemas de vacunación y se han observado una disminución en el número de contagios y defunciones, esto no implica que el COVID-19 haya dejado de ser un problema relevante de salud pública. Por el contrario, existe una creciente preocupación por las secuelas persistentes que enfrentan los sobrevivientes, particularmente aquellos que cursaron la enfermedad en su forma severa.

En México se han registrado 6,395,789 personas recuperadas de COVID-19 de acuerdo con datos oficiales del Consejo nacional de ciencia y tecnología (CONACYT). La evidencia científica indica que esta población constituye un grupo de riesgo para desarrollar COVID persistente, caracterizado por la presencia de síntomas físicos y psicológicos, que se mantienen semanas o meses después de la fase aguda de la enfermedad, afectando de manera significativa la calidad de vida relacionada con la salud (CONACYT, 2023; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En este contexto se vuelve indispensable la implementación de intervenciones psicológicas, orientadas a la promoción y recuperación de la calidad de vida de los sobrevivientes de COVID-19 severo.

Los pacientes que requirieron hospitalización en la unidad de cuidados intensivos (UCI) se enfrentaron a experiencias altamente estresantes y potencialmente traumáticas. El tratamiento médico intensivo, los procedimientos invasivos, el aislamiento, el miedo a la muerte y la incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad constituyen factores que incrementan la

vulnerabilidad psicológica. Diversos estudios han señalado que estas experiencias pueden generar consecuencias negativas en la salud mental. Tales como ansiedad, miedo a las reinfección, síntomas depresivos y alteraciones en el funcionamiento psicosocial, contribuyendo al deterioro de la calidad de vida (Rogers et al., 2020).

Entre los principales factores de riesgo asociados a una menor calidad de vida en sobrevivientes de COVID-19 se reportan síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y estrés agudo. Asimismo, influyen variables sociodemográficas como nivel socioeconómico, escolaridad y situación laboral, ya que las personas con menores recursos económicos se ven particularmente afectadas por los costos del tratamiento médico, la pérdida de empleo y la inestabilidad financiera derivada de la enfermedad. Otros factores relevantes incluyen la edad, el género, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación, los ingresos, el lugar de residencia, el contacto cercano con personas infectadas, la presencia de enfermedades físicas previas, los estilos de afrontamiento, el estigma social, el apoyo psicosocial, la confianza en los servicios de salud y la percepción de riesgo y supervivencia frente al COVID-19 (Vindegard & Benros, 2020).

De manera específica, existe evidencia que señala que hasta el 26% de los sobrevivientes de COVID-19 severo presentan criterios diagnósticos compatibles con trastorno de estrés postraumático (TEPT) meses después de su recuperación, identificando la experiencia de la enfermedad y la hospitalización como un evento traumático central (Janiri et al., 2021; Rogers et al., 2020). Estos hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones psicológicas estructuradas que atiendan las secuelas emocionales a largo plazo.

Si bien desde los años 2020 y 2021 se ha generado un amplio volumen de investigaciones relacionadas con los efectos psicológicos del COVID-19, muchas de ellas se han enfocado en el personal de la salud, trabajadores esenciales y población general, principalmente para mitigar los efectos del confinamiento. No obstante, existen menos estudios e intervenciones

psicológicas con enfoque Cognitivo-Conductual dirigidas específicamente a sobrevivientes de COVID-19 severo en México, particularmente en el nivel de atención terciaria. Esta brecha evidencia la necesidad de desarrollar y evaluar intervenciones psicológicas basadas en la evidencia que respondan a las necesidades específicas de esta población.

En este sentido, el presente estudio busca contribuir al conocimiento científico y a la práctica clínica mediante el desarrollo y evaluación de una intervención psicológica Cognitivo-Conductual de carácter terciario, orientada a promover la calidad de vida relacionada con la salud en sobrevivientes de COVID-19 severo que estuvieron hospitalizados en cuidados intensivos, atendiendo tanto las secuelas emocionales como los factores psicosociales asociados.

Objetivo general

Desarrollar y evaluar una intervención Cognitivo-Conductual de carácter terciario para mejorar la calidad de vida en sobrevivientes de COVID-19 severo que estuvieron en cuidados intensivos.

Objetivos específicos:

- Evaluar evidencia psicométrica (confiabilidad y estructura interna) de la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) en adultos mexicanos y explorar diferencias de puntaje total entre retrospectiva de pandemia y pospandemia..
- Conocer si existe una asociación entre calidad de vida y sintomatología de trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión en sobrevivientes de COVID-19 severo.

- Desarrollar y validar por jueces y mediante pilotaje una intervención terciaria Cognitivo-Conductual para promover la calidad de vida en sobrevivientes de COVID-severo.

Para lograr la presente investigación el estudio se dividirá en 4 fases:



Figura 4. *Estructura del estudio*

FASE 1: VALIDACIÓN PRELIMINAR DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD POR CORONAVIRUS (CAS) EN MEXICO: EVALUACIÓN RETROSPECTIVA PANDEMIA-POST PANDEMIA

Lee (2020) desarrolló el Cuestionario de Ansiedad por Coronavirus (Coronavirus Anxiety Scale; CAS), un instrumento breve diseñado para identificar de manera confiable casos probables de ansiedad disfuncional asociada al COVID. Sus reactivos se elaboraron con base en literatura especializada sobre miedo y ansiedad, incorporando manifestaciones cognitivas, conductuales, emocionales y fisiológicas (González, Rosario & Cruz, 2020; Lee, 2020).

El CAS está compuesto por cinco ítems con formato de respuesta tipo Likert orientado a la frecuencia de síntomas. En el estudio original, aplicado en línea a 775 adultos, se reportó una alta consistencia interna ($\alpha = 0.93$). Asimismo, se observó que puntajes elevados se asociaban con indicadores de afectación psicológica y conductas de riesgo relacionadas con la pandemia (Lee, 2020). Por su parte, González et al. (2020) realizaron la traducción y adaptación del CAS en población puertorriqueña ($n = 327$), encontrando una consistencia interna similar ($\alpha \approx 0.92$) y evidencia de discriminación entre personas con sintomatología de ansiedad relacionada con el coronavirus y aquellas sin síntomas, resultados congruentes con los hallazgos del estudio inicial.

Objetivo

Evaluar evidencia psicométrica (confiabilidad y estructura interna) de la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) en adultos mexicanos y explorar diferencias de puntaje total entre retrospectiva de pandemia y pospandemia.

Método

Población

Adultos mexicanos ($N = 320$), hombres y mujeres, mayores de edad.

Tipo de estudio

Transversal/ con dos condiciones de respuesta en una misma sesión (retrospectiva retrospectiva: pandemia vs pospandemia).

Muestra

320 participantes elegidos de manera no probabilístico por conveniencia.

Los criterios de inclusión

Ser mayor de 18 años, residir en México y haber aceptado el consentimiento informado.

Instrumentos

Ficha sociodemográfica: Los participantes notificaron su edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, religión y servicio de salud al que tienen acceso.

Escala de ansiedad por coronavirus: Compuesta por 5 ítems con 4 opciones de respuesta tipo likert que identifica la frecuencia de los síntomas de ansiedad (0= en absoluto, 1= menos de un día o dos, 2= varios días, 3= más de 7 días, 4= casi todos los días) el puntaje va de 0 a 20 puntos en donde 0 refleja una nula frecuencia de los síntomas y 20 la mayor frecuencia de los síntomas de ansiedad.

Procedimiento

Se llevó a cabo la invitación por medio de una convocatoria mediante googleforms, se distribuyó a través de redes sociales y medios cercanos a quienes se les invitó a participar voluntariamente en el estudio, se explicó el objetivo del estudio, el carácter y consentimiento informado que estaba en el mismo googleforms.

En esta fase se evaluó evidencia psicométrica de la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) en una muestra de 320 adultos mexicanos (hombres y mujeres, mayores de edad). El CAS (5

ítems) se aplicó en una sola sesión bajo dos condiciones de respuesta: primero, se pidió contestar pensando en cómo se sintieron durante la pandemia, y después se contestó nuevamente pensando en la etapa pospandemia, con ello se obtuvieron respuestas por ítem y un puntaje total para cada condición (suma de los cinco ítems). Posteriormente, se revisó la calidad de los datos (valores dentro del rango esperado y ausencia/presencia de datos perdidos) y se estimó la consistencia interna de la escala mediante alfa de Cronbach en ambas condiciones. También se examinó la estructura interna de la CAS a través de un análisis de componentes principales, verificando previamente la adecuación muestral (KMO) y la esfericidad (prueba de Bartlett), con el propósito de identificar si los ítems se agrupan en un solo componente como se espera para este instrumento breve. Finalmente, de manera exploratoria, se compararon los puntajes totales entre pandemia y pospandemia mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, interpretando este contraste como una comparación basada en evocación retrospectiva y no como un seguimiento longitudinal.

Resultados fase I

Datos descriptivos de la población

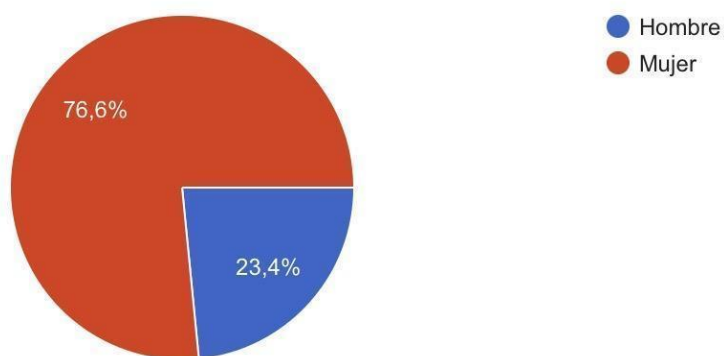
Con el fin de evaluar la ansiedad específica asociada al coronavirus, se aplicó la Coronavirus Anxiety Scale (CAS) en dos momentos: se les pidió que en la primera aplicación respondieran basándose en su experiencia en periodo crítico de la pandemia y en una segunda aplicación posterior a dicho evento.

Se contó con la participación de 320 participantes, el 76,4% de los participantes fueron mujeres y 23,6% hombres, de edad promedio de 30,06 años, la mayoría de los participantes eran solteros (53,2%), con nivel licenciatura (65,7%) empleados (45,8%) y estudiantes (30,6%) no

pertenecientes a algún grupo religioso (67,1%) y predominantemente derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (62.2 %).

Figura 5

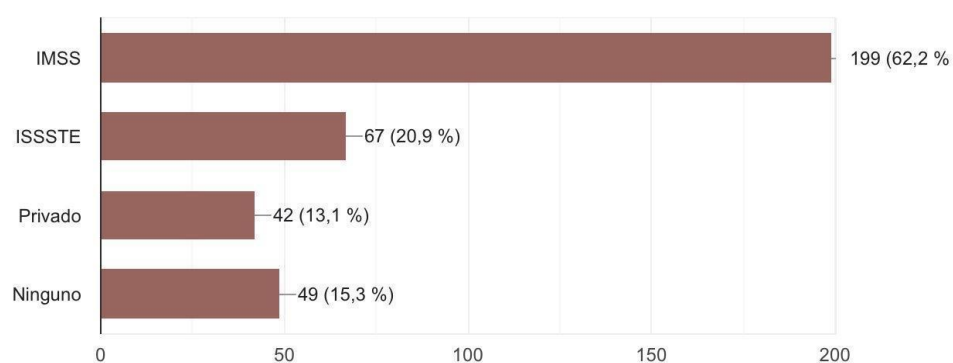
Participación por sexo



Al momento de la evaluación el 62.2 % contaba con seguro IMSS y 20.9 % ISSSTE (Figura 6).

Figura 6

Instituciones de salud



La tabla muestra que tan consistente es el CAS (5 ítems) y si cada ítem se relaciona adecuadamente con el puntaje total. Por ejemplo, “Correlación ítem-total corregida”: ideal >

.30 (más alto = el ítem va con la escala). “Alfa si se elimina el ítem”: si sube mucho al quitar un ítem, ese ítem podría sobrar.

Durante la retrospectiva pandemia el alfa de cronbach fue: $\alpha = .836$ (buena consistencia) y el alfa de cronbach pospandemia: $\alpha = .917$ (muy alta). Todas las correlaciones ítem-total fueron $> .30$, así que ningún ítem está “fuera de lugar”. Además, el alfa si se elimina el ítem es menor que el alfa total, por lo que conviene conservar los 5 ítems (véase Tabla 1).

Tabla 1

Consistencia interna e indicadores por ítem de la CAS en ambas condiciones retrospectivas.

Condición	Ítem	Correlación ítem-total corregida	Alfa si se elimina el ítem	Interpretación breve
Pandemia (A_*)	Ítem 1	0.578	0.821	Aporta adecuadamente
	Ítem 2	0.694	0.788	Aporta adecuadamente
	Ítem 3	0.721	0.779	Aporta adecuadamente
	Ítem 4	0.542	0.831	Aporta adecuadamente
	Ítem 5	0.693	0.789	Aporta adecuadamente
Pospandemia (B_*)	Ítem 1	0.819	0.891	Aporta adecuadamente
	Ítem 2	0.799	0.895	Aporta adecuadamente
	Ítem 3	0.802	0.895	Aporta adecuadamente
	Ítem 4	0.796	0.899	Aporta adecuadamente
	Ítem 5	0.737	0.909	Aporta adecuadamente

La siguiente tabla muestra como se evalúa si los 5 ítems se agrupan en una sola dimensión (un solo factor/componente), que es lo esperado en la CAS. Las filas de KMO: entre 0 y 1 ($\geq .80$

suele considerarse “muy bueno”). Bartlett: si $p < .05$, las correlaciones entre ítems son suficientes para análisis factorial. % varianza: cuánta información explica el componente 1.

Pandemia: KMO = .834 y Bartlett $p < .001$ se puede analizar. Un componente explicó 61.144% de la varianza con cargas entre .700 y .841 (todas fuertes). Pospandemia: KMO = .899 y Bartlett $p < .001 \rightarrow$ aún mejor. El componente 1 explicó 75.603% con cargas entre .829 y .889. En simple: en ambos momentos la escala se comporta como una sola dimensión (véase tabla 2).

Tabla 2

Estructura interna (un componente) de la CAS en ambas condiciones.

Condición	KMO	Bartlett χ^2 (gl)	p	% varianza (comp. 1)	Cargas (mín- máx)	Cargas por ítem (1-5)
Pandemia (A_*)	0.834	612.949 (10)	< .001	61.144	0.700– 0.841	0.841, 0.826, 0.814, 0.718, 0.700
Pospandemia (B_*)	0.899	1102.150 (10)	< .001	75.603	0.829– 0.889	0.889, 0.879, 0.876, 0.873, 0.829

Se muestra si el puntaje total de la CAS cambia entre las condiciones “pandemia” y “pospandemia” dentro de las mismas personas (comparación por pares).

La tabla de rangos: “Rangos negativos” = CAS_pospandemia < CAS_pandemia (bajó).

“Rangos positivos” = CAS_pospandemia > CAS_pandemia (subió). “Empates” = igual.

Es decir la mayoría tuvo rangos negativos (147), lo que, reportó menor ansiedad en “pospandemia”; pocos aumentaron (18) y 155 quedaron igual. El contraste fue significativo: $Z = -9.300$, $p < .001$. Se enfatiza que es exploratorio porque ambas condiciones se contestaron el mismo día (no es seguimiento longitudinal ni test–retest) (véase tabla 3).

Tabla 3*Comparación exploratoria entre CAS_pandemia y CAS_pospandemia (Wilcoxon).*

Dirección del cambio (pos - pan)	n	Rango promedio	Suma de rangos	Estadístico Z	p (bilateral)
Negativos (pos < pan)	147	86.25	12679	Z = -9.30	p < .001
Positivos (pos > pan)	18	60.61	1091		
Empates (pos = pan)	155	—	—		

De acuerdo a López Ortiz y colaboradores (2022) validaron el CAS en población mexicana (n = 391) mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio, reportando consistencia interna ($\alpha = .83$), KMO = .840, Bartlett significativo, varianza explicada de 62.61% y buen ajuste del modelo unidimensional en el análisis confirmatorio. Estos hallazgos respaldan que la CAS es un instrumento sólido en México.

El aporte específico de esta tesis es que en la muestra del presente estudio (n = 320), se replicó la consistencia interna y la estructura unidimensional de la CAS en dos condiciones de evocación aplicadas en una sola sesión (pandemia vs pospandemia). Además, se documentó que el puntaje total es sensible a la condición de evocación al mostrar una disminución significativa en pospandemia mediante Wilcoxon, con tamaño del efecto grande. En conjunto, esto aporta evidencia práctica de que la CAS mantiene su desempeño en el contexto específico de este estudio y permite comparar estados percibidos bajo instrucciones distintas.

FASE II: DIAGNÓSTICA

Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre la calidad de vida (SF-36; dominios Salud Mental y Salud General) y la sintomatología de TEPT (PCL-5), ansiedad (AMAS y CAS) y depresión (BDI-II) en sobrevivientes de COVID-19 severo?

Objetivo general

Explorar la asociación entre la calidad de vida (SF-36; dominios Salud Mental y Salud General) y los puntajes de TEPT, ansiedad (AMAS y CAS) y depresión en sobrevivientes de COVID-19 severo.

Objetivos específicos

1. Evaluar el nivel de calidad de vida que poseen los sobrevivientes de COVID-19 severo a partir de los puntajes obtenidos en el SF-36 (ANEXO)
2. Evaluar la sintomatología de trastorno de estrés postraumático que los sobrevivientes de COVID-19 severo a partir de los puntajes obtenidos en la lista de verificación PCL-5 (ANEXO).
3. Evaluar el nivel de ansiedad que poseen los sobrevivientes de COVID-19 severo con Coronavirus Anxiety Scale (CAS) (ANEXO).
4. Evaluar el nivel de depresión que poseen los sobrevivientes de COVID-19 severo con el inventario de depresión de Beck (BDI-II) (ANEXO).
5. Analizar la asociación entre los dominios de calidad de vida (SF-36: Salud Mental y Salud General) y la sintomatología de ansiedad, depresión y TEPT en sobrevivientes de COVID-19 severo.

Tipo de estudio

Descriptivo correlacional y exploratorio

Tipo de diseño

No experimental, Transversal

Tabla 4

Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Calidad de vida	Propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente, dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno. La calidad de vida relacionada con la salud permite estudiar y evaluar el estado de salud como un predictor de calidad de vida personal (Sánchez-Aragón, García-Meraz, & Martínez-Trujillo, 2017)	<i>Cuestionario de salud (SF-36)</i> Evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de 8 escalas de salud. Estas escalas de salud son: a) función física b) rol físico c) dolor corporal d) salud general, e) vitalidad, f) función social, g) rol emocional y, h) salud mental. Incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. Instrumento autoaplicado que contiene 36 preguntas con variantes de respuesta tipo likert, dicotómicas (Sánchez-Aragón, García-Meraz & Martínez-Trujillo, 2017).
Depresión	De acuerdo con Beck (1967) la depresión se caracteriza por tristeza, apatía, concepto negativo de sí mismo, autoreproches, culpa, conductas de evitación, síntomas somáticos y cambios en el nivel de actividad física. Los síntomas se originan a partir de esquemas cognitivos desadaptados sobre sí mismo, el mundo y el futuro, los cuales son rígidos y absolutistas.	<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</i> Desarrollado por Aaron Beck se trata de un autoinforme que consta de 21 reactivos que miden síntomas de depresión en adolescentes de 13 años en adelante y adultos, cada reactivo tiene 4 opciones de respuesta descriptivas a mayor puntuación, mayor gravedad de la sintomatología y se evalúan durante las últimas dos semanas. La puntuación mínima es de 0 y la

		máxima de 63 (Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán & Freire, 2015)
Ansiedad	El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente real o percibida, la ansiedad es una anticipación de una amenaza futura. Los Trastornos de ansiedad difieren entre sí en los tipos de objetos o situaciones que inducen miedo o ansiedad y la ideación cognitiva asociada por lo que pueden clasificarse (González-Rivera. Rosario-Rodríguez & Cruz-Santos, 2020)	<i>Escala de ansiedad por Coronavirus (CAS)</i> Creado por Sherman A. Lee (2020). La escala de 5 ítems evalúa los siguientes síntomas como resultado de pensar o estar expuesto a información sobre el coronavirus: Mareos, alteraciones del sueño, inmovilidad tónica, pérdida del apetito, náuseas o problemas estomacales. Cada ítem se califica en una una escala de 5 puntos para reflejar la frecuencia del síntoma que varía de 0 (en absoluto) a 4 (casi todos los días) durante las últimas dos semanas. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 20, donde a mayor puntuación, mayor ansiedad por coronavirus (González-Rivera. Rosario-Rodríguez & Cruz-Santos, 2020).
Estrés postraumático	Sintomatología específica que se desarrolla después de la exposición a algún acontecimiento traumático, principalmente exposición a la muerte , lesiones graves o violencia sexual (Durón-Figueroa, Cárdenas-López, Castro-Calvo, De la Rosa-Gómez, 2019).	<i>Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático (PCL-5)</i> Escala autoaplicada compuesta por 17 reactivos con una escala tipo likert de 0 a 4 pt los cuales identifican la sintomatología de TEPT descrita en el DSM-V específicamente los criterios B, C, D y E Permite evaluar el grado de malestar percibido en el último mes por medio de una escala que va de 1 (no en absoluto) a 5 (extremadamente) (Durón-Figueroa, Cárdenas-López, Castro-Calvo, De la Rosa-Gómez, 2019).

Hipótesis estadísticas

Hi: Se observa un patrón consistente donde mayor sintomatología emocional (TEPT, ansiedad y depresión) se asocia con menor calidad de vida (SF-36), anticipando correlaciones negativas entre SF-36 y los puntajes de malestar emocional.

Ho: No se observa un patrón consistente donde a mayor sintomatología emocional (TEPT, ansiedad y depresión) se asocia con menor calidad de vida (SF-36)

Población

Hombres y mujeres sobrevivientes de COVID-19 severo de Pachuca de Soto

Muestra

N= 18, Hombres (n=11) y mujeres (n= 6) Sobrevivientes de COVID-19 severo de Pachuca Hidalgo entre edades de 18 a 60 años

Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia

Criterios de inclusión

- Ser mayor de 18 años
- Residir en México
- Contestar los instrumentos completos
- Tener un diagnóstico médico que avale que padeció COVID-19
- Haya requerido tanque de oxígeno o intubación
- Haber estado en UCI o haber requerido oxígeno en casa

Criterios de exclusión

- Tener un diagnóstico psiquiátrico previo
- No terminar alguno de los instrumentos

- No contestar alguno de los instrumentos

Criterios de eliminación

- Haber proporcionado falsa información
- Mentir en la contestación de los instrumentos
- Presentar algún problema de salud durante la investigación
- Dejar la investigación sin avisar
- No completar la fase de intervención

Instrumentos

Tabla 5

Instrumentos utilizados en la investigación.

Instrumento	Autor(es) y año	Propósito / Variable evaluada	Características del instrumento	Confiabilidad
Cuestionario de Salud SF-36	Sánchez-Aragón, García-Meraz y Martínez-Trujillo (2017)	Evalúa calidad de vida en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, así como percepción del estado de salud actual y pasado.	Adultos mayores de 16 años. Autoaplicado. Consta de 36 ítems con respuestas tipo Likert y dicotómicas.	$\alpha = .86$
Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS)	Lee (2020); validación: González-Rivera, Rosario-Rodríguez y Cruz-Santos (2020)	Evalúa síntomas de ansiedad asociados al pensamiento o exposición a información relacionada con COVID-19.	5 ítems con escala Likert de 0 a 4 puntos (0 = en absoluto; 4 = casi todos los días). Puntaje total de 0 a 20.	$\Omega = .93$
Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-A)	Reynolds et al. (2003; 2007)	Mide niveles de ansiedad manifiesta en adultos mediante tres subescalas: inquietud/hipersensibilidad, ansiedad fisiológica y preocupaciones sociales/estrés, además de una subescala de validez.	36 reactivos dicotómicos (Sí/No). Dirigido a adultos de 19 a 59 años. Aplicación individual o grupal.	$\alpha = .90$
Lista Checable de Trastorno de Estrés	Durón-Figueroa, Cárdenas-	Identifica sintomatología del TEPT según criterios B, C, D y E del DSM-5 y	17 ítems con escala Likert de 0 a 4 puntos (0 =	$\alpha = .97$

Postrumático (PCL-5)	López, Castro-Calvo y De la Rosa-Gómez (2019)	evalúa el grado de malestar del último mes.	nada; 4 = extremadamente).
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	Beck; validación: Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán y Freire (2015)	Evalúa sintomatología depresiva en adolescentes y adultos; a mayor puntuación, mayor gravedad.	21 reactivos con 4 opciones de respuesta. Evalúa las últimas dos semanas. Puntaje total de 0 a 63.

Procedimiento fase II

Se procederá a ponerse en contacto mediante mensajes de texto con las personas que hayan padecido COVID-19 severo, se les dará una breve explicación del proyecto y el objetivo de la investigación si aceptan se les dará el formulario de google forms, donde se encuentra toda la batería de pruebas que se le pedirá contestar, dentro del formulario se encuentra el consentimiento informado una vez aceptado, pueden responder la batería de pruebas.

Análisis de datos fase II

Debido al tamaño reducido de la muestra y a que los datos no mostraron una distribución normal, se utilizaron estadísticos descriptivos basados en la mediana y el rango intercuartílico (RIC: P25-P75). Para evaluar la relación entre ansiedad, depresión, síntomas de estrés postraumático y calidad de vida, se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Además, para verificar el supuesto de normalidad se aplicó la prueba de Shapiro–Wilk, recomendada cuando $n < 50$.

En conjunto, los análisis se realizaron con un enfoque descriptivo de alcance correlacional y exploratorio.

Resultados de fase II

Con el objetivo de analizar la relación entre la calidad de vida, la sintomatología de ansiedad, depresión y estrés postraumático, específicamente relacionado con el coronavirus en sobrevivientes del COVID-19 severo, se realizó un análisis estadístico utilizando el programa IBM SPSS Statistics. Debido al tamaño muestral reducido ($N = 17$), se reportaron la mediana, el rango intercuartílico (RIC: P25–P75) y el rango (mínimo–máximo). Estos indicadores permiten describir de forma más clara la tendencia central y la variabilidad cuando los datos pueden no seguir una distribución normal.

En general, las variables mostraron variación entre los participantes. Por ejemplo, en CAS (total) la mediana fue 0 (RIC = 0–2.5), con un rango amplio (0–17), lo cual sugiere que la mayoría reportó niveles bajos, aunque se observaron algunos valores elevados. En ansiedad total (AMAS-A), la mediana fue 11 (RIC = 8.5–21.5; 2–30). En depresión (BDI), la mediana fue 11 (RIC = 3.5–16.5; 0–34), y en síntomas de estrés postraumático (PCL-5) la mediana fue 7 (RIC = 3.5–24.5; 0–61), lo que indica que hubo participantes con síntomas bajos, pero también algunos con puntajes altos.

En cuanto a calidad de vida, se seleccionaron 2 dominios del SF-36 que son relevantes para la correlación de los objetivos. El dominio de Salud mental del SF-36 (SF36_SM) presentó una mediana de 56 (RIC = 52–64; 24–72) y el dominio de Salud general (SF36_SG) una mediana de 55 (RIC = 45–65; 35–75) (véase Tabla 6).

Tabla 6*Estadísticos descriptivos de las variables (N = 17).*

Variable	Mediana	P25	P75	RIC	Mínimo	Máximo
CAS (total)	0.00	0.00	2.50	2.50	0.00	17.00
AMAS-A (ansiedad total)	11.00	8.50	21.50	13.00	2.00	30.00
BDI-II (total)	11.00	3.50	16.50	13.00	0.00	34.00
PCL-5 (total)	7.00	3.50	24.50	21.00	0.00	61.00
SF-36 Salud mental	56.00	52.00	64.00	12.00	24.00	72.00
SF-36 Salud general	55.00	45.00	65.00	20.00	35.00	75.00

Nota. RIC = rango intercuartílico (P75–P25).

Para evaluar el supuesto de normalidad se utilizó la prueba de Shapiro–Wilk, recomendada para tamaños muestrales menores a 50. Los resultados indicaron que CAS ($p < .001$), PCL-5 ($p = .002$) no cumplieron normalidad. Por otro lado, ansiedad total ($p = .224$), depresión ($p = .136$), SF36_SM ($p = .133$) y SF36_SG ($p = .872$) no mostraron evidencia estadística de desviación significativa respecto a la normalidad (tabla 9).

Considerando que al menos algunas variables no cumplieron el supuesto de normalidad y que la muestra es pequeña, se optó por utilizar análisis no paramétricos. En específico, se aplicó Rho de Spearman (ρ) para estimar la asociación entre variables clínicas y dominios de calidad de vida (Tabla 7).

Tabla 7

Prueba de normalidad (Shapiro–Wilk) para las variables de interés (N = 17).

Variable	W	p
CAS (total)	.582	< .001
AMAS-A (ansiedad total)	.931	.224
BDI (total)	.918	.136
PCL-5 (total)	.797	.002
SF-36 Salud mental	.917	.133
SF-36 Salud general	.973	.872

Nota. p bilateral.

El objetivo de este análisis fue explorar si un mayor nivel de síntomas emocionales (ansiedad, depresión y síntomas de TEPT) se relaciona con menor calidad de vida, particularmente en el componente de salud mental.

En el dominio Salud mental (SF36_SM) se observó una relación significativa con una medida de malestar ($\rho = -.493$, $p = .044$). La dirección negativa indica que cuando aumentan los síntomas, el puntaje de salud mental tiende a disminuir, lo cual se interpreta como menor calidad de vida en el componente mental.

Contrastando, el dominio Salud general (SF36_SG) no mostró correlaciones significativas con las variables clínicas analizadas ($p > .05$). Esto puede ocurrir en muestras pequeñas, ya que la percepción general de salud depende de múltiples factores (por ejemplo, aspectos físicos, comorbilidades o comparación personal).

Adicionalmente, se observaron asociaciones significativas entre las variables clínicas, lo cual indica que los síntomas emocionales tienden a presentarse de forma conjunta. En particular, los síntomas de TEPT (PCL-5) se asociaron significativamente con depresión (BDI-II) ($\rho = .509$, $p = .037$) y con ansiedad (AMAS) ($\rho = .530$, $p = .029$). Estos hallazgos complementan la interpretación, ya que muestran que existe un patrón de coexistencia de síntomas emocionales que podría contribuir al deterioro en el bienestar percibido, especialmente en la dimensión mental de la calidad de vida.

En conjunto, los resultados sugieren que, en esta muestra, la disminución de calidad de vida se observa principalmente en el dominio de Salud mental, mientras que la relación con Salud general no fue estadísticamente significativa. Dado el tamaño muestral reducido, estos hallazgos deben interpretarse como exploratorios (véase Tabla 8).

Tabla 8

Correlaciones (Rho de Spearman) entre las variables (N = 17).

			CAS	BDI-II	PCL-5	AMAS	SF-36 REmo c	SF-36 SM	SF-36 SG
Rho de Spearman	CAS	Coef.	1.000	.446	.544*	.646**	.409	-.493*	.032
		Sig. (bilateral)	.	.073	.024	.005	.103	.044	.903
		N	17	17	17	17	17	17	17
	BDI-II	Coef.	.446	1.000	.509*	.447	.577*	.148	-.073
		Sig. (bilateral)	.073	.	.037	.072	.015	.571	.781
		N	17	17	17	17	17	17	17

	N	17	17	17	17	17	17	17
PCL-5	Coef.	.544*	.509*	1.000	.530*	.790**	-.142	.283
	Sig. (bilateral)	.024	.037	.	.029	< .001	.586	.272
	N	17	17	17	17	17	17	17
AMAS	Coef.	.646*	.447	.530*	1.000	.608*	-.198	-.043
	Sig. (bilateral)	.005	.072	.029	.	.010	.445	.868
	N	17	17	17	17	17	17	17
SF-36 SM	Coef.	-.493*	.148	-.142	-.198	.056	1.000	.274
	Sig. (bilateral)	.044	.571	.586	.445	.832	.	.288
	N	17	17	17	17	17	17	17
SF-36 SG	Coef.	.032	-.073	.283	-.043	.129	.274	1.000
	Sig. (bilateral)	.903	.781	.272	.868	.622	.288	.
	N	17	17	17	17	17	17	17

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$. Pruebas bilaterales.

Abreviaturas: CAS = Coronavirus Anxiety Scale; AMAS = Adult Manifest Anxiety Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory–II; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; SF-36 = Short Form Health Survey-36 (SM = Salud mental; SG = Salud general; REMOC = Rol emocional).

FASE III: DESARROLLAR Y VALIDAR POR JUECES MEDIANTE PILOTAJE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL

Pregunta de investigación

¿Cuál es la validez que tiene por jueces expertos una Intervención Terciaria Cognitivo-Conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo?

Objetivo general

Validar por jueces expertos intervención Intervención Terciaria Cognitivo-Conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo.

Objetivos específicos:

- Diseñar una propuesta de Intervención Terciaria Cognitivo-Conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo.
- Elaborar materiales psicoeducativos y clínicos adecuados para los propósitos de la intervención.
- Someter a validación por jueces expertos las cartas descriptivas de la intervención cognitivo-conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo para determinar si cumple con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Tipo de diseño y estudio

La segunda fase es de corte cuantitativo con un diseño no experimental y transversal con un alcance descriptivo.

Variables

A continuación, se describen las variables (ver tabla 9).

Tabla 9
Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Intervención cognitivo-conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo.	Conjunto de técnicas grupales cognitivo- conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo.	Técnicas seleccionadas específicamente para la intervención (Técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, Mindfulness, activación conductual, Técnica de solución de problemas, regulación emocional y exposición)
Validación por jueces (variable dependiente)	Procedimiento mediante jueces permite obtener evidencias de validez de contenido de una intervención, al someter sus componentes a la valoración de expertos, quienes juzgan su relevancia, claridad y coherencia con el constructo o propósito planteado” (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez., 2008)	Puntuación obtenida en el cuestionario de jueces expertos para la validación de la intervención cognitivo-conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes COVID-19 severo.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo: Diseñar una intervención Terciaria Cognitivo- Conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo que cumpla con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Participantes

Muestra

La muestra estará conformada por 7 expertos en la práctica clínica en el campo de la psicología cognitivo- conductual

Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia

Criterios de inclusión

- Aceptar participar en la validación por jueces expertos
- Contar con práctica clínica en el campo de la psicología con enfoque cognitivo-conductual.

Criterios de exclusión

- No aceptar participar en la validación por jueces expertos
- No contar con práctica clínica en el campo de la psicología con enfoque cognitivo-conductual.

Criterios de eliminación

- No terminar de contestar el cuestionario de jueces expertos para la validación de la intervención terciaria cognitivo-conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo.

Instrumentos

A continuación, se describen los instrumentos empleados (ver tabla 10).

Tabla 10

Descripción del instrumento para validación por jueces

Instrumento	Descripción
Cuestionario de jueces expertos para la validación de la intervención cognitivo-conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo.	Es una lista de criterios que evalúan las características de la intervención con el propósito de determinar si cumple con las normas éticas, los objetivos son adecuados, así como las técnicas y los materiales son apropiados para la población objetivo.

Procedimiento Fase III

Se realizará una revisión teórica para identificar los componentes y técnicas cognitivo-conductuales que son adecuadas para la implementación de una intervención que logre el objetivo del estudio establecido promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo. Posteriormente, se diseñará la propuesta de intervención terciaria cognitivo-conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo, la cual se piensa estructurar con un formato breve, el cual consiste en no mayor a 8 sesiones.

Finalmente, para la validación por de plantea una presentación PowerPoint donde se incluirá los objetivos y características de la intervención, como son las actividades, el manual, técnicas, procedimientos y resultados esperados. Una vez enviada la presentación se procederá al envío de un formulario digital, donde se incluirá un consentimiento informado, en el cual se explicará la finalidad de la validación, además de corroborar si el experto desea participar en la validación. Una vez el experto acepte colaborar en dicho proceso se le desplegará el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la intervención terciaria cognitivo-conductual para promover la calidad de vida en sobrevivientes de COVID-19 severo. Una vez los jueces hayan respondido el cuestionario se analizarán los datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22.

Análisis de los datos propuestos

Análisis descriptivos de las respuestas de los jueces en el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la intervención terciaria Cognitivo-Conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22. Se consideró un 71 % de acuerdo entre jueces para la pertinencia de los elementos en la intervención y un 50% para la modificación o eliminación de los elementos.

Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrollará atendiendo los lineamientos éticos y legales establecidos en la Declaración de Helsinki, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y el Código Ético del Psicólogo, con el propósito de garantizar el cumplimiento de las disposiciones correspondientes. De acuerdo con el artículo 13 del Capítulo I, se salvaguardará la dignidad de las participantes y la protección de sus derechos y bienestar, permitiéndoles retirarse del estudio en cualquier momento que lo consideren oportuno. Del mismo modo, se promoverá el trato respetuoso y la ausencia de discriminación en todo el proceso.

Cada participante recibirá un consentimiento informado, en el cual se detallarán las condiciones de su participación, los posibles riesgos y los beneficios asociados, conforme a lo dispuesto en los Capítulos I (artículo 14), XX y XXI. Se observará también lo estipulado en el artículo 16 del mismo reglamento, que hace referencia a la confidencialidad, resguardando la información personal y cualquier dato que permita la identificación de las participantes. Cabe destacar que este estudio se fundamenta en evidencia científica, y se clasifica como de riesgo mínimo, de acuerdo con lo indicado en el artículo 14 del Capítulo IV.

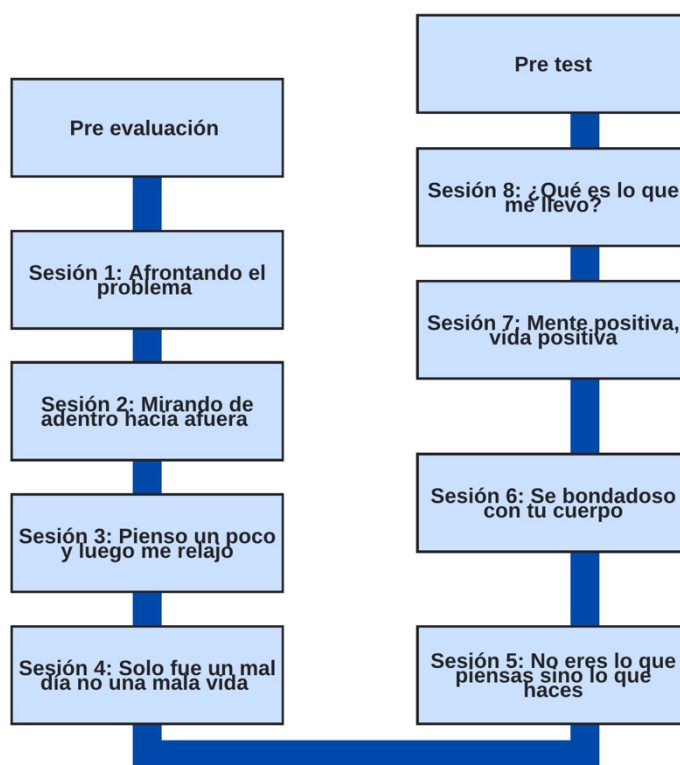
Finalmente, se acatarán las recomendaciones y observaciones emitidas por el Comité de Ética del Instituto de Ciencias de la Salud, garantizando así la integridad metodológica y ética de la investigación.

RESULTADOS FASE III

Con base en la revisión de la literatura y validación por jueces expertos se obtuvo como resultado una intervención terciaria cognitivo-conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo, con un total de 8 sesiones de intervención, de duración de 60 minutos aproximadamente y dos sesiones de evaluación pre y post (ver figura 4).

Figura 7

Estructura general de la intervención terciaria cognitivo-conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo (Figura 7).



A continuación, se puede observar el objetivo de cada sesión, así como las técnicas propuestas para desarrollar el tema (Ver tabla 11).

A continuación, se describe cada una de las sesiones, así como su desarrollo.

Tabla 11

Esquema de objetivos y técnicas de la intervención terciaria cognitivo-conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes en COVID-19 severo.

SESIÓN	NOMBRE DE LA SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICA
1	“Afrontando el problema”	-Análisis de experiencia del sobreviviente de COVID-19 durante y posterior a la enfermedad -Se establecen los objetivos y se da la explicación de los componentes de la intervención. -Mostrar al usuario como llenar el formato de autorregistro	● Psicoeducación ● Autoregistro
2	”Mirando de adentro hacia afuera”	-Se explica la relación de pensamiento/emoción/conducta mediante el uso del formato de la AC. Se aplicará la relajación muscular progresiva de Jacobson para identificar cómo el estrés influye en nuestro cuerpo.	● Psicoeducación ● Relajación muscular progresiva de Jacobson
3	”Pienso un poco y luego me relajo”	-Se identificarán las preocupaciones más relevantes para el cliente que tiene ahora al haber padecido COVID-19. Se presentan de manera general los beneficios del mindfulness y la evidencia que ha tenido para mejorar la calidad de vida. Mostrar como se llenará el formato de autorregistro de preocupaciones. -Se le enseñara y aplicará una técnica de mindfulness al final de la sesión.	● Técnica “Identificando preocupaciones” ● Técnica mindfulness eating

4	"Solo fue un mal día no una mala vida"	Se identificarán las contingencias que siguen manteniendo el pensamiento o la conducta. El cliente aprenderá a diferenciar las preocupaciones productivas de las improductivas para transformarlas en soluciones. Al final se le pide reflexionar lo que ha aprendido en la sesión y retroalimentación y dudas sobre las actividades	● Técnica "Diferenciando entre preocupación productiva y preocupación improductiva" ● "Norma de los dos minutos de la activación conductual" ● Técnica de mindfulness Autocompasión
5	"No eres lo que piensas sino lo que haces"	-Se formulan alternativas de solución para las preocupaciones (pensamientos) con respecto a las secuelas COVID que presente el cliente para modificar el pensamiento rígido. -Al final se le pide reflexionar lo que ha aprendido en la sesión y retroalimentación y dudas sobre las actividades	● Técnica "Lo que aun puedo hacer"
6	"Se bondadoso con tu cuerpo"	Se llevará al cliente a hacer conciencia de cómo su cuerpo fue capaz de ayudarlo a sobrevivir al COVID-19. -Se entrenan habilidades de autocuidado y estilo de vida saludable que promuevan la calidad de vida -Se identificarán los factores protectores del cliente. -Identificar aquellos procesos que dificultan la activación	● Mindfulness (escaneo corporal) ● Moldeamiento
7	"Mente positiva, vida positiva"	Se continúa el entrenamiento de las habilidades de autocuidado y estilo de vida saludable que promuevan la calidad de vida Educar sobre comportamientos de riesgos relacionados con la salud Por jerarquización comenzar a exponerse a los miedos sobre el COVID	● Moldeamiento ● Actividades de placer/dominio ● Exposición

8	¿Qué es lo que me llevó?	Revisar lo que le ha resultado útil y anticipar desafíos futuros que puedan incrementar el riesgo de recaída - Identificar las posibles situaciones de alto riesgo que aumentan la vulnerabilidad ante recaídas. - Cierre de la terapia	● Resolución de problemas
9	Post test	evaluar el estado del sobreviviente de COVID-19 finalizada la intervención.	

Sesión 1: “Afrontando el problema”

Objetivo: Analizar la experiencia del sobreviviente de COVID-19 durante y después de la enfermedad, explicando los componentes de la intervención y enseñando al participante a completar correctamente el formato de autorregistro.

Materiales

- Tabla de monitorización de actividades y emociones
- Internet
- Plataforma zoom
- Computadora, tableta o celular
- Visor de archivos en formato PDF
- Manual de la sesión
- Presentación powerpoint
- Bloc de notas

Tarea

- Llenar la tabla de monitoreo de actividades y emociones durante una semana. (Anexo)
- Responder preguntas del bloc de notas

Descripción de la sesión 1

Introducción: Se saluda al cliente y se dará el encuadre de la sesión.

Actividad 1: Primero, se brinda una explicación integral sobre el contenido de las sesiones terapéuticas. Durante la primera sesión, se exponen los objetivos mediante una presentación en diapositivas y se establecen acuerdos que orientarán el trabajo a lo largo del proceso terapéutico. Se proporciona un manual que incluye actividades específicas diseñadas para respaldar al usuario en su viaje terapéutico. Además, se detallan los componentes empleados en la intervención para inducir cambios significativos en la vida del usuario.

El facilitador está disponible para abordar cualquier pregunta o inquietud que el usuario pueda tener respecto al proceso.

Actividad 2: La sesión se complementa con una presentación en PowerPoint que explora la relación entre el COVID-19 y los posibles problemas psicológicos en los sobrevivientes de la enfermedad, con información adicional disponible en el manual. El propósito es que el paciente comprenda cómo su experiencia de enfermedad grave por COVID-19 podría haber afectado su salud mental, resolviendo así posibles dudas relacionadas con su bienestar psicológico. Se destaca la importancia de completar la intervención para mejorar su salud mental y calidad de vida.

Cierre: Finalmente, se instruye al usuario en la realización de una tabla de monitoreo de actividades y emociones que utilizará a lo largo de la semana, con el objetivo de analizarla en la próxima sesión.

Sesión 2 “Mirando de adentro hacia afuera”

Objetivo: Explicar la relación entre pensamiento, emoción y conducta mediante el formato de Análisis Conductual, y aplicar la relajación muscular progresiva de Jacobson para identificar el impacto del estrés en el cuerpo.

Materiales

- Internet
- Plataforma zoom
- Computadora, tableta o celular
- Visor de archivos en formato PDF
- Formulario 8.1 autorregistro de preocupaciones
- Formulario de cambio de vida de la AC
- Manual de la sesión
- Link del video de relajación muscular progresiva de Jacobson
- Bloc de notas

Tarea

- Practicar la relajación muscular progresiva de Jacobson en casa mínimo dos veces a la semana o cuando sienta estrés elevado guiándose en el video proporcionado en el manual.
- Responder preguntas del bloc de notas

Descripción de la sesión 2:

Introducción: Se saluda al cliente y se dará el encuadre de la sesión.

Actividad 1: La sesión comienza con una presentación en diapositivas destinada a mostrar las relaciones funcionales identificadas en el mapa clínico de patogénesis y cómo estas se relacionan con el problema que está afectando la vida diaria del paciente. A partir de este mapa

clínico, se presenta un mapa de alcance de metas, donde se establecen los objetivos que se pretenden alcanzar a través de la intervención.

A continuación, se lleva a cabo la "**Actividad 2**" con el propósito de identificar la relación entre pensamientos, emociones y conductas, y cómo estas influyen el estado físico del individuo. En ocasiones, los clientes no son conscientes de los factores biológicos que pueden desempeñar un papel en su bienestar. En el modelo de depresión adoptado por la AC (Activación Conductual), se resalta que tanto los factores biológicos como los ambientales y emocionales son fundamentales para comprender los eventos vitales y su impacto en la experiencia tanto externa como interna. En esta sección, se analiza el efecto de estos eventos, centrándose en cómo pueden restringir el acceso a recompensas o aumentar el estrés con el tiempo.

Posteriormente, se continúa explorando la relación entre mente y cuerpo mediante la "**Actividad 3**". Se aplica la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson para demostrar cómo el estrés influye en la respuesta física del cuerpo. Para garantizar una comprensión clara, se ofrecen instrucciones breves mediante diapositivas y se presenta un video de demostración. Finalmente, se realiza una práctica en colaboración con el terapeuta.

Cierre: Por último, se da la oportunidad al cliente para plantear preguntas o inquietudes, y se brinda retroalimentación.

Sesión 3 “Pienso un poco y luego me relajo”

Objetivo: Identificar las preocupaciones actuales relacionadas con el COVID-19, enseñar el uso del autorregistro e introducir el mindfulness mediante una técnica breve para mejorar la calidad de vida.

Materiales

- Internet
- Plataforma zoom

- Computadora, tableta o celular
- Visor de archivos en formato PDF
- Formato de autorregistro de preocupaciones.
- Bloc de notas
- Manual de la sesión
- Diapositivas power point
- link del video de mind o headspace en netflix

Tarea

- Llenar el formulario 8.1 autorregistro de preocupaciones
- Ver video de mindfulness o headspace en netflix y practicarlo en casa.
- Llenar el bloc de notas del manual.

Descripción de la sesión 3:

Introducción: Se saluda al cliente y se dará el encuadre de la sesión.

Actividad 1: Al inicio de la sesión, se realizarán breves preguntas acerca de la práctica en casa de la relajación muscular progresiva de Jacobson. Se preguntará sobre la experiencia durante la práctica, si se presentaron dificultades, si hubo conexión con sensaciones y emociones, y si se logró experimentar un momento de relajación.

Actividad 2: Se procederá a explicar, a través de diapositivas de PowerPoint, cómo las preocupaciones impactan nuestros pensamientos, acciones y el cuerpo. Una vez que el cliente comprenda la influencia de abordar las preocupaciones, se empleará la técnica de identificación de preocupaciones.

Esto implica completar, conjuntamente, un formato de autorregistro de preocupaciones.

Actividad 3: El objetivo es que el cliente identifique las preocupaciones más relevantes,

recurrentes y constantes tras haber padecido COVID-19, así como los estímulos que las desencadenan. Después de abordar estas preocupaciones, se pedirá al cliente la tarea de identificar otras inquietudes que puedan surgir y que quizás no identificó inicialmente.

Actividad 4: A continuación, se introducirá el tema del mindfulness a través de diapositivas, resaltando la evidencia y la importancia de practicarlo en la vida diaria. Se aplicará la técnica mindfulness eating, que consiste en elegir una fruta que guste al cliente para tomar conciencia de sabores, texturas y pensamientos mientras la consume.

Actividad 5: Finalmente, se solicitará al cliente que complete el 'Formulario 8.1' proporcionando ejemplos de las preocupaciones que puedan surgir durante la semana siguiente. Este registro permitirá revisar el perfil de preocupaciones, identificar los factores desencadenantes, los resultados y cómo estas preocupaciones pueden disiparse por sí solas. El terapeuta podrá identificar ejemplos tratados en sesiones previas para un seguimiento adecuado.

Cierre: Se hacen las preguntas de cierre, ¿Que te llevas de la sesión?, ¿cómo vas aplicar esto en tu vida diaria? Y se abordan dudas si existieran.

Sesión 4 “Solo fue un mal día, no una mala vida”

Objetivo: Analizar las contingencias que mantienen pensamientos y conductas, diferenciar preocupaciones productivas e improductivas y promover soluciones, cerrando con reflexión y dudas.

Materiales

- Internet
- Plataforma zoom
- Computadora, tableta o celular

- Visor de archivos en formato PDF
- Formulario 8.13 productivas y improductivas
- Manual de la sesión
- Calendario de adviento
- Bloc de notas
- Diapositivas power point

Tarea

- Seguir completando el Formulario 8.13 productivas y improductivas
- Contesta el bloc de notas del manual.
- Realizar una práctica del calendario de adviento del Mindfulness

Descripción de la sesión 4:

Introducción: Se saluda al cliente y se dará el encuadre de la sesión.

Actividad 1: En la sesión pasada se identificaron estas preocupaciones, ahora en esta sesión se trabajarán con las que se han identificado relacionadas a su experiencia de haber padecido COVID-19 por lo que la sesión 4 tiene como objetivo lograr que el cliente aprendan a diferenciar las preocupaciones productivas de las improductivas, transformándolas luego en soluciones, en vez de intentar eliminarlas. Se presentará en una diapositiva una breve explicación sobre cómo diferenciar entre preocupaciones productivas e improductivas seguidos del siguiente ejemplo:

Actividad 2: El terapeuta puede explicar esta técnica con el siguiente ejemplo: “Imaginemos que debe recorrer 700 millas en auto. Sus preocupaciones productivas iniciales podrían ser: ¿Tengo suficiente gasolina? ¿Controlé el aceite y el líquido refrigerante? ¿Conozco la ruta? ¿Calculé bien la duración del viaje? Estas son preocupaciones productivas, dado que son sensatas y prudentes, están enfocadas en eventos o problemas cuya probabilidad de ocurrir es

razonable y relevante para el viaje y que, de no controlarse, podrían causarle un problema y, más importante aún, obligarlo a resolverlo. En cambio, supongamos que su hilo de pensamientos siguiera esta secuencia: ‘¿Qué pasaría si tuviera un infarto mientras estoy manejando? ¿Y si reventara un neumático en la autopista? ¿Y si me secuestraran? ¿Y qué sucedería si me ausentara durante el día y mi mujer se escapará con otro?’ Cada una de estas preocupaciones, formuladas en términos catastróficos, describe situaciones posibles pero muy improbables, sobre las cuales tiene poco control.

Se pueden emplear para la sesión las siguientes preguntas como apoyo para el terapeuta:

- ¿Cuál es mi predicción?
- ¿Es muy baja la probabilidad de materialización de esta preocupación?
- ¿Cuál es el problema que debo resolver?
- ¿Qué acciones específicas puedo emprender?
- ¿Puedo hacer una “lista de tareas” para el día de hoy?
- ¿Qué puedo hacer para prepararme?
- ¿Son sensatas estas acciones?
- ¿Me estoy preocupando por cosas sobre las cuales tengo muy poco control o ninguno?
- ¿Es esta preocupación productiva o improductiva?

Actividad 3: Por último, los pacientes deben monitorear sus preocupaciones y determinar si son productivas o improductivas. Para ello, de tarea se les entrega un formulario más detallado (Formulario 8.13) en el que emplearán las mismas preguntas que se usaron en la sesión y que se encuentran en el manual de la sesión 4.

Como **Actividad 4**, se emplea la técnica de autocompasión, la cual implica tratarse a uno mismo de la misma manera en la que tratarías a un amigo que está atravesando un momento difícil. La evidencia respalda que la autocompasión se relaciona con una buena salud mental.

Se iniciará con una breve introducción sobre el propósito de esta técnica y por qué la vamos a utilizar. Posteriormente, se llevará a cabo un ejercicio práctico, guiado por el terapeuta mediante el siguiente guión:

Guión Compasión a uno mismo

Te invito a pensar en una situación en tu vida que sea difícil, que le esté causando estrés o incomodidad, ya sea en alguna de tus relaciones o en el trabajo, no pienses en algo que sea abrumador o muy fuerte, pero tampoco algo que sea muy trivial, busca u problema real presente en este momento de tu vida, si vienen varios a tu mente elige alguno con el que puedas trabajar en este momento.

Recuerde la situación y ve si realmente puede sentir el estrés y las emociones, asegúrate que no sea algo abrumador si sientes que las emociones te sobrepasan, elige mejor otra situación para este momento

Ahora, dite a ti mismo:

1. Este es un momento de sufrimiento, lo que estas viviendo en este momento, este problema, esta dificultad, es un momento de sufrimiento, lo que estamos haciendo con esto es traer mindfulness, traer conciencia a nuestro dolor, trata de encontrar alguna forma de expresar una forma de expresar este dolor, una forma que funcione para ti en este momento, alguna frase como “esto en serio duele” o “esta situación me hace sentir abrumada” o algo simple como “ouch”, encuentra en tu propio lenguaje algo que en realidad valide el dolor que estas experimentando en esta situación.

2-Ahora vamos a trabajar con la segunda frase que es que “ las dificultades y el sufrimiento son parte de la vida en otras palabras es humano experimentar cosas como esta, recordemos y conectemos de nuevo con nuestra humanidad y de nuevo ve si puedes encontrar el lenguaje que funcione para ti en este momento puede ser algo como “es normal sentirse como me siento

cuando estas cosas pasan” o “no estoy solo hay muchas personas experimentando cosas como esta” cualquier frase que te sirva para expresar que esto es una experiencia humana y que es normal, tal vez no está bien pero es normal no estás solo, sola y finalmente vamos a traer un poco de compasión

3- Para esto vamos a tratar de poner las manos sobre el corazón, pon tus manos sobre el corazón y ve si puedes dejar que tus manos expresen consuelo y amabilidad hacia esta dificultad o problema que estas experimentando y realmente tócate de una manera que sea significativa, expresando tu propio amor y después busca un lenguaje de compasión que funcione para ti puede ser algo como “lamento que esto sea tan difícil estoy aquí para ti” o “sé que estás haciendo lo mejor que puedes” o tal vez si es relevante, “me acepto a mí mismo con todos mis defectos”, ve si puedes encontrar las palabras para expresar tu propia compasión

Cierre: Al final se le pide reflexionar lo que ha aprendido en la sesión y retroalimentación y dudas sobre las actividades y recordar llenar el bloc de notas de cada sesión.

Sesión 5 “No eres lo que piensas sino lo que haces”

Objetivo: Generar alternativas de solución a las preocupaciones vinculadas a secuelas del COVID-19 y flexibilizar pensamientos, finalizando con reflexión y retroalimentación.

Materiales

- Internet
- Plataforma zoom
- Computadora, tableta o celular
- Visor de archivos en formato PDF
- Formulario 9.3 “Lo que aún puedo hacer”
- Manual de la sesión

- Bloc de notas del manual
- Diapositivas power point
- calendario de adviento

Tarea

- Llenar el Formulario 9.3 “Lo que aún puedo hacer”
- Responder el Bloc de notas del manual
- Realizar una práctica del calendario de adviento del Mindfulness

Descripción de la sesión 5:

Introducción: Se saluda al cliente y se dará el encuadre de la sesión.

Actividad 1: En la sesión anterior, se abordaron las preocupaciones productivas e improductivas, así como la exploración de posibles soluciones.

A menudo, las personas tienden a sobredimensionar los eventos negativos, considerando cualquier pérdida, como por ejemplo, una relación, un empleo o una oportunidad, tal como experimentar un caso grave de COVID-19, como una experiencia devastadora. Esto las lleva a enfocarse únicamente en lo que ya no está presente, en lo que han perdido, impidiéndoles ver las múltiples fuentes de recompensa que aún tienen a su disposición.

Actividad 2: En esta sesión, nos centraremos en la búsqueda y ejecución de soluciones para estas preocupaciones a lo largo de la semana y durante el resto de la intervención. Utilizando la técnica 'lo que aún puedo hacer', el facilitador guiará al usuario con una serie de preguntas destinadas a llevar a cabo esta técnica, apoyándose además en diapositivas que faciliten el proceso:

¿Qué puedo hacer aún a pesar de lo que sucedió (la pérdida)?

¿Qué es lo que no puede seguir haciendo como resultado de esta pérdida? ¿Podría retomar alguna de estas actividades en el futuro? ¿Con otra persona? ¿Bajo qué circunstancias podría hacerlo?

¿Qué debe hacer para buscar estas alternativas?

¿Alguna le parece factible?

Actividad 3: Como tarea, se solicita al cliente completar el Formulario 9.3 'Lo que aún puedo hacer', detallando todas las actividades que podría llevar a cabo en un futuro próximo. Asimismo, se les pide elaborar una lista de aquellas cosas que ya no podrán realizar debido a la situación que están atravesando.

Cierre: Al término de la sesión, se solicita al usuario reflexionar sobre lo aprendido durante la sesión. Se brindará retroalimentación y se aclararán dudas relacionadas con las actividades abordadas y la tarea asignada.

Sesión 6 “Se bondadoso con tu cuerpo”

Objetivo: Fomentar la conciencia corporal sobre la recuperación del COVID-19, entrenar habilidades de autocuidado, identificar factores protectores y reconocer obstáculos para la activación.

Materiales

- Internet
- Plataforma zoom
- Computadora, tableta o celular
- Visor de archivos en formato PDF
- Formato de actividades placer/dominio
- Cuestionario agradece a tu cuerpo
- Manual de la sesión

- Calendario de adviento
- Bloc de notas del manual
- Diapositivas power point
- Cuestionario de valores de vida

Tarea

- Llenar tabla de actividades placer/dominio durante la semana
- Llenar el bloc de notas
- Realizar una práctica del calendario de adviento del Mindfulness

Descripción de la sesión 6:

Introducción: Se saluda al cliente y se dará el encuadre de la sesión.

Actividad 1: Al inicio de la sesión, se revisa el Formulario 9.3 'Lo que aún puedo hacer', preguntando al cliente si logró identificar posibles soluciones a sus preocupaciones y si practicó algunas de estas soluciones durante la semana. En caso de no haber problema, se procede con la siguiente actividad. Si surgiera alguna duda, el terapeuta la abordará durante 15 minutos.

Actividad 2: Posteriormente, se proporciona una breve introducción acerca de la resistencia del cuerpo ante la enfermedad de COVID-19. **Actividad 3:** Para esta actividad, el terapeuta utilizará la técnica de “Escaneo corporal”, comenzando con el formato “Agradece a tu cuerpo” para ofrecer una idea de la práctica siguiente. Esta actividad tiene como objetivo hacer que el cliente tome conciencia de cómo su cuerpo fue capaz de ayudarlo a sobrevivir al COVID-19.

A través de la práctica del escaneo corporal, se enfoca la atención en las sensaciones corporales vividas. Este ejercicio permite al cliente identificar las necesidades de su organismo, así como las sensaciones corporales, emociones y pensamientos que surgen al prestar atención al cuerpo. El escaneo corporal implica dirigir sistemáticamente la atención a diferentes partes del cuerpo, comenzando por el pie izquierdo y finalizando en la cabeza. Durante este proceso, se toma

conciencia de una variedad de sensaciones (tensión, relajación, ligereza, cosquilleo) o incluso de la ausencia de sensación. Se mantiene en todo momento una actitud de aceptación, sin crítica, hacia todo lo que surja en la conciencia.

Para esta práctica se emplea el siguiente guión:

“Empieza dedicando un momento a sentir tu cuerpo a nivel general, notando cualquier sensación que haya, así como pensamientos y emociones. Después, céntrate en tu respiración, en el aire entrando y saliendo por la nariz o el movimiento de tu abdomen. Cada vez que algún pensamiento o cualquier otra cosa desvíen tu atención, vuelve a centrar sin más en tu respiración, sin juzgar ni analizar.

Luego céntrate en las distintas áreas de tu cuerpo, comenzando por un pie y avanzando hasta llegar a la cabeza. Notarás que algunas zonas de tu cuerpo están tensas o doloridas. Si puedes hacer que se relajen, hazlo; si no, deja que esa sensación siga ahí y continúe el escaneo. Observa el dolor, dónde está, cómo es, si lleva alguna emoción acompañándolo, cuál es su intensidad. Si notas ansiedad o miedo o cualquier otra emoción negativa, intenta calmarte; si no lo logras, deja que esa emoción siga ahí el tiempo que sea necesario y continúa con el escaneo corporal.

Al comenzar con uno de tus pies, presta atención a la parte que está en contacto con el sofá, cama o suelo y sé consciente de lo que sientes. Luego siente las distintas partes del pie: la planta, los dedos, la parte superior... Sigue subiendo poco a poco por tu pierna, sintiendo cada parte, centrando plenamente tu atención en ella. Luego empieza con el otro pie y pierna correspondiente. Sigue así, recorriendo todo tu cuerpo hacia arriba, siendo consciente de cualquier sensación tanto en tu piel como en los órganos internos o en cualquier otra parte, así como las emociones o pensamientos que puedan surgir (recuerda: los notas y los dejas ir sin juzgar ni analizar ni iniciar charlas mentales). Recorre cada parte de tu cuerpo. Al llegar

a tu cabeza, nota todos sus componentes: dientes, orejas, lengua, garganta, labios, etc. Es decir, haz un recorrido minucioso por todo tu cuerpo, sin dejarte ni un solo rincón sin explorar, sintiéndolo todo.

Cuando termines, centra tu atención de nuevo en todo tu cuerpo a nivel general, siendo consciente de todas las sensaciones, pensamientos y emociones. Respira hondo y nota como esa respiración afecta a todo tu cuerpo, haciendo que se expanda y se contraiga. Siente el cuerpo como un todo.

Para terminar, felicítate por haber hecho esta práctica. También puedes hacer alguna anotación de la información interesante que te haya podido aportar tu cuerpo.”

Al terminar la práctica se pueden utilizar las siguientes preguntas para fomentar la retroalimentación: ¿Cómo te sentiste durante el ejercicio?, ¿Te fue sencillo conectar con las sensaciones en cada parte de tu cuerpo? ¿Qué parte fue la más sencilla?, ¿Qué parte te tomó más trabajo? ¿Percibiste en ti alguna de las 9 actitudes?, ya que respondió las pregunta si no tiene alguna duda se pasa con la siguiente actividad.

Actividad 4: Después con el empleo de diapositivas se le mostrarán en diapositivas powerpoint una presentación para hablar e introducir al tema de calidad de vida, habilidades de autocuidado y estilo de vida que le ayudarán a promover su bienestar físico y psicológico. Encontrará información más detallada que puede consultar en el manual de la sesión cuando lo desee. En base a esta actividad se emplea el moldeamiento mediante ejemplos e imágenes y videos mostrados en la sesión para que le quede claro al paciente como poder llevarlo a cabo y que se puede hacer para promover una buena calidad de vida.

Actividad 5: Para concluir se identificarán aquellos procesos que dificultan la activación y se le pedirá al cliente como tarea llenar el formato de actividades placer/dominio para conocer las actividades que le gustan y conocer si los hace con alguna persona y que tanto influye esta

persona en su día a día ya sea como gratificante o estresor. El último paso consiste en identificar los factores protectores del cliente. Este proceso tiene como objetivo conocer estos factores protectores para el paciente y ayuda a identificar los reforzadores positivos que se utilizarán para complementar los objetivos de la intervención.

Cierre: Se abordan dudas y retroalimentación por parte del cliente y terapeuta.

Sesión 7 “Mente positiva, vida positiva”

Objetivo: Fortalecer hábitos de autocuidado, educar sobre comportamientos de riesgo post-COVID e iniciar exposición gradual a los miedos mediante jerarquización.

Materiales

- Internet
- Plataforma zoom
- Computadora, tableta o celular
- Visor de archivos en formato PDF
- Formato de actividades placer/dominio
- Videos de calidad de vida
- Manual de la sesión
- Bloc de notas del manual
- Diapositivas power point
- Calendario de adviento

Tarea

- Solicitará ver algunos videos relacionados con la calidad de vida.
- Realizar una práctica del calendario de adviento del Mindfulness
- Llenar el formato “agradece a tu cuerpo”
- Llenar el bloc de notas del manual

Descripción de la sesión 7:

Introducción: Se saluda al cliente y se dará el encuadre de la sesión.

Actividad 1: Continuamos con el entrenamiento enfocado en las habilidades de autocuidado y en la promoción de un estilo de vida saludable que impacte positivamente en la calidad de vida. Durante la sesión, se proporciona psicoeducación a través de diapositivas y utilizando el manual, abordando las recomendaciones de la OMS, OPS y el gobierno de México para fomentar la calidad de vida, con el objetivo de que identifiquen acciones saludables que puedan llevar a cabo.

Actividad 2: Se llevarán a cabo ejercicios prácticos utilizando la técnica de moldeamiento, respaldados por ejemplos ilustrativos disponibles en el manual. Además, se ofrecerá psicoeducación sobre los comportamientos de riesgo relacionados con la salud, para que los participantes puedan identificar los riesgos presentes en su vida, mediante el uso de diapositivas que también contienen posibles escenarios de recaídas y ejemplos del manual.

Actividad 3: Tiene como objetivo jerarquizar los miedos más intensos que se fueron identificando a lo largo de las sesiones previas, para comenzar a exponerse en la semana a distintos estímulos que le generan malestar relacionados a la experiencia de COVID-19, comenzando con el menor hasta llegar al mayor.

Cierre: Se le pedirá retroalimentación por su parte, ¿Que aprendiste hoy?, ¿Cómo vas a emplear en la semana?

Sesión 8 “¿Qué es lo que me llevo?”

Objetivo: Revisar estrategias útiles, anticipar situaciones de riesgo para recaídas y realizar el cierre de la intervención.

Materiales

- Internet
- Plataforma zoom
- Computadora, tableta o celular
- Visor de archivos en formato PDF
- Formulario 9.3 “Lo que aún puedo hacer”
- Manual de la sesión
- Bloc de notas del manual
- Diapositivas power point

Tarea

- Llenar el bloc de notas
- Llenar el formato ejercicios de compromiso de acción
- Contestar la batería de instrumentos

Descripción de la sesión 8:

Introducción: Se saluda al cliente y se dará el encuadre de la sesión.

Actividad 1: Revisaremos lo que ha sido útil hasta el momento y se continuará identificando situaciones de alto riesgo que podrían incrementar la vulnerabilidad ante recaídas empleando las estrategias de afrontamiento mostradas en diapositivas y en el manual de la sesión.

Actividad 2: Además, se solicitará completar la última sección del bloc de notas, centrada en la experiencia personal durante las sesiones, los sentimientos a lo largo del proceso, los aspectos agradables y las áreas que podrían mejorarse en las sesiones.

Actividad 3: Se formula un plan de recaídas, que puede hacer si llega actuar de manera no efectiva. (El cliente lo elabora en sesión y el terapeuta solo observa y retroalimenta), con la finalidad de identificar los aprendizajes que se aprendieron.

Actividad 3: Posteriormente, se presentará una gráfica que ilustra el progreso desde el inicio hasta el final de la intervención, con el fin de visualizar los cambios como un reforzador positivo.

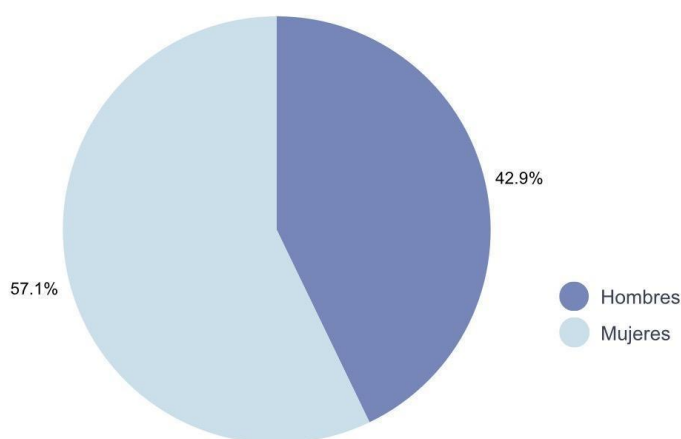
Cierre: Finalmente, se realizará una nueva aplicación de la batería de pruebas como cierre de la terapia.

FASE III: ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LA VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

En la validación de la intervención Terciaria Cognitivo-Conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo participaron 7 Jueces expertos, de los cuales la mayoría fueron mujeres (Ver figura 8).

Figura 8

Porcentaje de jueces por sexo



En cuanto al grado académico de los participantes, se identificó que la mayoría contó con estudios de doctorado. En una proporción menor, el siguiente nivel de estudios predominante fue la maestría (Véase tabla 12).

Tabla 12

Porcentajes de participantes por su grado académico

Grado académico	Porcentaje
Maestría	43 %
Doctorado	57 %

Con un 86% de los participantes, se mostró que la mayoría de los Jueces Expertos tuvieron como mínimo 6 años de experiencia en el campo de la práctica clínica en el desarrollo de intervenciones cognitivo-conductuales (Ver tabla 13).

Tabla 13*Porcentajes de participantes por años de experiencia en la práctica*

Años de experiencia clínica	Porcentaje
4 a 6 años	14 %
6 a 9 años	43 %
Más de 10 años	43 %

En cuanto a la validación del esquema de la intervención, este se estructuró en tres secciones: la primera correspondió a los objetivos, la segunda a los procedimientos y técnicas empleados y, finalmente, la tercera a los resultados esperados.

En esta primera parte la mayoría de los Jueces estuvieron *Totalmente de acuerdo o De acuerdo* con que el objetivo general de la intervención fue claro (Ver tabla 14).

Tabla 14*Porcentaje de aceptación del objetivo general por los Jueces Expertos*

Respuesta de los jueces	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	57 %
De acuerdo	29 %
Resto	14 %

En relación con la pregunta sobre si la intervención se encuentra adecuadamente fundamentada en el modelo cognitivo-conductual, el 71% de los participantes se manifestó “totalmente de acuerdo” (Ver tabla 15).

Tabla 15*Porcentaje de aceptación del modelo teórico empleado en la intervención.*

Respuesta de los jueces	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71 %
De acuerdo	15 %
Resto	14 %

Al consultar a los jueces sobre la pertinencia de los temas seleccionados para la intervención, en función de que cada sesión contribuya al logro del objetivo que se propuso, el 71 % manifestó estar “totalmente de acuerdo” (ver Tabla 16).

Tabla 16

Porcentajes de aceptación de los temas para trabajar en cada sesión

Respuesta de los jueces	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71 %
De acuerdo	29 %

Asimismo, se consultó a los jueces sobre la adecuación de la secuencia de las sesiones de la intervención, y la totalidad de las respuestas coincidió en que la secuencia fue adecuada (ver tabla 17).

Tabla 17

Porcentajes de aceptación de la secuencia de sesiones.

Respuesta de los jueces	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71 %
De acuerdo	29 %

Finalmente, en la última parte de esta sección de la validación, se les preguntó a los Jueces si consideraban que el número de sesiones era apropiado para el logro del objetivo de la intervención. La mayoría de los participantes afirmó estar Totalmente de acuerdo (Ver tabla 18).

Tabla 18

Porcentaje de aceptación del número de sesiones establecido.

Respuesta de los jueces	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	58 %
De acuerdo	28 %
Resto	14 %

En la segunda sección, referente a los procedimientos y técnicas a emplear en la intervención terciaria cognitivo-conductual para promover la calidad de vida de sobrevivientes de COVID-19 severo, se consultó a los jueces sobre la pertinencia de las técnicas seleccionadas en relación con los objetivos establecidos. El 71% manifestó estar “totalmente de acuerdo” (ver Tabla 19).

Tabla 19
Porcentaje de aceptación de las técnicas seleccionadas.

Respuesta de los jueces	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71 %
De acuerdo	15 %
Resto	14 %

Posteriormente, se les preguntó a los Jueces si las actividades fueron adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades asociadas con el aumento de la calidad de vida, y reducción del malestar psicológico donde el 71% de los Jueces estuvo *Totalmente de acuerdo* (Ver tabla 20).

Tabla 20
Porcentajes de aceptación de las actividades en la intervención

Respuesta de los jueces	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71 %
De acuerdo	15 %
Resto	14 %

También se les preguntó a los Jueces si consideraban adecuadas las tareas y registros, el 71 % de los participantes respondieron estar *Totalmente de acuerdo* (Ver tabla 21).

Tabla 21
Porcentajes de aceptación de las tareas y registros.

Respuesta de los jueces	Porcentaje
--------------------------------	-------------------

Totalmente de acuerdo	58 %
De acuerdo	28 %
Resto	14 %

Para finalizar la validación por jueces expertos, se les consultó acerca de los resultados esperados. En primer lugar, si estos se encontraban vinculados con los objetivos del tratamiento, el 58 % manifestó estar “totalmente de acuerdo” (Ver tabla 22).

Tabla 22

Porcentaje de aceptación de la relación entre los objetivos y los resultados esperados.

Respuesta de los jueces	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	58 %
De acuerdo	28 %
Resto	14 %

Y por otro lado, se les cuestionó si con base en su experiencia, consideraban que la propuesta de intervención era beneficiosa para los participantes, a lo cual el 71 % dijo estar *Totalmente de acuerdo* (Ver tabla 23).

Tabla 23

Porcentaje de aceptación de los beneficios de la propuesta

Respuesta de los jueces	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71 %
De acuerdo	29 %

MÉTODO FASE IV: APLICACIÓN DEL PILOTAJE

Pregunta de investigación

- ¿Cuáles son los efectos preliminares en la calidad de vida y en los síntomas emocionales derivados del pilotaje de una intervención Cognitivo-Conductual terciaria en un paciente sobreviviente de COVID-severo?

Objetivo general

- Evaluar los efectos preliminares del pilotaje de una intervención Cognitivo-Conductual de tipo terciario en la calidad de vida relacionada con la salud y los síntomas emocionales de un paciente sobreviviente de COVID-severo.

Objetivos específicos

- Implementar un pilotaje de cuatro sesiones de la intervención Cognitivo-Conductual terciaria en un paciente sobreviviente de COVID-severo.
- Comparar los puntajes obtenidos antes y después de la intervención en las variables de calidad de vida, ansiedad, depresión y estrés postraumático.
- Identificar variaciones preliminares en síntomas emocionales (ansiedad, depresión y estrés postraumático).
- Analizar los cambios clínicamente observables en la conducta y estado emocional del paciente durante el proceso.

Tipo de estudio

- Cuantitativo, de alcance exploratorio y aplicado con pilotaje de intervención

Tipo de diseño

- Cuasi-experimental de caso único N= 1 tipo AB

Variables

En la tabla 24 se observa la operación conceptual y operacional de las variables de la fase III.

Tabla 24

Variable independiente

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional
Pilotaje de intervención cognitivo-conductual terciaria	El pilotaje de una intervención cognitivo-conductual terciaria es la aplicación preliminar y a pequeña escala de un programa terapéutico basado en TCC, con el propósito de evaluar su factibilidad, pertinencia clínica y posibles efectos iniciales antes de su implementación completa (In et al., 2017).	Consiste en la implementación de cuatro sesiones de la intervención cognitivo-conductual terciaria a un sobreviviente de COVID-19 severo, evaluando su ejecución mediante adherencia a las sesiones, cumplimiento del protocolo y cambios preliminares en calidad de vida y síntomas emocionales pre y post intervención (Winger et al., 2022).

Tabla 25

Variables dependientes

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional
Calidad de vida	Propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente, dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno. La calidad de vida relacionada con la salud permite estudiar y evaluar el estado de salud como un predictor de calidad de vida personal (Sánchez-Aragón, García-Meraz, & Martínez-Trujillo, 2017)	Cuestionario de salud (SF-36) Evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de 8 escalas de salud. Estas escalas de salud son: a) función física b) rol físico c) dolor corporal d) salud general, e) vitalidad, f) función social, g) rol emocional y, h) salud mental. Incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. Instrumento

		autoaplicado que contiene 36 preguntas con variantes de respuesta tipo likert, dicotómicas (Sánchez-Aragón, García-Meraz & Martínez-Trujillo, 2017).
Depresión	De acuerdo con Beck (1967) la depresión se caracteriza por tristeza, apatía, concepto negativo de sí mismo, autoreproches, culpa, conductas de evitación, síntomas somáticos y cambios en el nivel de actividad física. Los síntomas se originan a partir de esquemas cognitivos desadaptados sobre sí mismo, el mundo y el futuro, los cuales son rígidos y absolutistas.	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) Desarrollado por Aaron Beck se trata de un autoinforme que consta de 21 reactivos que miden síntomas de depresión en adolescentes de 13 años en adelante y adultos, cada reactivo tiene 4 opciones de respuesta descriptivas a mayor puntuación, mayor gravedad de la sintomatología y se evalúan durante las últimas dos semanas. La puntuación mínima es de 0 y la máxima de 63 (Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán & Freire, 2015).
Ansiedad	El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente real o percibida, la ansiedad es una anticipación de una amenaza futura. Los Trastornos de ansiedad difieren entre sí en los tipos de objetos o situaciones que inducen miedo o ansiedad y la ideación cognitiva asociada por lo que pueden clasificarse (González-Rivera. Rosario-Rodríguez & Cruz-Santos, 2020)	Escala de ansiedad por Coronavirus (CAS) Creado por Sherman A. Lee (2020). La escala de 5 ítems evalúa los siguientes síntomas como resultado de pensar o estar expuesto a información sobre el coronavirus: Mareos, alteraciones del sueño, inmovilidad tónica, pérdida del apetito, náuseas o problemas estomacales. Cada ítem se califica en una una escala de 5 puntos para reflejar la frecuencia del síntoma que varía de 0 (en absoluto) a 4 (casi todos los días) durante las últimas dos semanas. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 20, donde a mayor puntuación, mayor ansiedad por coronavirus (González-Rivera. Rosario-Rodríguez & Cruz-Santos, 2020).
Estrés postraumático	Sintomatología específica que se desarrolla después de la exposición a algún acontecimiento traumático, principalmente exposición a la muerte , lesiones graves o	Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático (PCL-5) Escala autoaplicada compuesta por 17 reactivos con una escala tipo likert de 0 a 4 pt los cuales identifican la sintomatología de

violencia sexual (Durón-Figueroa, Cárdenas-López, Castro-Calvo, De la Rosa-Gómez, 2019).	TEPT descrita en el DSM-V específicamente los criterios B, C, D y E Permite evaluar el grado de malestar percibido en el último mes por medio de una escala que va de 1 (no en absoluto) a 5 (extremadamente) (Durón-Figueroa, Cárdenas-López, Castro-Calvo, De la Rosa-Gómez, 2019).
--	---

Hipótesis

H1: El pilotaje de la intervención generará cambios preliminares favorables en la calidad de vida y una disminución en los síntomas emocionales del participante.

H0: El pilotaje no generará cambios preliminares en la calidad de vida ni en los síntomas emocionales.

Participante

- Femenino de 48 años

Tipo de muestreo

No aleatorizado por conveniencia

Criterios de inclusión

- Tener firmado el consentimiento informado
- Ser mayor de 18 años
- Contestar en su totalidad los instrumentos empleados antes y después de la intervención
- Haber asistido en su totalidad al número de sesiones programadas para la intervención

Criterios de exclusión

- No contar con el consentimiento informado firmado

- Ser menor de 18 años
- Haber faltado a una sesión

Criterios de eliminación

- No haber contestado las pruebas completas antes o después de la intervención
- Contestar incorrectamente los instrumentos

Escenario

La intervención se hará de forma online.

Instrumentos

Cuestionario de Salud SF-36

Evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de 8 dominios de salud. Estos dominios de salud son: a) función física b) rol físico c) dolor corporal d) salud general, e) vitalidad, f) función social, g) rol emocional y, h) salud mental. Incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. Instrumento autoaplicado que contiene 36 preguntas con variantes de respuesta tipo likert, dicotómicas (Sánchez-Aragón, García-Meraz & Martínez-Trujillo, 2017).

Escala de ansiedad por Coronavirus (CAS)

Creado por Sherman A. Lee (2020). La escala de 5 ítems evalúa los siguientes síntomas como resultado de pensar o estar expuesto a información sobre el coronavirus: Mareos, alteraciones del sueño, inmovilidad tónica, pérdida del apetito, náuseas o problemas estomacales. Cada ítem se califica en una una escala de 5 puntos para reflejar la frecuencia del síntoma que varía de 0 (en absoluto) a 4 (casi todos los días) durante las últimas dos semanas. El puntaje más bajo que

se puede obtener es 0 y el más alto es 20, donde a mayor puntuación, mayor ansiedad por coronavirus (González-Rivera, Rosario-Rodríguez & Cruz-Santos, 2020).

Lista checable de Trastorno de estrés postraumático (PCL5)

Escala autoaplicada compuesta por 17 reactivos con una escala tipo likert de 0 a 4 pt los cuales identifican la sintomatología de TEPT descrita en el DSM-V específicamente los criterios B, C, D y E Permite evaluar el grado de malestar percibido en el último mes por medio de una escala que va de 1 (no en absoluto) a 5 (extremadamente) (Durón-Figueroa, Cárdenas-López, Castro-Calvo, De la Rosa-Gómez, 2019).

Cuestionario de Depresión de Beck (BDI-II)

Desarrollado por Aaron Beck se trata de un autoinforme que consta de 21 reactivos que miden síntomas de depresión en adolescentes de 13 años en adelante y adultos, cada reactivo tiene 4 opciones de respuesta descriptivas a mayor puntuación, mayor gravedad de la sintomatología y se evalúan durante las últimas dos semanas. La puntuación mínima es de 0 y la máxima de 63 (Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán & Freire, 2015).

Procedimiento

Se seleccionó el sujeto con mayores puntajes en la batería de pruebas aplicada del Pre, la cual se realizó mediante un formulario de Google forms en la fase II de diagnostico. Posteriormente se hizo contacto con ella, explicándole el motivo de la investigación y enviándole el consentimiento informado para que lo firmará si estaba de acuerdo y aceptaba participar. Los datos obtenidos se analizaron en el SPSS versión 25. Se procedió a aplicar la intervención de manera online mediante la aplicación de Googlemeet, conforme a las cartas descriptivas desarrolladas en el diseño de la intervención. Al finalizar las 4 sesiones aplicadas se llevó acabo la evolución Post, siguiendo el mismo procedimiento que se realizó en la evaluación Pre.

Finalmente se analizaron los datos obtenidos mediante el Split Middle Technique, para identificar si hubo diferencias antes y después de la intervención.

Análisis de datos propuesto

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS en su versión 25 y para el análisis de datos se emplea la técnica de partición de mitades por su nombre en inglés (SPLIT-MIDDLE TECHNIQUE), propia de los diseños de caso único (Kazdin, 1982 en Valencia, Flores, Sánchez- Sosa, 2006).

Implicaciones bioéticas

Según lo establecido en la ley general de salud en materia de investigación, en el artículo 17, el presente proyecto de investigación pertenece a la categoría de riesgo mínimo. Por otro lado, se debe guiar a su vez por las normas establecidas por el código ético del psicólogo y hacer entrega del consentimiento informado donde se explique a la usuaria el objetivo de la investigación y la importancia de su participación, así como la confidencialidad de los datos, ya que, serían utilizados con fines de investigación.

RESULTADOS DE LA FASE IV

Identificación del paciente

Femenina de 48 años, comerciante, nacida en Veracruz, actualmente radica en Pachuca de soto. Pertenece a los pacientes de la primera ola que estuvieron en la UCI, estuvo durante un mes en la UCI. Durante su estancia en la UCI estuvo intubada 20 días posteriormente estuvo en observaciones una semana y posterior le dieron el alta.

Resultados pre-post de los instrumentos

Los resultados obtenidos en el Cuestionario de Ansiedad por Coronavirus inicialmente en el pre-test el puntaje fue de 3 puntos. De acuerdo a los criterios de interpretación del instrumento, el puntaje se ubica por debajo del punto de corte establecido para ansiedad disfuncional lo que indica un nivel bajo de ansiedad por COVID-19, sin relevancia clínica. La medición posterior fue de 2 puntos, manteniéndose dentro de ansiedad baja por COVID-19 y sin significancia clínica después de la aplicación del pilotaje (Figura 9).

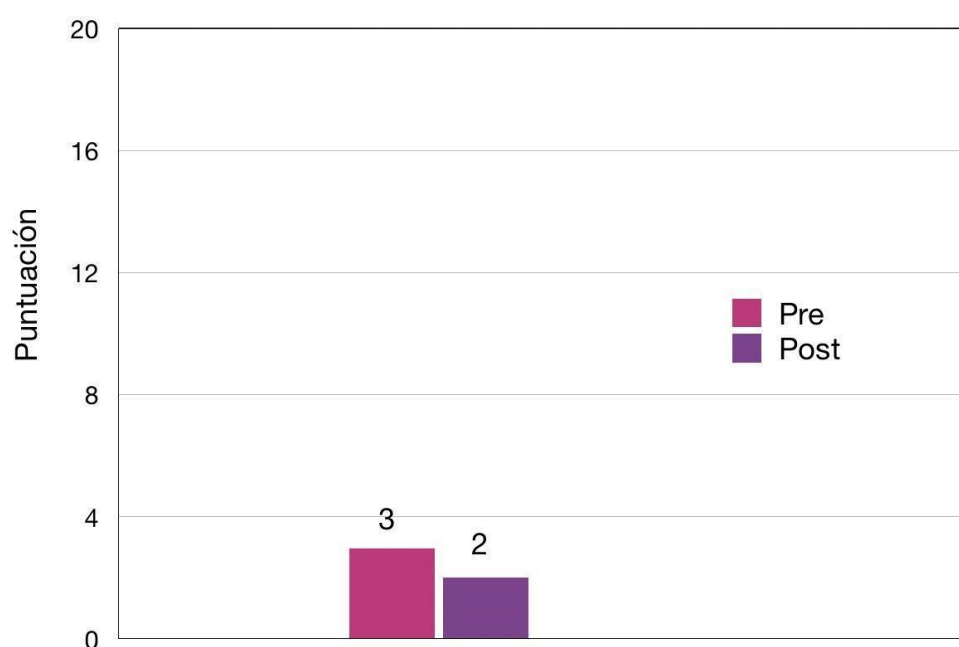


Figura 9. *Escala de Ansiedad por Coronavirus*

En cuanto a la Escala de Ansiedad Manifiesta en adultos, la participante presenta niveles bajos de ansiedad antes del pilotaje caracterizada principalmente por síntomas fisiológicos de ansiedad los cuales alcanzan relevancia clínica en la primera medición. Los niveles después de la aplicación del pilotaje marcan una disminución leve en las dimensiones de inquietud/hipersensibilidad, ansiedad fisiológica, se mantuvo la preocupación social y estrés. Finalmente es notorio la disminución leve tras la aplicación del pilotaje de una intervención de 4 sesiones (Figura 10).

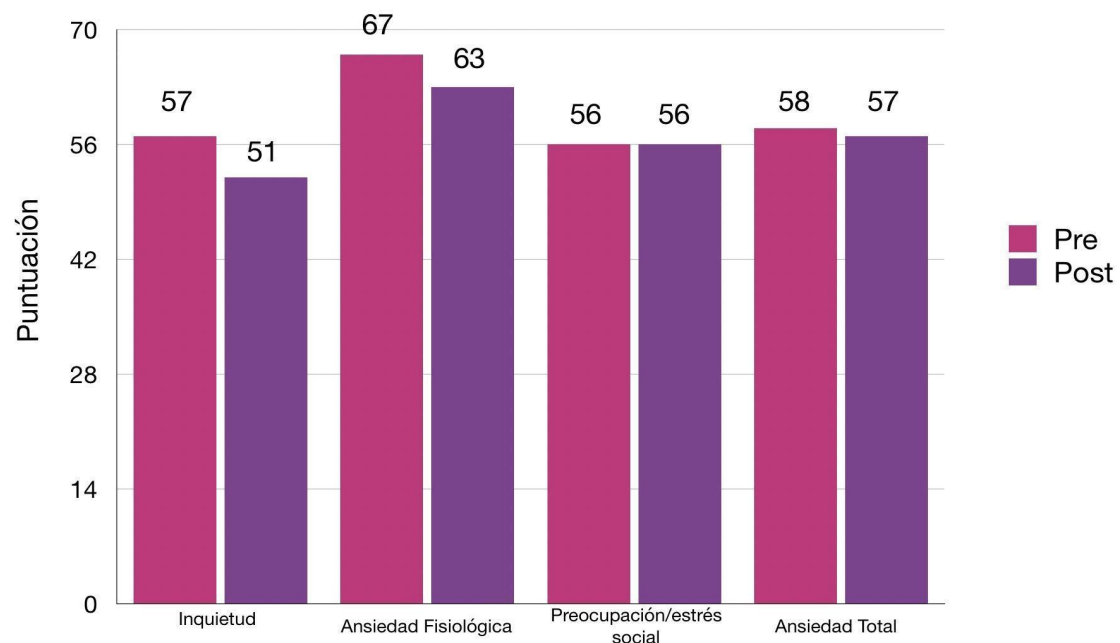


Figura 10. Resultados de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos

En cuanto a la Lista Checable para el TEPT (PCL-5), se evalúa la sintomatología de estrés postraumático de acuerdo con los criterios del DSM-5, a través de cuatro clústeres: reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, y activación/reactividad. La interpretación de los resultados se realiza considerando la puntuación total y el punto de corte clínico (≥ 33 puntos), así como la severidad de cada clúster sintomático.

Antes de la aplicación del pilotaje la participante obtuvo una puntuación total de 26 puntos, la cual no supera el punto de corte clínico, por lo que se clasifica como sintomatología subclínica de estrés postraumático. El perfil sintomático mostró niveles moderados en los clústeres de reexperimentación (8 puntos), evitación (4 puntos), y alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (9 puntos), mientras que el clúster de activación/reactividad (5 puntos) se ubicó en un nivel bajo-moderado. Este patrón sugiere la presencia de síntomas de estrés postraumático. Posterior a la aplicación del pilotaje de intervención de 4 sesiones, el puntaje total obtenido fue de 22 puntos, manteniéndose por debajo del punto de corte establecido, lo que corresponde a sintomatología subclínica leve de estrés postraumático disminuyó tras la aplicación del pilotaje. Ambas mediciones reflejan un perfil de estrés postraumático subclínico, caracterizado principalmente por alteraciones cognitivas y del estado de ánimo y síntomas de reexperimentación, sin alcanzar el umbral requerido para un probable trastorno de estrés postraumático antes y después del pilotaje (Figura 11).

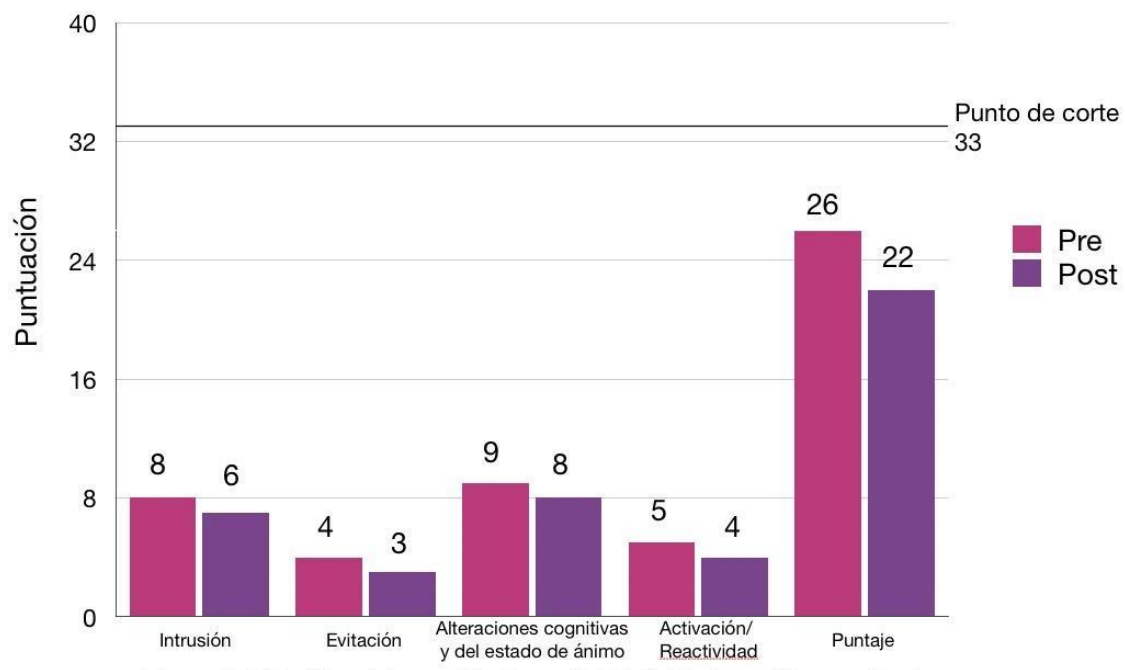


Figura 11. Lista Checable para Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5

Posteriormente en el Cuestionario de Depresión de Beck la interpretación se realiza a partir de la puntuación total, la cual se clasifica en rangos de severidad (mínima, leve, moderada y grave). Antes de la aplicación del pilotaje de la intervención de 4 sesiones, la participante obtuvo un puntaje de 19, lo que corresponde a un nivel de depresión leve. Tras la aplicación del pilotaje el puntaje fue de 17 puntos, marcándose una disminución significativa de síntomas depresivos leves, compatibles con manifestaciones afectivas y cognitivas moderadas (Figura 12).

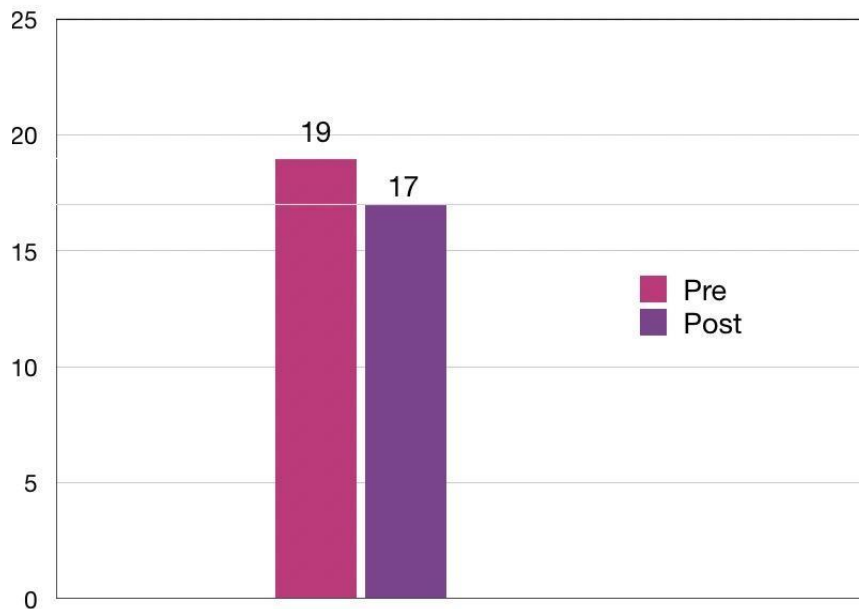


Figura 12. *Resultados del Inventario de Depresion de Beck*

Finalmente, en el Cuestionario de Salud (SF-36), la participante obtuvo puntajes significativos con respecto a su calidad de vida, con bajos puntajes en los dominios de rol físico, rol emocional, salud general y vitalidad. El bienestar emocional y el dolor corporal se ubicaron en rangos moderados mientras que en la función social presentó una afectación leve, al final se ubica un puntaje de baja percepción de buena salud después de haber padecido COVID severo.

Tras la aplicación del pilotaje de la intervención de cuatro sesiones, se observó una mejora en los puntajes en los dominios de rol físico, dolor corporal, vitalidad, rol emocional, así como el aumento de la función social, cambio de perspectiva de salud, se mantuvieron los puntajes de función física y salud general, aunque algunos dominios permanecieron en rangos bajos, el perfil general de resultados sugiere un efecto favorable del pilotaje, reflejado en una mejor percepción del funcionamiento emocional y social, así como en la autovaloración del estado de salud (Figura 13).

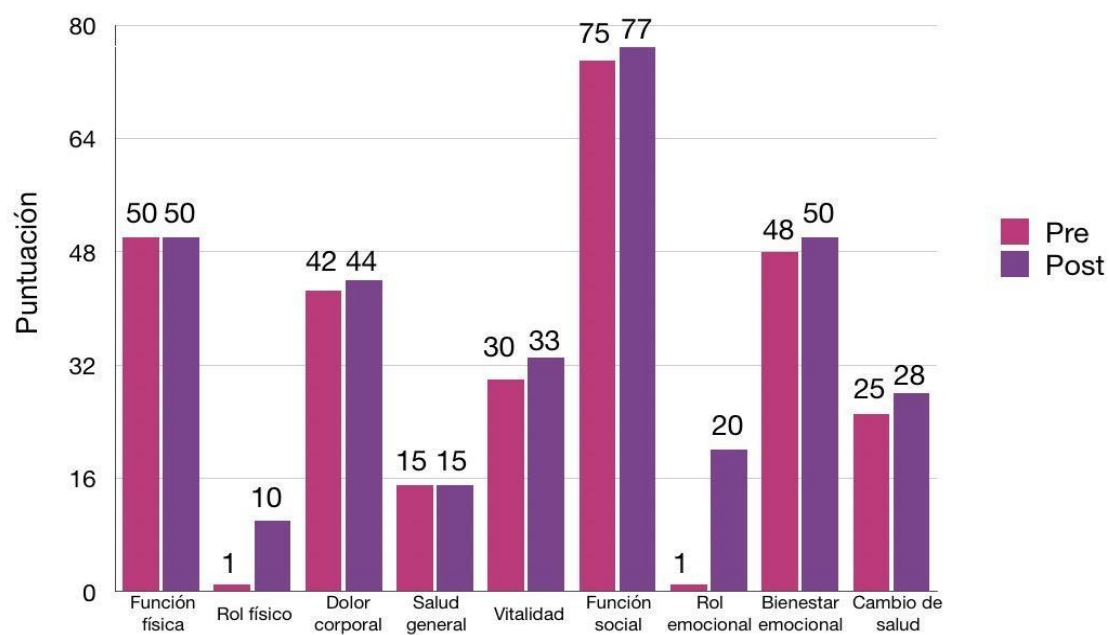


Figura 13. *Cuestionario de Salud SF-36*

Efectos preliminares del pilotaje de una intervención de 4 sesiones

Para realizar el análisis estadístico del efecto que tuvo el pilotaje de una intervención de cuatro sesiones, se seleccionó la técnica de división en mitades (Split Middle Technique).

La técnica de división en mitades (Split-Middle Technique) es un procedimiento gráfico estadístico ampliamente utilizado en investigación conductual para estimar la tendencia de la conducta dentro de cada fase y comparar cambios en el nivel y la pendiente entre la línea base y la intervención (Kazdin, 1982; Valencia, Flores y Sánchez-Sosa, 2006).

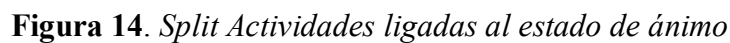
Este procedimiento permite identificar de manera objetiva si la introducción de la intervención se asocia con cambios sistemáticos en la conducta objetivo, siendo especialmente útil en estudios piloto y diseños AB, como el presente. Esta estrategia considera el análisis de datos recabados a través de auto registros, entrevista breve que ayudó a recabar información más exacta para plasmarla en un mapa clínico de patogénesis antes de la aplicación del pilotaje y después de la aplicación del pilotaje. Con los auto registros y registros conductuales se busca identificar conductas clínicas relevantes asociadas a la experimentación de COVID-19, como actividades asociadas al estado de ánimo, sufrimiento emocional (emociones displacenteras), pensamientos rumiativos asociados al COVID-19, calidad de vida y respuestas fisiológicas, así como medir la frecuencia del uso de las habilidades de la intervención durante las semanas. Finalmente se busca identificar si hubo efectos significativos en la disminución del malestar o incremento de conductas saludables en el repertorio conductual del usuario.

En cuanto a las actividades asociadas al estado de ánimo en la fase A (línea base, semanas 1 a 3), los valores fueron bajos y se mantuvieron casi iguales (1,2 y 2). El promedio de esta fase fue de 1.67, por lo que puede decirse que la paciente al inicio realizaba pocas actividades

relacionadas con su estado de ánimo, las actividades que realizaba antes de la intervención eran de rutina sin ningún beneficio a su estado de ánimo. La velocidad del cambio es decir la línea

tendencia sube poco (pendiente= 0.5), lo que indica que hubo un aumento ligero, pero no marcado. En cuanto a la fase B (intervención: semana 4 a 7) los valores fueron más altos (3,4,6 y 7) y se observa que esto aumenta con el paso de las semanas. El promedio de esta fase fue de 5.00, lo que significa que, comparando la línea base hubo un aumento de actividades asociadas al estado de ánimo. El cambio de nivel fue de +3.33 (de 1.67 a 5.00) lo que significa que en promedio durante la intervención aumentaron 3.33 actividades asociadas al estado de ánimo favorable por semana que en la línea base (A). Además, la pendiente de esta fase fue mayor (1.5), lo que indica que durante la aplicación del pilotaje de la intervención el aumento fue más rápido en una 1 actividad adicional por semana con respecto a la tendencia que ya traía en la línea base (cambio de pendiente = +1.0).

De manera visual también se observa que los valores de la fase A llegan como máximo 2, mientras que en la fase B el valor más bajo fue 3, por lo que no se cruzan los valores entre fase (no hay solapamiento). Por último, los 4 puntos de la fase B quedaron en la dirección esperada por encima de la línea proyectada con valor de significancia de 0.0625, lo cual indica una mejora consistente, aunque este resultado no alcanza el valor típico de significancia (< 0.05) se debe a que en la fase B solo fueron 4 sesiones de aplicación dado que es un pilotaje (Figura 14).



Al iniciar la aplicación del pilotaje en la fase B (intervención), los valores dieron 7.4, 7.0, 7.1 y 6.5, con un promedio de 7.00, lo que representa una disminución general de la intensidad de las emociones displacenteras en comparación con la línea base (cambio de nivel = -0.86). Durante la fase B la tendencia cambia a una dirección descendente (pendiente = -0.2), mostrando una reducción gradual (cambio de pendiente= -0.6). En el gráfico se observa que

los 4 puntos de la fase B quedaron en la dirección esperada para la meta (por debajo de la línea base) con una significancia de 0.0625 lo que indica un patrón de mejora (Figura 15).

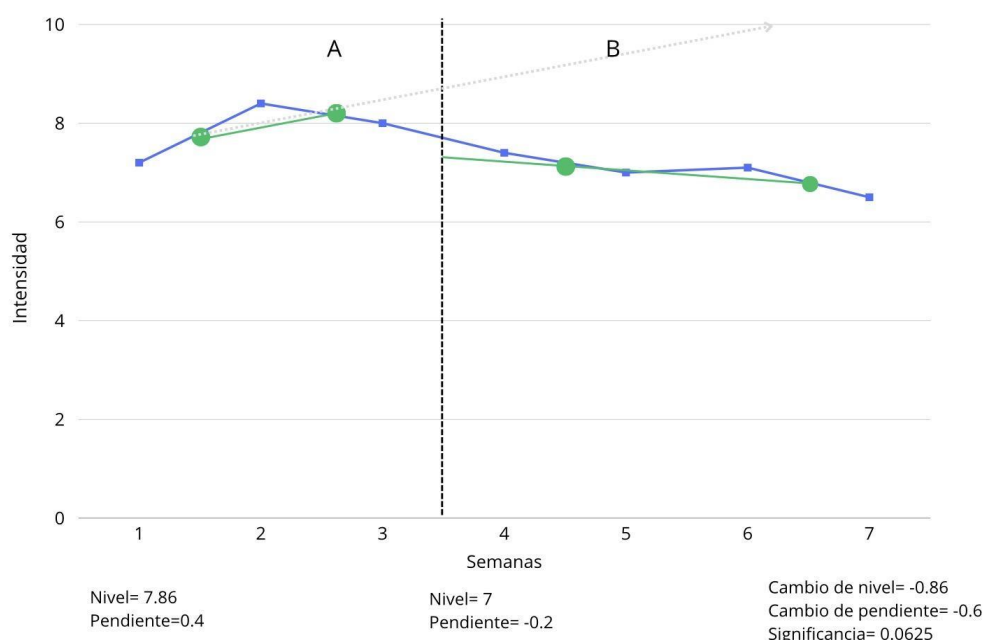


Figura 15. *Split Sufrimiento emocional (emociones displacenteras)*

Por otro lado, la paciente indicó la frecuencia de las emociones de miedo, angustia, tristeza y enojo muy presente en su día a día, en este indicador la frecuencia se registró como la suma total por semana del número de veces que las emociones displacenteras se presentaron. En la fase A (línea base, semanas 1 a 3) los valores fueron (19, 24 y 22), con un promedio de 21.66, lo que sugiere que durante la línea base la persona presentó estas emociones con una frecuencia alta. En la fase B (intervención, semana 4 a 7) los valores fueron (20, 18, 20 y 21), con un promedio de 19.75, observándose una disminución con respecto a la fase A (cambio de nivel = -1.91). En cuanto a la tendencia en la fase A la línea muestra un aumento más marcado mientras que en la fase B el patrón se mantuvo más estable y con menor incremento (cambio

de pendiente = -0.75). En cuanto a los 4 puntos de la fase de B quedaron por debajo de la proyección de la línea base con una significancia de 0.0625 lo que indica un patrón favorable de las conductas sin embargo por ser un pilotaje no alcanza el criterio típico de significancia ($p < .05$) (Figura 16).

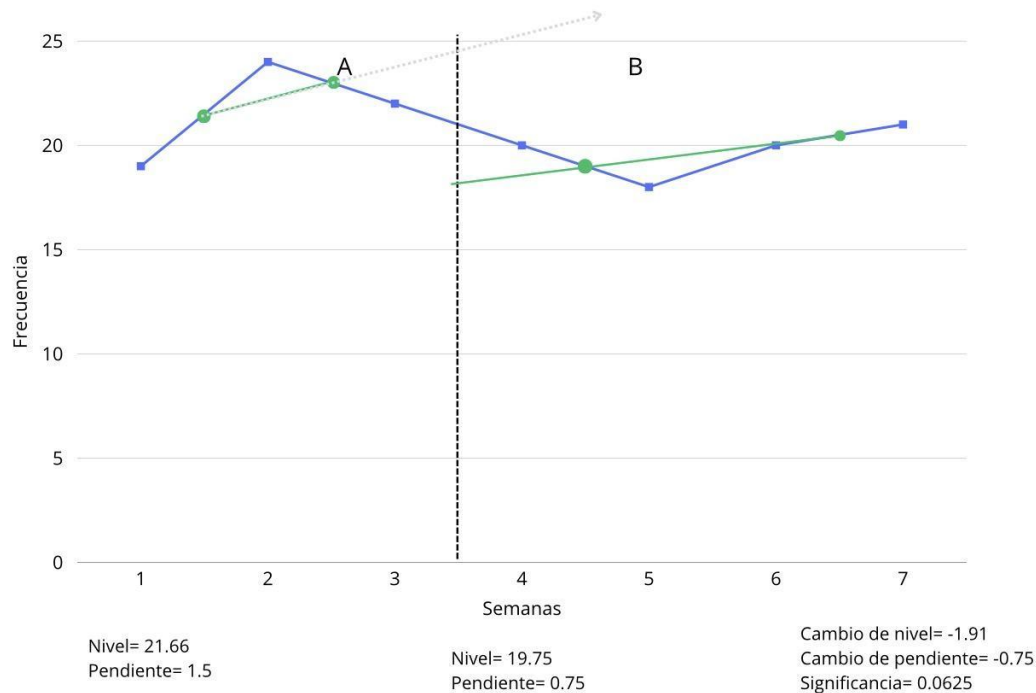


Figura 16. *Split Sufrimiento emocional (emociones displacenteras)*

Con respecto a la presencia de pensamientos rumiativos asociados al COVID-19, la paciente registró algunos que tienen una alta frecuencia e intensidad y que apesar del tiempo siguen presentes en su día a día (me voy a volver a enfermar, si hay un cambio en el clima pienso me voy a enfermar de COVID, siento que jamás volveré hacer la misma, soy débil tengo que estar feliz para que la gente no se de cuenta que tengo miedo, veo que alguien enferma y pienso es COVID ya valí, siento que mis ventas han bajado ya no vendo igual que antes de enfermarme, nada fue igual después de contagiarme me canso mucho soy una débil), la frecuencia se registró como la suma total por semana del número de pensamientos rumiativos. La fase A (línea base, semana 1 a 3) los valores fueron (54, 53 y 55) con un promedio (nivel= 54) y una pendiente de

0.5, lo indica que antes de la intervención los pensamientos se mantendrían altos y con una tendencia a subir. En cuanto a la fase B (intervención, semana 4 a 7) los valores fueron (50, 51, 49 y 47) con un promedio (nivel= 49.25) y una pendiente de - 1.25, lo que sugiere una disminución durante la intervención.

Al comparar fases, se observó un cambio de nivel de -4.75 (de 54 a 49.25), indicando una reducción del promedio semanal y un cambio de pendiente de -1.75 (de 0.5 a -1.25), mostrando que la tendencia pasó de ser ascendente en línea base a ser descendente en intervención. Con respecto al solapamiento, no se observó cruces entre fases ya que los valores de la fase B (47-51) quedaron por debajo de los valores de la fase A (53-55). Sobre los 4 puntos de la fase B (47-51) quedaron en la dirección esperada para la meta (por debajo de la proyección de línea base), con una significancia de 0.0625, lo cual indica un patrón favorable para el pilotaje (Figura 17).

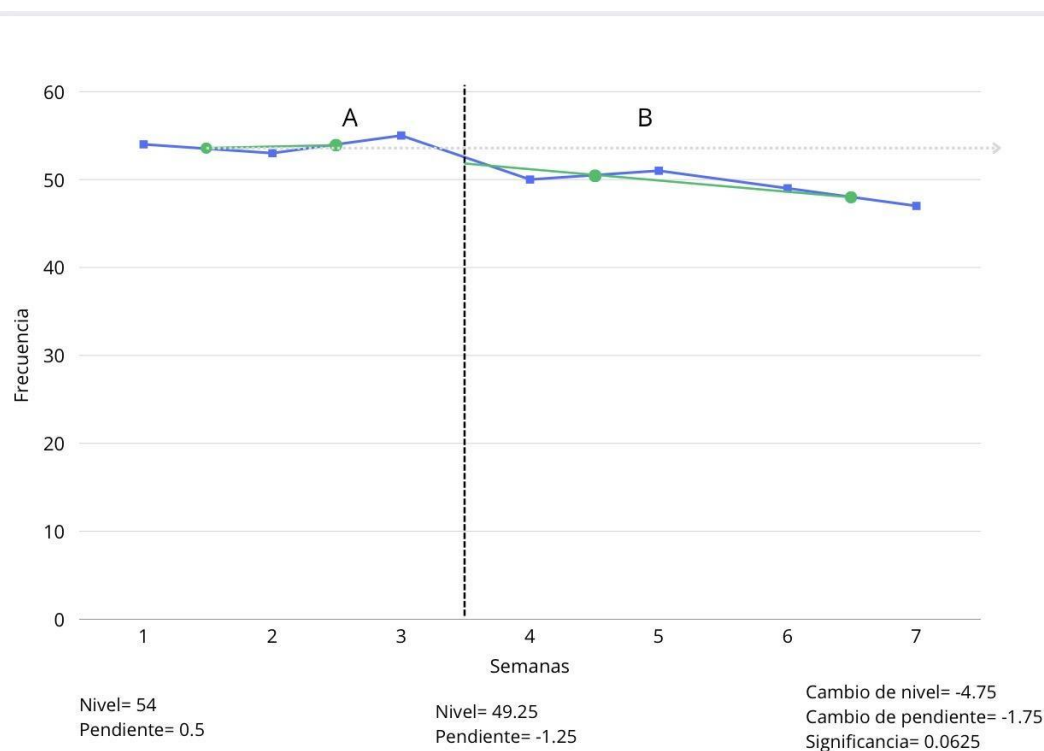


Figura 17. *Split Pensamientos Rumiativos asociados al COVID-19*

En el siguiente gráfico se registró la intensidad semanal de los pensamientos rumiativos asociados al COVID. En la fase A (línea base), los valores fueron (10,9.7 y 9.8), con un nivel (promedio de 9.83) y una pendiente de -0.1, lo indica que antes de la intervención la intensidad se mantenía alta y solo bajaba muy poco. En la fase B (intervención) los valores fueron (8.9, 7.6 7.0 y 6.6) con un nivel (promedio de 7.5) y una pendiente de -0.72, mostrando una disminución más clara con el paso de las semanas y aplicación de las sesiones.

Al comparar las fases, se observó un cambio de nivel de -2.30 (de 9.83 a 7.5) lo que refleja una reducción de la intensidad, y un cambio de pendiente de -0.625 , indicando que durante la aplicación del pilotaje la intensidad disminuyó más rápidamente que en la línea base. No se observó cruce entre fases, ya que los valores de la fase B (6.6-8.9) quedaron por debajo de los valores de la fase A (9.7-10). Por último, con respecto a los 4 puntos de la fase B quedaron en la dirección esperada para la meta (por debajo de la proyección de la línea base), con una significancia de 0.0625, lo que sugiere un patrón favorable para el pilotaje (Figura 18).

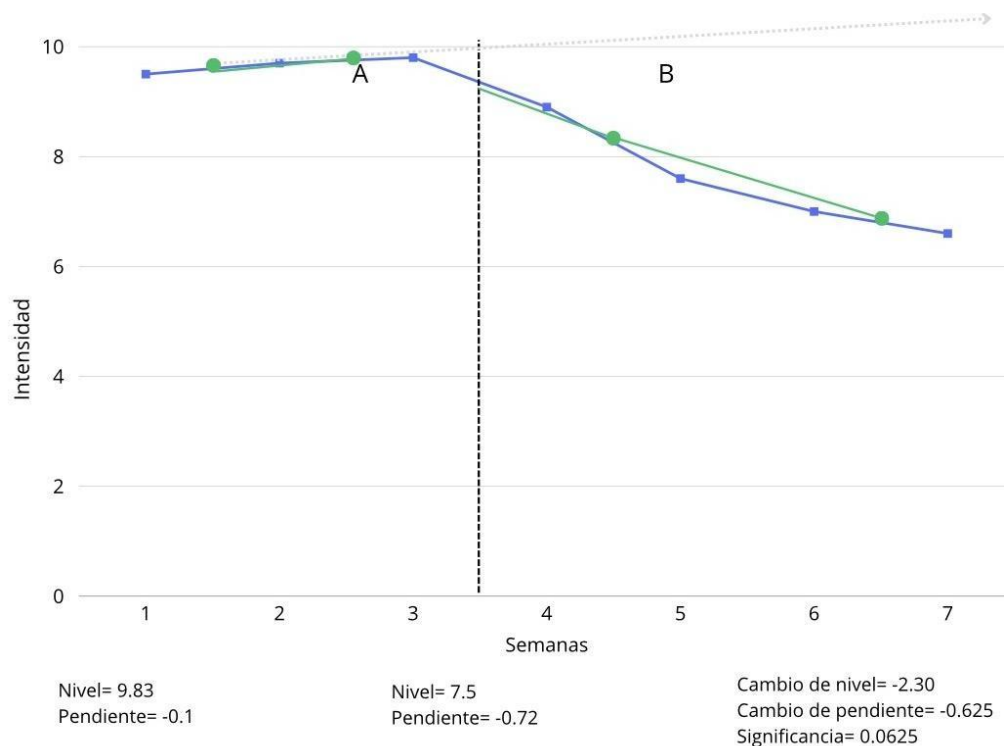


Figura 18. *Split Pensamientos Rumiativos asociados al COVID-19*

En cuanto a las actividades de calidad de vida la paciente refiere tener pocas actividades ligadas a su calidad de vida en un inicio, este indicador se registró mediante la suma de total por semana de actividades relacionadas a calidad de vida. En la fase A (línea base, semana 1 a 3) los valores fueron (7, 9 y 8) con un nivel (promedio) de 8 y una pendiente de 0.5, indicando un aumento leve durante la línea base. En la fase B (intervención) los valores fueron (9, 10, 12 y 12) con un nivel (promedio de 10.75) y una pendiente de 1.25 lo que muestra un incremento más marcado con el paso de las semanas y aplicación de las sesiones de intervención del pilotaje.

Al comparar fases se observó un cambio de nivel de +2.75 lo que indica que incrementaron el número de actividades realizadas en la semana y un cambio de pendiente de +0.75, es decir la velocidad de mejora incrementó. Se observó solapamiento parcial ya que el valor de 9 aparece tanto en la fase A como en la fase B sin embargo los valores más altos (10, 12 y 12) ocurrieron únicamente en la fase B. Finalmente en el punto de la semana 4 (9) quedó por debajo de la línea de proyección, mientras que los otros tres puntos de la fase B quedaron por encima, por lo tanto, 3 de 4 puntos se ubicaron en la dirección esperada y la significancia fue de 0.3125, lo que indica un patrón favorable pero no estadísticamente significativo dado que es un pilotaje (Figura 19).

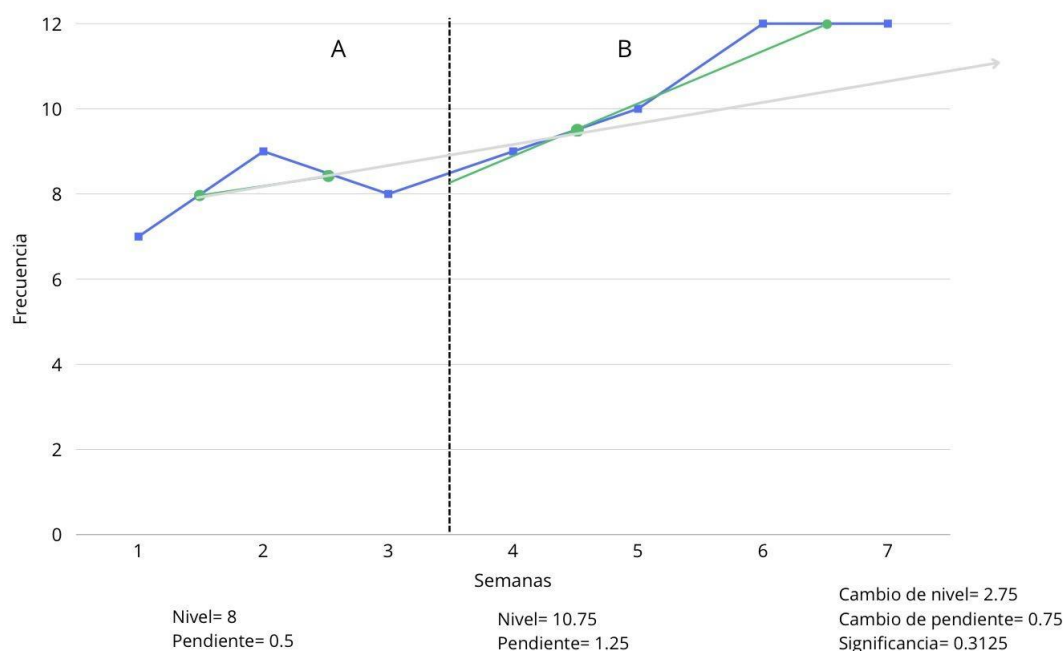


Figura 19. *Split Calidad de vida (actividades de autocuidado)*

Con respecto a las respuestas fisiológicas que estuvieron se obtuvieron en el proceso de evaluación la paciente puntuó niveles elevados de respuestas fisiológicas (taquicardia, sudoración de manos, agitación, sensación de ahogo, cansancio físico, presión en el pecho, falta de aire, tensión muscular), antes de la aplicación del pilotaje. En la fase A (línea base, semanas 1 a 3) los valores fueron (46, 45 y 46) con un nivel (promedio) de 45.66 y una pendiente de 0, lo que indica que al inicio la intensidad se mantuvo prácticamente estable.

Y en la fase B (intervención, semanas 4 a 7) los valores fueron (43, 42, 40 y 38), con un nivel (promedio) de 40.75 y una pendiente de -1.75 , mostrando una disminución progresiva durante la intervención de estas manifestaciones fisiológicas. Al comparar las fases, se observó un cambio de nivel de -4.91 (de 45.66 a 40.75) y un cambio de pendiente de -1.75 , lo cual sugiere una reducción relevante y una tendencia descendente más marcada en intervención. En cuanto al solapamiento no se observó cruce entre fases debido a que los valores de la fase B (38–43) quedaron por debajo de los valores de la fase A (45–46). Sobre los 4 puntos de la fase B

quedaron por debajo de la proyección de la línea base, con una significancia de 0.0625, lo que indica un patrón favorable (Figura 20).

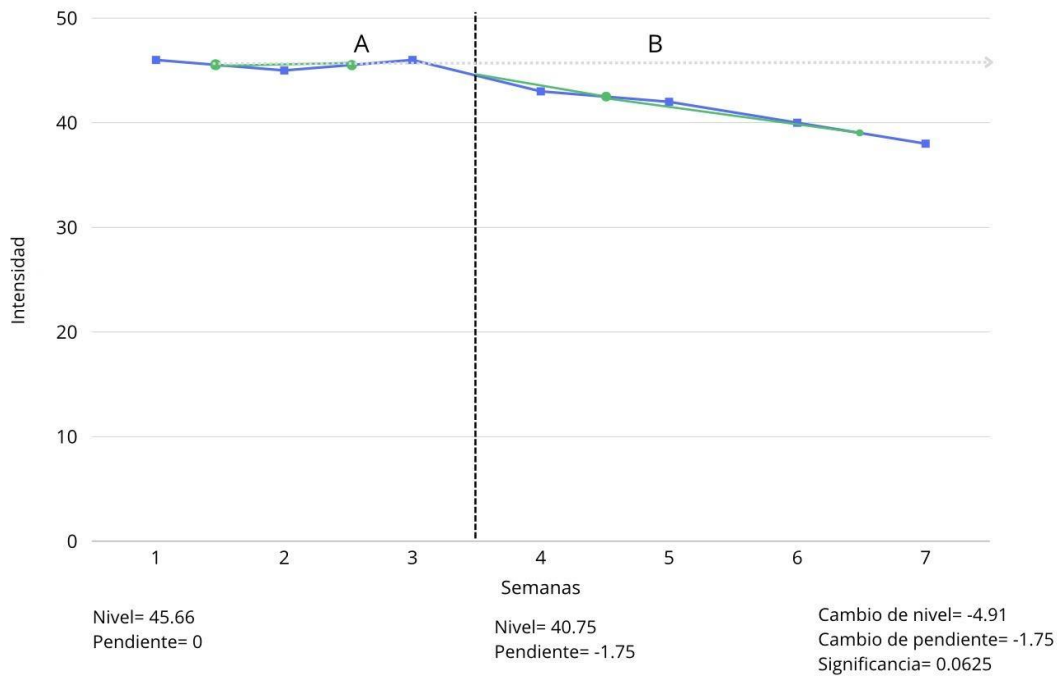


Figura 20. *Split Respuestas fisiológicas*

Finalmente se llevó a cabo el monitoreo de las habilidades (técnicas psicológicas aprendidas en sesión), empleadas por la paciente, en un inicio reportó no conocer ninguna de estas habilidades y confirmó nunca haber estado en un proceso terapéutico previo. En la fase A (línea base, semanas 1 a 3) los valores fueron (1, 2 y 2) con un nivel (promedio) de 1.66 y una pendiente de 0.5, lo que sugiere un uso bajo y con un aumento leve. Durante la fase B (intervención, semanas 4 a 7) los valores fueron (3, 5, 6 y 6) con un nivel (promedio) de 5.00 y una pendiente de 1.0 mostrando un incremento más claro del uso de habilidades durante la fase de intervención. Al comparar las fases, se observó un cambio de nivel de +3.33 y un cambio de pendiente de +0.5, lo que indica que no solo aumentó el promedio semanal de 3

habilidades empleadas por semana, sino también la rapidez con la que aumentó fue relevante para mostrar cambios debido a estas habilidades (técnicas psicológicas). En cuanto al solapamiento, no se observó cruce entre fases, ya que los valores de la fase B (3–6) quedaron por encima de los valores de la fase A (1–2). Finalmente, los 4 puntos de la fase B quedaron en la dirección esperada (por encima de la proyección de la línea base), con una significancia de 0.0625, lo cual muestra un patrón favorable, aunque sin alcanzar el criterio típico de significancia ($p < .05$), debido al número de sesiones aplicadas en la fase B dado que es un pilotaje. En conjunto, el aumento en el uso de habilidades durante la intervención es coherente con los cambios observados en otras variables del estudio, ya que estas técnicas fueron el componente principal trabajado en sesión y su aplicación semanal contribuyó a las mejoras registradas (Figura 21).

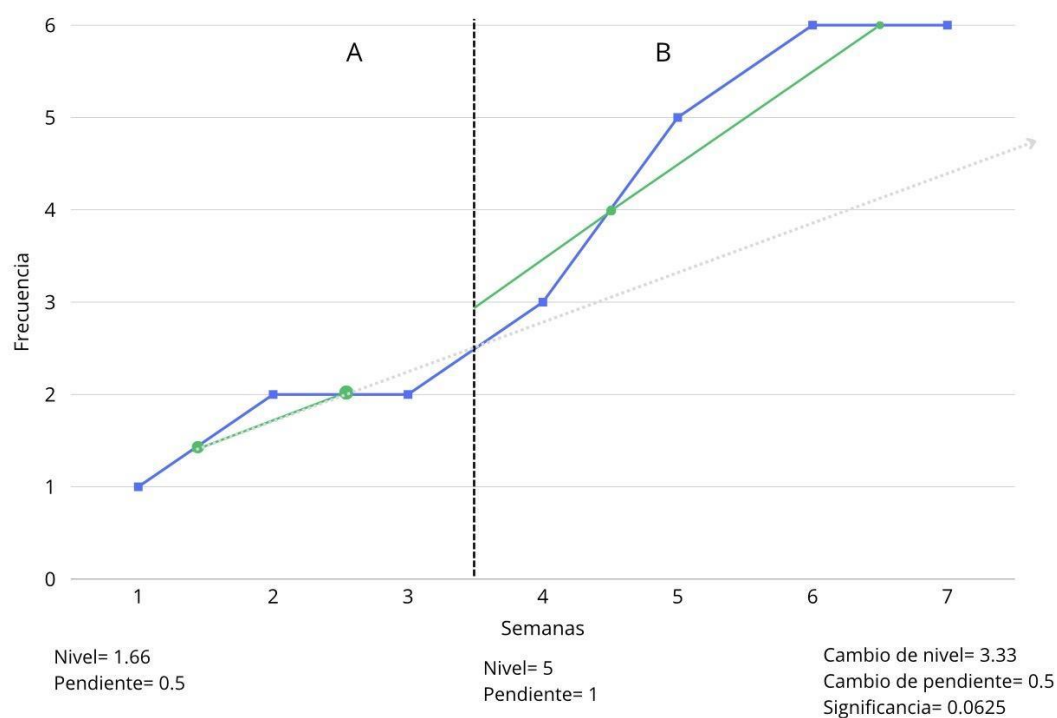


Figura 21. *Split Habilidades (técnicas psicológicas)*

DISCUSIONES

Las secuelas posteriores a COVID-19 severo se han conceptualizado como un problema biopsicosocial en el que coexisten síntomas persistentes (fatiga, dolor, disnea), alteraciones emocionales y limitaciones funcionales que pueden mantenerse meses después del alta. En este escenario, la calidad de vida relacionada con el bienestar psicológico es un desenlace integrador porque no se limita solo a los síntomas físicos, sino a conductas clínicas relevantes que interfieren con el desempeño cotidiano, la participación social y la percepción global de salud de los sobrevivientes de COVID severo. Diversos estudios de cohortes post-hospitalización han documentado impactos físicos, cognitivos y mentales que se reflejan en puntajes bajos de calidad de vida y en dificultades para retomar roles previos en sobrevivientes de cuidados intensivos, también se describen afectaciones sostenidas que incluyen componentes psicológicos y de funcionamiento social. Esto coloca a la calidad de vida como eje central de evaluación y no solo cambios en síntomas aislados (Algamdi, 2021; Halvorsen et al., 2023).

El objetivo principal de este estudio fue evaluar, de manera preliminar, el impacto de una intervención psicológica de tipo terciaria para promover la calidad de vida en un sobreviviente de COVID-19 severo de la primer ola (2020), considerando la calidad de vida como el eje integrador del proceso de recuperación. La elección de la calidad de vida como desenlace central es importante porque sintetiza tanto el efecto funcional de las secuelas físicas y los efectos emocionales en la vida cotidiana, permitiendo valorar cambios clínicamente significativos más allá de la reducción de síntomas aislados. En sobrevivientes de COVID-19, especialmente con antecedente de hospitalización o UCI, se han documentado alteraciones persistentes que repercuten directamente en la calidad de vida y en la reintegración a roles personales, sociales y laborales, por lo que priorizar este desenlace se alinea con necesidades reales del paciente y con la naturaleza multicausal del post-COVID (Algamdi, 2021; Evans et al., 2021; Halvorsen et al., 2023).

Como objetivos complementarios se incluyeron variables clínicas de apoyo, como depresión, ansiedad y síntomas de estrés postraumático (TEPT) para explicar por qué la calidad de vida se deteriora y qué factores psicológicos pueden estar vinculados a sus dominios más sensibles. Esta decisión se sustenta con la evidencia de resultados centrados en el paciente, donde los síntomas emocionales y cognitivos influyen sobre el funcionamiento (por ejemplo; energía, rol emocional, rol físico, participación social) y por esa vía se determinan la percepción global de salud. En el contexto post-COVID, la evidencia ha descrito una carga problemática relevante (ansiedad, depresión y síntomas traumáticos) que puede persistir tras la infección y asociarse con deterioro funcional, lo que justifica metodológicamente su inclusión como variables explicativas del resultado principal (Taquet et al., 2021; Wilson & Cleary, 1995; Janiri et al., 2021).

En términos metodológicos, el estudio se estructuró por fases para responder de forma coherente a un problema clínico complejo con evidencia: primero, se validó las propiedades de un instrumento que mide la ansiedad por coronavirus en población mexicana en dos etapas retrospectivas, con el objetivo de evaluar los niveles de ansiedad relacionada al coronavirus, por consiguiente una fase correlacional exploratoria para identificar patrones asociados a una baja calidad de vida y qué variables psicológicas están con mayor prevalencia, posterior se validó la intervención y finalmente se aplicó un pilotaje con diseño de caso único para observar trayectorias de cambio dentro del sujeto. Esta estrategia permite construir evidencia progresiva y detectar relaciones posibles y posteriormente, evaluar factibilidad y señales iniciales de efecto (pilotaje), lo cual es consistente con recomendaciones de investigación aplicada cuando se trabaja con muestras reducidas o cuando se busca optimizar un protocolo antes de escalarlo. Además, el uso de análisis no paramétricos y procedimientos de diseño de caso único favorece decisiones analíticas adecuadas al tipo de datos y al tamaño muestral, evitando supuestos de normalidad difíciles de sostener en contextos clínicos reales (Kazdin, 2011; Nerli et al., 2024).

Las opciones metodológicas específicas jugaron un papel crucial para lograr los resultados deseados. Se seleccionaron instrumentos validados en población Mexicana, como el SF-36, y para las variables psicológicas, como la ansiedad se empleó el AMAS- adultos, para la sintomatología de TEPT (La lista checable PCL-5) y para la depresión (BDII-II), para capturar el fenómeno desde una perspectiva biopsicosocial. También se aplicaron estadísticas robustas adecuadas para muestras pequeñas, como la correlación de Spearman. Se utilizó un diseño AB para observar los cambios pre-post intervención dentro del caso, enfatizando el valor clínico de los cambios funcionales, especialmente en áreas donde la evidencia indica que los sobrevivientes suelen presentar afectación sostenida. En conjunto, estas decisiones metodológicas fortalecen la relevancia del objetivo principal, ya que la calidad de vida requiere abordajes que integren el funcionamiento y la salud mental. Además, el post-COVID se manifiesta típicamente como un síndrome heterogéneo que exige medidas y análisis que se ajusten a su complejidad (Huang et al., 2021; Evans et al., 2021; Wilson & Cleary, 1995).

El problema investigado se sostiene en que la condición post-COVID, particularmente tras cuadros severos, no suele expresarse como un malestar único o aislado, sino como un conjunto de secuelas persistentes que comprometen la vida cotidiana, la energía, el desempeño por roles y la percepción global del bienestar psicológico por lo que la afectación de la calidad de vida relacionada con el bienestar psicológico convierte en un indicador clínico prioritario para comprender la recuperación. En estudios de cohortes con población de personas dadas de alta tras hospitalización se ha observado que una proporción importante mantiene síntomas físicos, cognitivos y emocionales por meses, con impacto relevante en la calidad de vida y dificultades para retomar actividades previas, lo que subraya la necesidad de abordar la recuperación más allá de parámetros biomédicos y considerar el impacto funcional como desenlace central (Evans et al., 2021; Huang et al., 2021; Halvorsen et al., 2023). En este contexto, la carga psicológica asociada a la experiencia de enfermedad por COVID-19 severa puede convertirse

en un componente clave del deterioro de calidad de vida, especialmente cuando la persona vivió hospitalización, aislamiento, amenaza vital o cuidados intensivos, contextos que se han vinculado con mayor riesgo de depresión, ansiedad y síntomas de estrés postraumático (TEPT). La presencia de sintomatología traumática posterior a COVID-19 se ha descrito como clínicamente relevante y persistente, y cuando coexiste con síntomas depresivos o ansiosos tiende a amplificar la interferencia conductual funcional, afectando dominios relacionados con rol emocional, funcionamiento social y bienestar psicológico, lo que justifica que el problema investigado se entienda como una interacción entre secuelas físicas y procesos psicológicos que sostienen o agravan la discapacidad (Janiri et al., 2021; Taquet et al., 2021).

Desde la medicina conductual, esta relevancia se explica porque depresión, ansiedad y TEPT no solo acompañan la condición post-COVID, sino que pueden operar como variables de mantenimiento que deterioran la calidad de vida, la hipervigilancia somática, el temor a recaídas incrementan la percepción de amenaza, la rumiación y la catastrofización intensifican el malestar, las conductas de evitación sobre actividades, las conductas de seguridad, el retraimiento social reducen oportunidades de reforzamiento y dificultan la reintegración a rutinas, lo cual impacta directamente en vitalidad, rol físico, rol emocional y salud mental. Este encuadre es congruente con modelos centrados en resultados reportados por el paciente, donde los síntomas influyen sobre el funcionamiento y a través de este, determinan la evaluación de su calidad de vida, razón por la cual investigar calidad de vida y su relación con variables clínicas aporta un marco explicativo útil para comprender por qué la recuperación puede ser lenta o incompleta incluso cuando el riesgo médico agudo ya pasó (Huang et al., 2021).

Inclusión estudios relacionados a enfermedades críticas y con población que estuvo en la unidad de cuidados intensivos (UCI), es decir sobrevivientes de otras enfermedades, comparte un patrón consistente con las variables (ansiedad, depresión, TEPT) y con el desenlace central

de calidad de vida: en una cohorte multicéntrico grande en el Reino Unido, más de la mitad de los sobrevivientes respondieron afirmativamente que tenían secuelas para al menos una condición psicológica durante el primer año, con prevalencias elevadas de ansiedad, depresión y sintomatología de TEPT, además de una relación clínicamente relevante entre ellas, lo que sugiere que el malestar emocional post-UCI tiende a presentarse como un paquete de síntomas que interfiere de manera sostenida con el funcionamiento cotidiano y que se observa a través de conductas que relizan los sobrevivientes y que pueden ser parte del problema psicológico (Hatch et al., 2018), de forma complementaria a esto, un estudio longitudinal mostró, que a los 3 y 12 meses, un segmento de pacientes reportó síntomas depresivos (frecuentemente impulsados por componentes somáticos) y, aunque el TEPT fue menos prevalente, se observó discapacidad funcional relevante y un deterioro marcado del componente físico del SF-36, lo que ayuda a explicar por qué la recuperación se acompaña de restricciones en actividades y autonomía, afectando directamente la calidad de vida (Jackson et al., 2014), en la misma línea, una revisión sistemática en sobrevivientes de infecciones respiratorias documentó que los síntomas de depresión, ansiedad y TEPT se asocian consistentemente con menor calidad de vida, con efectos particularmente fuertes sobre dominios psicológicos (vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental), lo que refuerza la idea de que la carga emocional no solo coexiste con las secuelas físicas, sino que actúa como un determinante clave del deterioro en la calidad de vida y, por tanto, como un objetivo prioritario de intervención en contextos post-UCI (Davydow et al., 2008).

Por otra parte, esta problemática también tiene implicaciones de salud pública y de organización de servicios, porque el volumen de personas con secuelas post-COVID ha incrementado la demanda de seguimiento, rehabilitación y atención psicológica, muchas veces en contextos donde los recursos presenciales son limitados o donde el propio cuadro clínico (fatiga, dolor, limitaciones físicas) dificulta el acceso a tratamientos continuos. En

consecuencia, cobra relevancia desarrollar y evaluar intervenciones psicológicas de tipo terciarias, estructuradas y que además pueden ser aplicables online, y que favorezcan cambios funcionales medibles en la calidad de vida, la evidencia disponible sobre programas ambulatorios breves y modalidades digitales para atender malestar psicológico post-COVID respalda la factibilidad de estas vías y refuerza la pertinencia de generar evidencia local enfocada en calidad de vida como desenlace principal (Cox et al., 2024; Nerli et al., 2024; Zhou et al., 2022).

Desde la psicología de la salud y el enfoque cognitivo-conductual, la condición post-COVID se ha estudiado como un problema en el que los síntomas físicos persistentes interactúan con procesos cognitivos, emocionales y conductuales que pueden amplificar el malestar y sostener la discapacidad, impactando de forma directa la calidad de vida. En esta perspectiva, la calidad de vida no se entiende como un resultado secundario, sino como un desenlace central porque refleja el grado en que la persona logra retomar funcionamiento, roles y actividades significativas pese a la presencia de secuelas. Así, variables como depresión, ansiedad y síntomas de estrés postraumático (TEPT) se conceptualizan como factores clínicos que influyen sobre la percepción de amenaza, la interpretación de sensaciones corporales, la evitación y la regulación emocional, y por esa vía deterioran dominios clave de la calidad de vida como vitalidad, rol emocional, rol físico y salud mental (Wilson & Cleary, 1995; Huang et al., 2021; Taquet et al., 2021).

En congruencia con este marco, la literatura reciente ha privilegiado intervenciones psicológicas y de rehabilitación con componentes cognitivo-conductuales orientadas a conductas modificables y objetivos funcionales, por ejemplo: programas estructurados de rehabilitación ambulatoria, terapia cognitivo-conductual para fatiga persistente y estrategias de regulación emocional que reduzcan estrés y faciliten reactivación conductual. La existencia de ensayos clínicos en población post-COVID respalda que el enfoque cognitivo-conductual no

solo busca disminuir síntomas, sino mejorar funcionamiento y la calidad de vida mediante la modificación de patrones de pensamiento, conductas de evitación, hábitos y habilidades de afrontamiento, lo cual encaja con la lógica de estudiar la recuperación desde psicología de la salud (Kuut et al., 2023; Nerli et al., 2024; Cox et al., 2024).

En esa misma línea, el grado de confirmación de la hipótesis se robustece cuando los hallazgos interpretan a la luz del cuerpo de intervenciones psicológicas que ya se han probado en condición post-COVID y que sustentan con alta consistencia, que el cambio clínicamente relevante suele expresarse primero en funcionamiento y calidad de vida cuando se modifican procesos cognitivo y conductuales mantenedores de conductas de evitación, hipervigilancia somática, patrones de inactividad/actividad, afrontamiento disfuncional, rumiación, y pérdida del interés por las cosas. Este hallazgo contrasta el foco funcional de las intervenciones psicológicas con ensayos que han mostrado beneficios al intervenir variables centrales del post-COVID desde un enfoque cognitivo-conductual donde han abordado las problemáticas como: la fatiga severa, rehabilitación ambulatoria, psicoeducación cognitiva/afectiva para quejas persistentes, y programas de seguimiento que integran componentes mentales del síndrome post-UCI y dolor crónico. De esta manera, estas intervenciones apuntan a que la mejoría del bienestar psicológico constituye un marcador temprano de recuperación, incluso cuando la percepción global de salud cambia más lentamente (Kuut et al., 2023; Nerli et al., 2024; Cabello Fernández et al., 2025; Ojeda et al., 2024).

Bajo el mismo razonamiento, el respaldo empírico no proviene únicamente de ensayos individuales, sino también de síntesis que señalan que las intervenciones con componentes psicológicos y de rehabilitación física probablemente mejoran síntomas y conductas, lo cual incrementa la viabilidad de aplicación de una intervención cognitivo-conductual orientada a comportamientos modificables que produzcan señales iniciales de cambio en la calidad de vida.

Esta idea también se vincula con hallazgos de intervenciones de regulación emocional y mindfulness, incluyendo modalidades digitales, que han mostrado efectos sobre el malestar psicológico siendo un componente directamente vinculado al dominio mental de la calidad de vida y que resultan metodológicamente coherentes con el estudio por el uso de estrategias terapéuticas, que aparece como un componente clínico estratégico por que puede potenciar el impacto sobre el cambio conductual en la calidad de vida (Cox et al., 2024; Murano et al., 2025; Zeraatkar et al., 2024; Schurr et al., 2025; Zhou et al., 2022).

En esa misma línea, los hallazgos se vuelven más sólidos cuando se consideran los aspectos del diseño metodológico, que de manera directa hicieron posible alcanzar los principales resultados, porque el estudio fue construido para responder un problema clínico real con evidencia real todavía limitada, esto se organizó por fases, combinando una fase diagnóstica de alcance correlacional exploratoria y una fase de pilotaje de intervención, lo cual permitió primero identificar el patrón de relación entre calidad de vida y sintomatología emocional, así después observar señales preliminares de cambio tras la aplicación de las sesiones de intervención del pilotaje. Esta estructura metodológica es pertinente en psicología de la salud, ya que facilita explicar el deterioro funcional (calidad de vida) a partir de variables clínicas de apoyo, al mismo tiempo, evaluar la factibilidad y dirección del cambio cuando se introduce un componente terapéutico (Kazdin, 2011; Halvorsen et al., 2023).

De acuerdo a esta dicha información, la fase diagnóstica se desarrolló con una muestra reducida de sobrevivientes de COVID-19 severo (N = 17) apoyada de instrumentos estandarizados en población Mexicana para capturar el fenómeno desde un enfoque cognitivo-conductual y centrado en el funcionamiento. Esta selección de instrumentos no fue neutra, sino decisiva, porque permitió emparejar el eje central del estudio (calidad de vida) con variables psicológicas que, según la evidencia, tienden a coexistir en el post-COVID y a influir sobre el bienestar

psicológico y el retorno a actividades, que son precisamente dominios sensibles del SF-36 (Algamdi, 2021; Janiri et al., 2021; Taquet et al., 2021).

A la par, el tratamiento se ajustó con rigor a las condiciones reales del estudio y ese ajuste fue un factor clave para obtener resultados interpretables, dado el tamaño muestral y la ausencia de normalidad en los resultados, se reportaron medianas y rangos intercuartílicos y se empleó Rho de Spearman para evaluar asociaciones, verificando normalidad con Shapiro Wilk, lo que aseguró decisiones estadísticas acordes con el tipo de datos y evitó conclusiones apoyadas en resultados no sostenibles. En términos prácticos, este obstáculo metodológico (muestra pequeña y distribuciones no normales), no se convirtió en debilidad metodológica, porque fue sorteado con técnicas congruentes con investigación aplicada en contextos clínicos, preservando la utilidad de los hallazgos para interpretar la relación entre carga emocional y calidad de vida (Kazdin, 2011; Shapiro & Wilk, 1965; Spearman, 1904).

Describiendo más los hallazgos de esta fase correlacional ($N = 17$), el patrón de resultados, resulta coherente y clínicamente interpretable por que se observa una asociación significativa y negativa entre la salud mental del SF-36 y una medida de malestar ($\rho = -.493$, $p = .044$), lo que indica que, conforme aumentan los síntomas emocionales, disminuye la percepción de bienestar psicológico y calidad de vida en ese componente. De manera igualmente importante, el dominio de salud general no mostró correlaciones significativas con las variables clínicas ($p > .05$), lo cual es esperable cuando la autopercepción global de salud está influida por múltiples factores físicos, comorbilidades y comparaciones personales, y cuando el tamaño muestral reduce para detectar asociaciones pequeñas (Halvorsen et al., 2023; Evans et al., 2021).

Este mismo bloque de resultados confirma con claridad que los síntomas emocionales tienden a agruparse y que esa coexistencia constituye un proceso de deterioro de calidad de vida, los síntomas de TEPT (PCL-5) se asociaron con depresión (BDI-II) ($\rho = .509$, $p = .037$) y con

ansiedad (AMAS) ($\rho = .530$, $p = .029$), mientras que la ansiedad por COVID (CAS) mostró relaciones significativas con TEPT ($\rho = .544$, $p = .024$) y con ansiedad (AMAS) ($\rho = .646$, $p = .005$). Este patrón de comorbilidad y correlación cruzada respalda la hipótesis de trabajo desde psicología de la salud donde se observa que la carga emocional no aparece aislada, sino como un entramado de procesos que entablan interferencia funcional y reducen bienestar percibido (Taquet et al., 2021; Janiri et al., 2021).

Cuando se integra la dimensión de rol emocional del SF-36, el grado de confirmación de la hipótesis se vuelve todavía más robusto, porque los tamaños de asociación con variables emocionales son particularmente altos, el rol emocional se relacionó fuertemente con TEPT ($\rho = .790$, $p < .001$), y también con depresión ($\rho = .577$, $p = .015$) y ansiedad ($\rho = .608$, $p = .010$). En términos de interpretación, estos resultados sostienen la consistencia que la afectación de la Calidad de Vida en post-COVID no depende únicamente de síntomas físicos sobrantes, sino del impacto funcional de la experiencia emocional, dificultades para sostener sus actividades previas, desempeño laboral, regulación de respuestas emocionales y procesos cognitivos que rondan en función de la experiencia de haber padecido COVID y la participación social, lo cual coincide con la evidencia que describe secuelas persistentes con componente psicológico y funcional, especialmente tras cuadros severos (Evans et al., 2021; Halvorsen et al., 2023).

Con ese sustento, la elección de un pilotaje con diseño $N = 1$ de tipo AB, permitió observar el cambio dentro del sujeto antes y después de la aplicación del pilotaje de cuatro sesiones, para documentar si existe variaciones en calidad de vida y seguir de cerca los indicadores emocionales como variables explicativas del funcionamiento. Se prioriza un cambio en el sujeto con características clínicas, más allá de los que se encontró por puntajes en los instrumentos, para eso se realizó una evaluación individual para determinar de manera más precisa el comportamiento problema. Y mediante los procedimientos recomendados para

diseños de caso único, incluyendo análisis visual u estadístico con técnica Split-Middle para valorar diferencias entre fases. En consecuencia, el estudio no solo reporta resultados, sino que muestra un itinerario metodológico coherente dado que identifica relaciones manejables en una fase diagnóstica y después probar, con un pilotaje, si la dirección del cambio es compatible con la hipótesis y con el cuerpo de evidencia de intervenciones psicológicas post-COVID (Kazdin, 2011; Kuut et al., 2023; Nerli et al., 2024).

A partir del pilotaje, la hipótesis alternativa recibe respaldo preliminar en la dirección esperada, porque se observaron mejoras en dominios funcionales y emocionales del SF-36 tras la intervención breve de cuatro sesiones: rol emocional pasó de 1 a 20, rol físico de 1 a 10, dolor corporal de 42 a 44, vitalidad de 30 a 33, función social de 75 a 77, bienestar emocional de 48 a 50 y cambio de salud de 25 a 28, mientras que función física (50) y salud general (15) se mantuvieron estables. De esta forma, los indicadores clínicos de apoyo mostraron disminuciones leves: PCL-5 total de 26 a 22 (con reducciones en intrusión 8 a 6, evitación 4 a 3, alteraciones cognitivas/ánimo 9 a 8 y activación/reactividad 5 a 4) y BDI-II de 19 a 17, junto con descensos en dimensiones de ansiedad manifiesta (inquietud 57 a 51; ansiedad fisiológica 67 a 63).

A partir de esto el aporte original también se expresa que en el estudio no solo enfatiza los ensayos controlados, sino que traduce esa evidencia a un formato breve y clínicamente viable dentro de un enfoque de psicología de la salud en nivel terciario, donde el objetivo no es eliminar todas las secuelas, sino reducir impacto psicológico y mejorar la calidad de vida en condiciones reales. En ese sentido, el pilotaje aporta información preliminar valiosa sobre qué dominios de la calidad de vida parecen más sensibles al cambio especialmente los relacionados con el dominio de salud mental. Por otro lado, cabe puntualizar que el cambio no se da por solo aplicar un pilotaje sino por los elementos psicológicos que se emplea, como son las técnicas

psicológicas que han mostrado mayor evidencia dentro de la clínica individual y que en diversos estudios se reportaron el empleo de técnicas como reestructuración cognitiva, Mindfulness, atención plena, activación conductual, solución de problemas y exposición (Nerli et al., 2024; Cox et al., 2024; Cabello Fernández et al., 2025).

Dentro de los resultados de la aplicación del pilotaje se seleccionaron comportamientos que tiene mucha influencia en la baja calidad de vida, la paciente en la fase de línea base, se encontraba ubicada con baja frecuencia en la realización de actividades gratificantes y que estas a su vez estaban asociadas a puntuaciones de intensidad de malestar emocional entre 6, 7 y 8 (0 es igual a nada de malestar y 10 es igual a mucho malestar).

En cuanto a conductas de ansiedad, se identificaron respuestas físicas presentes con mayor frecuencia en la semana (taquicardias, presión en el pecho, fatiga, hormigueo en las manos, sudoración de las manos, hiperventilación del aire, falta de aire, sensación de salir corriendo y tensión muscular en las manos y espalda alta), lo que obstaculizaba el disfrute y realización de actividades gratificantes, también dentro de la línea base se identificó una alta frecuencia de pensamientos rumiativos que aún giraban entorno a la experiencia por COVID (“Si hay algún cambio en el clima pienso que me va dar otra vez COVID”, “Siento que jamás volveré hacer la misma”, “Veo alguien enfermo de gripa y pienso ya valí por que tiene COVID”, “ ya no me va bien en las ventas por culpa del COVID”, “Nada fue igual después que me contagie, me canso más rápido, no puedo salir por que me da miedo enfermarme”). Así como conductas de evitación que evocaban respuestas emocionales similares a la experiencia como estar en lugares cerrados, personas con síntomas de gripa, miedo a ir al doctor, conectadas a la emoción de miedo a morir o a volver a enfermar y morir. La paciente refirió que en un inicio le costaba diferenciar sus emociones y regularlas. Sobre las conductas de auto cuidado solo enfatizaba la limpieza de su casa, evitar salir y reunirse con personas con síntomas de gripa, refirió que

actividades como bañarse, alimentación saludable y ejercicio le costaban mucho realizarlas. Sobre la perspectiva de su salud física refiero que fue peor después de su alta por COVID severo, actualmente le cuesta subir escaleras, cargar cosas pesadas y sea cansa más rápido.

Cuando se aplicó la intervención de 4 sesiones se emplearon estrategias potenciales para ir mejorando y disminuyendo malestar psicológico (como atención plena, relajación muscular progresiva de Jacobson, identificación de emociones, así como sus funciones, identificación de pensamientos ABC, solución de problemas, Mindfulness etc). Todo esto complementado por un Manual que se realizó exclusivamente para el usuario que contenía los materiales y estructuras de las sesiones, así como las instrucciones de cada técnica, con registros de seguimiento semanal dentro del manual.

Al aplicar el post test se encontró un cambio esperado en los puntajes, que concuerda con los efectos preliminares de las sesiones de intervención, cabe resaltar que estas sesiones tenían una duración de hora y media. El paciente al final enfatizó que había aprendido a observar de manera diferente la experiencia por COVID, la importancia que sus emociones tienen y cómo regularlas sin caer en conductas de evitación, así como a manejar sus pensamientos de una manera diferente que no interferirán con sus actividades que se programaron en sesión. Por consecuente aporta una ruta viable para continuar y mostrar un mapa de relación entre calidad de vida, variables emocionales y estrategias psicológicas, a la vez documentar cambios preliminares con una intervención, que aporta puntos a fortalecer para futuras versiones del pilotaje (por ejemplo, incorporar módulos específicos de sueño, dolor o seguimiento remoto para sostener adherencia y práctica). Esto se alinea con la discusión sobre la utilidad de modalidades online para reducir la carga de salud mental asociada a COVID y con el reconocimiento de que los programas post-COVID requieren soluciones accesibles y aplicables y no solo coincidir con lo ya sabido, sino en proponer con base empírica una forma estructurada

y factible de intervenir con calidad de vida como variable prioritaria con elementos meramente psicológicos (técnicas psicológicas) (Ojeda et al., 2024; Zhou et al., 2022).

Ese patrón conductual observado es congruente con los resultados que han tenido las intervenciones con enfoque cognitivo-conductual en condiciones persistentes, pero al mismo tiempo el cambio fue controlado por medio de auto registros y registros del uso de las técnicas psicológicas que permiten tener más fundamento para enfatizar que el cambio se fue dando por la intervención y no por variables externas. Con ello se observa que se movilizaron los dominios de rol/funcionamiento y regulación emocional, mientras que los cambios en salud general pueden requerir más tiempo, mayores componentes específicos de rehabilitación física (Kazdin, 2011; Wilson & Cleary, 1995).

Por lo tanto, la conexión con el cuerpo de intervenciones psicológicas en post-COVID refuerza la utilidad externa de estos resultados, porque los ensayos disponibles muestran que estrategias estructuradas, aunque sean breves o apoyadas en formatos escalables, tienden a impactar en el comportamiento humano. Por ejemplo la TCC dirigida a fatiga severa post-COVID disminuyo estos síntomas tras aplicar estrategias, los programas ambulatorios breves de rehabilitación, la psicoeducación cognitiva/afectiva y las intervenciones de mindfulness (incluyendo modalidad móvil) comparten un punto central, que al intervenir en conductas modificables (evitación, afrontamiento, regulación emocional, rumiación, hábitos y actividad) produce beneficios clínicos y funcionales, lo cual es consistente con el presente estudio que enfatiza que el cambio se haya expresado con mayor claridad en rol emocional, rol físico, vitalidad, mental y función social (Kuut et al., 2023; Nerli et al., 2024; Cabello Fernández et al., 2025; Cox et al., 2024; Murano et al., 2025; Ojeda et al., 2024).

En particular, los ensayos recientes ayudan a ubicar este pilotaje dentro de lo que ya se ha observado en la investigación, es decir, cuando se trabajan factores que suelen mantener el

malestar como la evitación (evitar salir de casa, dejar de implicarse en actividades de bienestar etc) los patrones poco saludables, el reposo, la hipervigilancia a sensaciones corporales, el miedo, estrés emocional junto a las dificultades para identificar y regular emociones, es por eso que los cambios suelen notarse primero en áreas como la participación en actividades, el desempeño en roles (por ejemplo, trabajo, familia) y el bienestar psicológico. En cambio, percepciones más generales como “salud general” a veces tardan más en mejorar.

Por eso, comparar el patrón de cambio que se observa con lo reportado en intervenciones basadas en TCC implementadas de manera online para reducir la carga psicológica, permite entender mejor si los resultados van en la misma línea que la evidencia disponible y qué partes del programa podrían ajustarse para lograr un mayor impacto en la calidad de vida (Kuut et al., 2023; Nerli et al., 2024; Cabello Fernández et al., 2025; Cox et al., 2024; Murano et al., 2025; Ojeda et al., 2024; Zhou et al., 2022).

Este patrón de asociación entre calidad de vida y sintomatología emocional se entiende mejor cuando se aborda desde el enfoque cognitivo-conductual, en el que depresión, ansiedad y síntomas de TEPT no se conciben como eventos separados, sino como manifestaciones de comportamiento distintas de procesos que tienden a mantener el malestar y a volverlo más interferente en la vida diaria. Entre esos procesos destacan los sesgos atencionales hacia señales de amenaza, interpretaciones negativas de sensaciones o situaciones, rumiación y preocupación persistente, conductas de evitación y conductas de seguridad, además de intentos rígidos de controlar emociones (por ejemplo, distraerse para dejar de sobrepensar) que, paradójicamente, pueden aumentar la rumiación y el malestar. En depresión, este conjunto suele traducirse en pérdida de reforzamiento y retiro conductual, en la ansiedad se ubica el proceso de hipervigilancia y evitación y en TEPT, en intrusiones, evitación de recordatorios y activación

sostenida, lo que restringe progresivamente el funcionamiento y deteriora la calidad de vida por la interferencia emocional y conductual (Harvey et al., 2004).

Con esa base explicativa, la pertinencia de ubicar el estudio en un nivel de intervención terciaria dentro de la psicología de la salud se vuelve evidente, porque la atención terciaria se orienta a personas con enfermedad establecida o con secuelas significativas y prioriza la reducción del impacto funcional, la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida mediante estrategias de adaptación psicológica y modificación de conductas relevantes (afrontamiento, percepción de control, creencias sobre la enfermedad, adherencia y reactivación de rutinas). En este sentido, el enfoque terciario no busca únicamente “disminuir síntomas”, sino recuperar funcionamiento y participación cotidiana, lo cual conecta directamente con la lógica del estudio y utilizar depresión, ansiedad y TEPT como variables explicativas que permiten justificar por qué la carga emocional repercute en la calidad de vida y por qué una intervención cognitivo-conductual puede producir cambios iniciales precisamente en los dominios más sensibles al funcionamiento, aun cuando la percepción global de salud requiera más tiempo o abordajes complementarios (Kazdin, 2011).

Esta tesis aporta como elemento diferencial en la investigación cambiando el solo confirmar que hay secuelas o que ciertas intervenciones son útiles, el trabajo aporta una integración empírica por fases que permite explicar el deterioro de la calidad de vida y no solo describirlo. Al ubicar la calidad de vida como desenlace central y utilizar depresión, ansiedad y síntomas de TEPT como variables explicativas, el estudio genera evidencia sobre cómo el malestar psicológico se traduce en interferencia funcional y además incorpora el componente de ansiedad específica por COVID como pieza clínica relevante para entender el mantenimiento del malestar en sobrevivientes. Esta forma de enlazar calidad de vida y malestar psicológico es especialmente pertinente en post-COVID severo, donde se ha documentado síntomas de TEPT

y deterioro en calidad de vida, pero no siempre se integra la explicación funcional con un enfoque meramente cognitivo-conductual orientado a conductas observables y explicarlo desde una mera intervención psicológica (Algami, 2021; Janiri et al., 2021; Halvorsen et al., 2023).

A partir de estos hallazgos, esta tesis permite sostener un punto alto de certeza para la psicología de la salud y las intervenciones con enfoque cognitivo-conductual en sobrevivientes de COVID-19 severo, la calidad de vida se organiza de manera jerárquica, de modo que el componente psicológico constituye una unión central donde converge el malestar psicológico (TEPT, depresión y ansiedad) y desde donde se explica gran parte del deterioro en la vida cotidiana. Este planteamiento no se reduce a la presencia de síntomas, sino a la interferencia funcional que surge cuando los procesos emocionales se vuelven persistentes, lo que coincide con modelos centrados en resultados del paciente en los que el funcionamiento actúa como puente entre síntomas y evaluación global de salud (Wilson & Cleary, 1995; Halvorsen et al., 2023)

En el plano práctico, la contribución principal se ubica en la toma de decisiones clínicas y de diseño de una intervención Cognitivo- Conductual para mejorar la calidad de vida de tipo terciaria debe focalizarse en procesos mantenedores modificables (conductas de evitación, hipervigilancia, rumiación, conductas de seguridad, interrupción de rutinas) y medir resultados con indicadores, a su vez aporta técnicas seleccionadas para trabajar con esta población de sobrevivientes que pasaron por un cuadro grave de COVID severo, (entubación, hospitalización) que permita abordar las secuelas desde lo psicológico meramente. Esta generalización tiene consecuencias directas, orientadas a priorizar objetivos terapéuticos centrados en reintegración a actividades y manejo de regulación emocional, respuestas fisiológicas, así como procesos cognitivos esto también sugiere que evaluar únicamente salud

general como indicador principal puede subestimar beneficios tempranos de intervenciones psicológicas breves (Algamdi, 2021; Kuut et al., 2023).

La contribución científica de la investigación se ubica específicamente en el área de psicología de la salud aplicada a secuelas post-COVID donde se propone y respalda empíricamente una forma de integración por fases (relación entre malestar psicológico y calidad de vida y efectos preliminares de cambio con intervención Cognitivo- Conductual de tipo terciario) que es metodológicamente viable en contextos clínicos reales donde las muestras son pequeñas y los recursos limitados. En términos indiscutibles, la tesis deja establecido que la calidad de vida se explica también cuando se integra la sintomatología emocional como parte de factores de interferencia, lo que delimita un marco de acción para evaluación e intervenir y que esto a su vez puede replicarse no solo en sobrevivientes de COVID sino también en sobrevivientes de enfermedades críticas que estuvieron en la UCI (Nerli et al., 2024; Cox et al., 2024).

LIMITACIONES

La principal limitación que se tuvo en el proyecto fue que el usuario tuvo que dejar la intervención a la mitad por cuestiones personales, lo que provocó que se modificara el objetivo de aplicar la intervención completa como era el objetivo en un inicio. Por otro lado, otra limitante fue la muestra pequeña en la fase II (N=17), debido a que acceder a esta muestra fue complejo debido a que los usuarios (sobrevivientes) referían ya no querer hablar del tema o tener que ver con el tema de COVID.

RECOMENDACIONES

La principal recomendación que se hace con respecto a esta intervención es terminar con la aplicación de la intervención que ya está diseñada previamente para medir los efectos a mayor escala y también el poder incrementar el número de sesiones.

También se sugiere ampliar el tamaño muestral y estratificar por severidad (hospitalización/UCI) y tiempo desde la infección, comparar formatos presenciales versus online para optimizar accesibilidad. También el poder aplicar a sobrevivientes de COVID que estuvieron atendidos en el hogar pero que si requirieron cuidados intensivo y oxígeno para realizar las comparativas y efecto de la intervención en esa población.

Así mismo, integrar módulos para sueño (intervenciones breves conductuales para insomnio) podría aumentar la magnitud del cambio en dominios como vitalidad y salud general.

CONCLUSIONES

En esta investigación estudió la experiencia posterior en sobrevivientes de COVID severo, conjuntando con la variable de calidad de vida y sus variables de malestar psicológico presentes como síntomas de ansiedad, síntomas de depresión y síntomas de TEPT. Se partió de la idea

de que la calidad de vida no solo depende de lo físico, sino de qué tanto la persona puede hacer su vida diaria y cómo se siente emocionalmente no quiere decir que perciba o tenga una buena calidad de vida. Por eso se midieron la calidad de vida y también ansiedad, depresión y síntomas de TEPT. La hipótesis fue que, a mayor malestar emocional, peor calidad de vida. Los resultados apoyaron esa idea: los síntomas emocionales se relacionaron con una peor calidad de vida, especialmente con el rol emocional (cuando las emociones impiden cumplir responsabilidades). En el pilotaje, tras la intervención breve, se observaron cambios en la dirección esperada principalmente en conductas funcionales. En conjunto, esto indica que en post-COVID severo es importante trabajar la parte emocional porque puede afectar directamente la calidad de vida. En la práctica, sugiere que las intervenciones terciarias deben enfocarse en recuperar funcionamiento y roles además de reducir síntomas. Como recomendación, se recomienda replicar el estudio con más participantes y con seguimiento para confirmar y fortalecer estos hallazgos.

Resaltando la fase I donde se comparan los niveles de ansiedad relacionados al COVID durante la experiencia de la pandemia y posterior de manera retrospectiva.

Los resultados evidencian que los participantes presentaron mayores niveles de ansiedad relacionada con el coronavirus durante la pandemia en comparación con el periodo posterior a ella. Esta disminución fue estadísticamente significativa y de tamaño medio–alto, lo que sugiere que el impacto emocional del COVID-19 se redujo conforme disminuyó la exposición al contexto pandémico en la población general.

Esta tendencia es congruente con estudios previos que han señalado que la exposición continua a información alarmante, la incertidumbre sobre el contagio y las restricciones sociales, incrementaron la ansiedad y el estrés percibido durante los meses críticos de la pandemia. Investigaciones realizadas en diversos países han documentado aumento sustanciales en temor,

vigilancia, excesiva, insomnio, rumiación, asociada al COVID-19, los cuales atenúan conforme disminuye la percepción de la amenaza.

Asimismo, los resultados sugieren que la respuesta emocional ante el coronavirus no fue estática, sino que cambió conforme se transformó el contexto sociocultural. La ansiedad, en este sentido, parece ser una reacción condicionada por la percepción de riesgo, la saturación mediática y la disponibilidad de información. A medida que los contagios descendieron, se incrementaron las sensaciones de control y se redujo la preocupación cotidiana por la enfermedad, lo que coincide con el descenso observado en los puntajes posteriores a la pandemia. Sin embargo, este estudio fue hecho con población general que sufrió diversos niveles de los estragos de la pandemia,

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el Código de Ética de las y los Psicólogos Mexicanos (2018) y para los fines de la investigación será importante considerar los principios éticos:

- **Confidencialidad:** los profesionales de la psicología tendrán como obligación básica la confidencialidad de la información obtenida a partir de la relación profesional. Solo revelarán la información con el consentimiento de las personas o del representante legal de las mismas, excepto en aquellas circunstancias particulares en que de no hacerlo llevaría a un evidente daño a las personas u a otros, o salvo orden judicial expresa.
- **Integridad:** los profesionales de la psicología promoverán su integridad en el desarrollo de la ciencia, en la enseñanza y en el ejercicio profesional de la psicología. Se empeñarán en ser conscientes de sus sistemas de creencias, valores, necesidades y limitaciones y del efecto que éstos tienen sobre su trabajo, evitando el engaño, el fraude, el empleo de títulos que no posea, la falsificación de resultados y los sesgos al realizar investigación, demostrando precisión, honestidad, apertura, sinceridad y objetividad.
- **Justicia y equidad:** los profesionales de la psicología practicarán y promoverán la implementación de medidas y acciones para proporcionar oportunidades a personas en condiciones de alta vulnerabilidad para que estas puedan ejercer plenamente sus legítimos derechos y aspirar a mejorar su calidad de vida.
- **Respeto y defensa de los derechos humanos:** los profesionales de la psicología deberán respetar y promover los derechos fundamentales, la dignidad y el valor de todas las personas y no participarán en prácticas discriminatorias. Respetarán el derecho de los individuos a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación y autonomía.
- **Responsabilidad:** los profesionales de la psicología deberán, con plena consciencia, mantener altos niveles de calidad en su trabajo profesional y deberán aceptar las consecuencias de sus actos. Cumplirán con sus obligaciones profesionales y científicas y pondrán cuidado y

atención en lo que hacen o deciden, siempre buscando el bienestar de sus usuarios y de la sociedad.

Derechos de las y los usuarios de los servicios psicológicos profesionales en el campo de la salud

- Recibir trato digno y respetuoso.
- Recibir información clara, suficiente, veraz, oportuna y científica.
- Decidir sobre su atención psicológica cuando sus condiciones y circunstancias físicas, mentales y socioculturales lo permitan.
- Contar con la seguridad del manejo confidencial de la información trabajada en su proceso de atención, durante y posterior al mismo proceso.

VI. Normas éticas sobre la investigación en Psicología

Artículo 94. Después de haber tomado la decisión de colaborar en la línea de la investigación, el profesional de la psicología debe llevar este ejercicio con respeto, siempre interesado por la dignidad y el bienestar de los sujetos que participen.

Artículo 97. Al momento de hacer investigación, sobre todo en aquellos estudios que puedan generar incomodidad en los sujetos de experimentación, es necesario verificar la previa existencia de estudios y resultados semejantes, para evitar la repetición de proyectos, así como el daño o molestia generados en los sujetos que participen.

Artículo 98. En las investigaciones y experimentos que requieran la participación de sujetos humanos, el profesional de la psicología estará obligado a solicitar el consentimiento informado por escrito a los participantes y a exponerles las implicaciones que la participación en el estudio, pueda generar en su persona y su salud.

Artículo 99. El profesional de la psicología debe solicitar autorización a los sujetos si desean que los resultados sean publicados.

Artículo 101. Durante una investigación, debe estar siempre abierta la posibilidad de que las personas que participen como sujetos de estudio puedan desistir en cualquier momento en que lo deseen.

Artículo 106. En los trabajos de investigación, el profesional de la psicología actuará respetando los derechos de los sujetos estudiados en cuanto a ser consultados e informados de todo aquello que pudiera comprometer su salud, capacidad de decisión y participación en asuntos que afecten sus condiciones de vida.

De acuerdo con la Declaración de Helsinki de 2008 (Mazzanti, 2011).

Párrafo 6: “En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses”.

Párrafo 9. “La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida”.

Párrafo 11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

Párrafo 33. Al final de la investigación, todos los participantes en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

REFERENCIAS

- Ahmed, H., Patel, K., Greenwood, D. C., Halpin, S., Lewthwaite, P., Salawu, A., Eyre, L., Breen, A., O'Connor, R., Jones, A., & Sivan, M. (2020). Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission: A systematic review and meta-analysis. *Journal of rehabilitation medicine*, 52(5), jrm00063.
<https://doi.org/10.2340/16501977-2694>
- Álvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y salud*, 20(1), 97–102
- Algamdi, M. M. (2021). Assessment of post-COVID-19 quality of life using the quality of Life Index. *Patient Preference and Adherence*, 15, 2587–2596.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S340868>
- Alarcón, P. J. (2022). *Intervención cognitivo-conductual y centrada en soluciones para reducir el estrés por desempleo durante la pandemia: taller en línea*. Psicología y Salud (Universidad Veracruzana).
https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2790?utm_source=hatgpt.com
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. 4ª ed. Washington DC.
- Araghi, N. M., Zarei, M. A., Saei, S., Yousefi Nodeh, H. R., & Mahmoudi, E. (2022). The effect of online cognitive behavioral therapy on depressive symptoms in recovered

- patients with COVID-19. *Journal of education and health promotion*, 11, 70.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_727_21
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964–968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*. Guilford Press.
- Bridgland, V. M. E., Moeck, E. K., Green, D. M., Swain, T. L., Nayda, D. M., Matson, L. A. Takarangi, M. K. T. (2021). Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. *PloS One*, 16(1), e0240146. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240146>
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education*, 3, 37–43.
- Cabello Fernández, C., et al. (2025). Efficacy of cognitive and affective psychoeducation for Long COVID: A double-blind randomized controlled trial. *Brain Communications*, 7(3), fcac270. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcac270>
- Carfi, A., Bernabei, R., Landi, F., & Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. (2020). Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 324(6), 603–605.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
- Carenzo, L., Protti, A., Dalla Corte, F., Aceto, R., Iapichino, G., Milani, A., Santini, A., Chiurazzi, C., Ferrari, M., Heffler, E., Angelini, C., Aghemo, A., Ciccarelli, M., Chiti, A., Iwashyna, T. J., Herridge, M. S., Cecconi, M., & Humanitas COVID-19 Task Force (2021). Short-term health-related quality of life, physical function and psychological consequences of severe COVID-19. *Annals of intensive care*, 11(1), 91.
<https://doi.org/10.1186/s13613-021-00881-x>

- Carod-Artal, F. J. (2020). *Complicaciones neurológicas por coronavirus y COVID-19*. *Rev neuronal*, 70 (9): 311–322. <https://doi.org/10.33588/rn.7009.2020179>
- Caldas de Almeida, J. M., et al. (2022). Social determinants and COVID-19 in Latin America. *International Journal of Health Services*, 52(2), 125–141. <https://doi.org/10.1177/00207314221077967>
- Cénat, J. M., Farahi, S. M. M. M., Dalexis, R. D., Darius, W. P., Bekarkhanechi, F. M., Poisson, H., Labelle, P. R. (2022). The global evolution of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 315, 70–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.011>
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L. & Freyre, M. A. (2015). *Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes*. *Terapia Psicológica*, 33 (3), 195–203
- Cox, C. E., et al. (2024). Mobile app-based mindfulness intervention for addressing psychological distress among survivors of hospitalization for COVID-19 infection: A randomized clinical trial. *CHEST Critical Care*, 2(2), 100063. <https://doi.org/10.1016/j.chstcc.2024.100063>
- Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias, & Tecnologías. (2023, 25 de junio). *COVID-19 México: Tablero México (datos abiertos)*. CONAHCYT–CentroGeo–GeoInt–DataLab. Recuperado el 15 de noviembre de 2025, de <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Cui, J., Li, F., & Shi, Z. L. (2019). *Origin and evolution of pathogenic coronaviruses*. *Nat Rev Microbiología*, 17 (3), 181–92. <https://doi.org/10.1038/s41579-018-0118-9>
- Chen, C., Hauptert, S. R., Zimmermann, L., Shi, X., Fritsche, L. G., & Mukherjee, B. (2022). Global prevalence of post–COVID-19 condition or long COVID: A meta-analysis and

- systematic review. *Journal of Infectious Diseases*, 226(9), 1593–1607.
<https://doi.org/10.1093/infdis/jiac136>
- Chesney, S. A., Dar, R., & Antony, M. M. (2014). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in medical patients: A critical review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 21(1), 13–24. <https://doi.org/10.1007/s10880-013-9387-6>
- Dabanch, J. (2021). EMERGENCIA DE SARS-COV-2. ASPECTOS BÁSICOS SOBRE SU ORIGEN, EPIDEMIOLOGÍA, ESTRUCTURA Y PATOGENIA PARA CLÍNICOS. *Revista médica Clínica Las Condes*, 32(1), 14–19.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.12.003>
- Davis, H. E., Assaf, G. S., McCorkell, L., Wei, H., Low, R. J., Re'em, Y., ... Akrami, A. (2021). Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine*, 38, 101019.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019>
- Davydow, D. S., Desai, S. V., Needham, D. M., & Bienvenu, O. J. (2008). Psychiatric morbidity in survivors of the acute respiratory distress syndrome: A systematic review. *Psychosomatic Medicine*, 70(4), 512–519.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31816aa0dd>
- Domínguez-Rodríguez, A., Martínez-Luna, S. C., Hernández Jiménez, M. J., De la Rosa-Gómez, A., Arenas-Landgrave, P., Esquivel Santoveña, E. E., Arzola-Sánchez, C., Alvarez Silva, J. A., Solis Nicolás, A. M., Colmenero Guadián, A. M., Ramírez-Martínez, F. R., & Castellanos Vargas, R. O. (2021, marzo). A self-applied multi-component psychological online intervention based on UX, for the prevention of complicated grief disorder in the Mexican population during the COVID-19 outbreak: Protocol of a randomized clinical trial [Protocolo de ensayo clínico]. *Frontiers in Psychology*, 12, 644782. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644782>

- Durón-Figueroa, R., Cárdenas-López, G., Castro-Calvo, J. & De la Rosa-Gómez, A. (2019). *Adaptación de la lista checable de trastorno por estrés postraumático en población mexicana*. *Acta de investigación psicológica*, 19 (1). 27–36
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Evans, R. A., McAuley, H., Harrison, E. M., Shikotra, A., Singapuri, A., Sereno, M., ... Brightling, C. E., on behalf of the PHOSP-COVID Collaborative Group. (2021). Physical, cognitive, and mental health impacts of COVID-19 after hospitalisation (PHOSP-COVID): A UK multicentre, prospective cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 9(11), 1275–1287. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00383-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00383-0)
- Franco, J. V. A., et al. (2024). *Post-covid-19 conditions in adults: Systematic review and meta-analysis of health outcomes in controlled studies*. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086407>
- Federación Nacional de Colegios, Sociedades, & Asociaciones de psicólogos de México, A. C. (2018). *Código de Ética de las y los Psicólogos Mexicanos (1a ed.)*. <https://fenapsime.org/wp-content/uploads/2020/04/codet.pdf>
- Fernandes, Q., Inchakalody, V. P., Merhi, M., Mestiri, S., Taib, N., Moustafa Abo El-Ella, D., Bedhiafi, T., Raza, A., Al-Zaidan, L., Mohsen, M. O., Yousuf Al-Nesf, M. A., Hssain, A. A., Yassine, H. M., Bachmann, M. F., Uddin, S., & Dermime, S. (2022). Variantes emergentes de COVID-19 y su impacto en el diagnóstico, la terapéutica y las vacunas del SARS-CoV-2. *Anales de medicina*, 54(1), 524–540. <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2031274>

- Fisayo, T., & Tsukagoshi, S. (2021). Three waves of the COVID-19 pandemic. *Postgraduate Medical Journal*, 97(1147), 332. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138564>
- Ford, J. D., et al. (2023). Traumatic stress research during the COVID-19 pandemic: Prevalence and trajectories of PTSD in hospitalized survivors. *Psychological Medicine*, 53(7), 1123–1136. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000037>
- Fonseca, A. A., Figueroa Varela, M. del R., & López Beltrán, I. (2021). Experiencias de un grupo telepsicoterapéutico durante la pandemia COVID-19. *Psicumex*, 11(1), e423. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i1.423>
- Gómez Hoyt, B. M., Méndez Pruneda, K. P., Novak Villarreal, M. F., & González Ramírez, M. T. (2021). Manejo del estrés y miedo al COVID-19 desde la integración de los enfoques cognitivo-conductual y centrado en soluciones. *Psicumex*, 11(2), e408. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i2.408>
- García-Salido, A., de Carlos Vicente, J. C., Belda Hofheinz, S., Slöcker, J. L., Leoz Gordillo, I., & Cabrero-Hernández, M. (2020). Children in critical care due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection: Experience in a Spanish tertiary hospital. *Pediatric Critical Care Medicine*, 21(8), e576–e580. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002475>
- Gonzalez-Curiel, I. E. (2020). Persistence of COVID-19 symptoms after recovery in Mexican population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9367. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249367>
- González-Rivera, J. A., Rosario-Rodríguez, A. & Cruz-Santos, A. (2020). *Escala de ansiedad por Coronavirus: un nuevo instrumento para medir síntomas de ansiedad asociados al COVID-19*. Interacciones. Revista de avances en psicología, 6 (3). 1–8
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the

- 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Graña, C., Ghosn, L., Evrenoglou, T., Jarde, A., Minozzi, S., Bergman, H., Boutron, I. (2022). Efficacy and safety of COVID-19 vaccines. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(3), CD015477. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015477>
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622–629. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009>
- Halvorsen, P., et al. (2023). Health-related quality of life after surviving intensive care for COVID-19: A prospective multicenter cohort study. *Scientific Reports*, 13, 18035. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-45346-2>
- Harrison, A. G., Lin, T., & Wang, P. (2020). Mechanisms of SARS-CoV-2 transmission and pathogenesis. *Trends in Immunology*, 41(12), 1100–1115. <https://doi.org/10.1016/j.it.2020.10.004>
- Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D. A., & Watkinson, P. (2018). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. *Critical Care*, 22(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.)*. Guilford Press.
- Hofhuis, J. G., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, G. J., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2008). The impact of critical illness on perceived health-related quality of life during ICU treatment, hospital stay, and after hospital discharge: a long-term follow-up study. *Chest*, 133(2), 377–385. <https://doi.org/10.1378/chest.07-1217>

- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E., Ahmed, H. U., & Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research*, 9, 636. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>
- Huarcaya-Victoria, J., Barreto, J., Aire, L., Podestá, A., Caqui, M., Guija-Igreda, R., Alarcon-Ruiz, C. A. (2021). *Mental health in COVID-2019 survivors from a general hospital in Peru: Sociodemographic, clinical, and inflammatory variable associations*. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–22. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00659-z>
- Huang, C., Huang, L., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Gu, X., ... Cao, B. (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: A cohort study. *The Lancet*, 397(10270), 220–232. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)
- Ilmiatun, N., Astri, N., & Syafitri, M. (2021). *Efectividad de la psicoterapia en línea en el manejo de problemas de salud mental durante la pandemia de Covid-19: una revisión sistemática*. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 10 (1), 1032–1040. <https://doi.org/10.30994/sjik.v10i1.758>
- In, J., Cho, I., Kim, J., & Kim, S. (2017). Introduction of a pilot study. *Journal of the Korean Medical Science*, 32(5), 190–193.
- Janiri, D., Carfi, A., Kotzalidis, G. D., Bernabei, R., Landi, F., & Sani, G. (2021). Posttraumatic stress disorder in patients after severe COVID-19 infection. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 567–569. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0109>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living (Revised ed.)*. Bantam Books.

- Kaseda, E., & Levine, A. (2020). Post-traumatic stress disorder: A differential diagnostic consideration for COVID-19 survivors, *The Clinical Neuropsychologist*, 34, (7–8), 1498–1514, <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1811894>
- Karim, S. S. A., & Karim, Q. A. (2021). Omicron SARS-CoV-2 variant: A new chapter in the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10317), 2126–2128. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02758-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02758-6)
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings (2nd ed.)*. Oxford University Press.
- Kendall, P. C. (2017). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children (3rd ed.)*. Guilford Press.
- Kostev, K., Smith, L., Koyanagi, A., & Jacob, L. (2022). Prevalence of and factors associated with post-Coronavirus disease 2019 (COVID-19) condition in the 12 months after the diagnosis of COVID-19 in adults followed in general practices in Germany. *Open Forum Infectious Diseases*, 9(7), 333. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac333>
- Korkut, S. (2022). Research of the Coronavirus anxiety, post-traumatic stress, generalized anxiety disorder, quality of life, and stress coping styles in COVID-19 survivors. *Psychological Reports*, 125(6), 3069–3083. <https://doi.org/10.1177/00332941221129131>
- Kuut, T. A., Müller, F., Csorba, I., Braamse, A. M. J., et al. (2023). Efficacy of cognitive-behavioral therapy targeting severe fatigue following coronavirus disease 2019: Results of a randomized controlled trial. *Clinical Infectious Diseases*, 77(5), 687–695. <https://doi.org/10.1093/cid/ciad257>
- Lam, MH, Wing, YK, Yu, MW, Leung, CM, Ma, RC, Kong, AP, So, WY, Fong, SY, & Lam, SP (2009). *Morbilidades mentales y fatiga crónica en sobrevivientes de síndrome*

- respiratorio agudo severo: seguimiento a largo plazo*. Archivos de medicina interna, 169 (22), 2142–2147. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.384>
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935–946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Li, Y., Scherer, N., Felix, L., & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 16(3), e0246454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>
- Li, J., Li, X., Jiang, J., Xu, X., Wu, J., Xu, Y., Lin, X., Hall, J., Xu, H., Xu, J., & Xu, X.(2020). *The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Depression, Anxiety, and Stress in Patients With COVID-19: A Randomized Controlled Trial*. Front. Psychiatry, 11:580827. Recuperado de <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.580827>
- Liu, X., Zhu, M., Zhang, R., Zhang, J., Zhang, C., Liu, P., Chen, Z. (2021). Public mental health problems during COVID-19 pandemic: a large-scale meta-analysis of the evidence. *Translational Psychiatry*, 11(1), 384. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01501-9>
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17–e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
- Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., & Villapol, S. (2021). More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, 11(1), 16144. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>

- Mao, L., Wang, M., Chen, S., He, Q., Chang, J., Hong, C., Zhou, Y., Wang, D., Li, Y., Jin, H., & Hu, B. (2020). *Neuro- logical manifestations of hospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective case series study*. SSRN Journal, 1–25
<https://doi.org/10.1101/2020.02.22.20026500>
- Mahya, D., Mohamad, B., Zeinab, K., Soroush, B., Mahnaz, S., Fariba, R., Zeinab, K., Mohammad, M. K., Hanieh, D & Hadis, R.(2021). *Psychological problems and reduced health-related quality of life in the COVID-19 survivorS*. Journal of Affective Disorders Reports, 6. recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100248>
- Mansell, W., Harvey, A. G., Watkins, E., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 594–600.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- Mazzanti, M. (2011). *Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos*. Revista Colombiana de Bioética 6(1), 125–144 <https://doi.org/10.18270/rcb.v6i1.821>
- Méndez, R., Balanzá-Martínez, V., Luperdi, S. C., Estrada, I., Latorre, A., González-Jiménez, P., Feced, L., Bouzas, L., Yépez, K., Ferrando, A., Hervás, D., Zaldívar, E., Reyes, S., Berk, M., & Menéndez, R. (2021). Short-term neuropsychiatric outcomes and quality of life in COVID-19 survivors. *Journal of internal medicine*, 290(3), 621–631.
<https://doi.org/10.1111/joim.13262>
- Michelen, M., Manoharan, L., Elkheir, N., Cheng, V., Dagens, A., Hastie, C., O'Hara, M., Suett, J., Dahmash, D., Bugaeva, P., Rigby, I., Munblit, D., Harriss, E., Burls, A.,

- Foote, C., Scott, J., Carson, G., Oliaro, P., Sigfrid, L., & Stavropoulou, C. (2021). *Characterising long COVID: a living systematic review*. *BMJ global health*, 6(9).
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005427>
- Murano, L., et al. (2025). Effectiveness of a mindfulness-based stress reduction intervention on Long COVID-19 patients: An RCT. *Annali di Igiene*, 37(3), 275–284.
<https://doi.org/10.7416/ai.2025.2678>
- Nagarajan, R., Krishnamoorthy, Y., Basavarachar, V., & Dakshinamoorthy, R.(2022). Prevalence of post-traumatic stress disorder among survivors of severe COVID-19 infections: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 299, 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.040>
- Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A., Madhavan, M. V., McGroder, C., Stevens, J. S., Wan, E. Y. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature Medicine*, 27(4), 601–615.
<https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *COVID-19 rapid guideline: Managing the long-term effects of COVID-19 (NG188)*. NICE.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>
- Nasserie, T., Hittle, M., & Goodman, S. N. (2021). Assessment of the frequency and variety of persistent symptoms among patients with COVID-19: A systematic review: A systematic review. *JAMA Network Open*, 4(5), e2111417.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.11417>
- Nguyen, H. B., Nguyen, T. H. M., Vo, T. H. N., Vo, T. C. N., Nguyen, D. N. Q., Nguyen, H.-T., Truong, Q, B. (2022). *Post-traumatic stress disorder, anxiety, depression and related factors among COVID-19 patients during the fourth wave of the pandemic in Vietnam*. *International Health*, ihac040. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihac040>

- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. R. (2013). *Cognitive-behavioral therapy for medically unexplained symptoms: A critical review of the treatment literature*. Springer.
- Nerli, T. F., Selvakumar, J., Cvejic, E., et al. (2024). Brief outpatient rehabilitation program for post–COVID-19 condition: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 7(12), e2450744. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.50744>
- Ojeda, A., Calvo, A., Cuñat, T., Mellado-Artigas, R., Costas-Carrera, A., Sánchez-Rodríguez, M. M., et al. (2024). Effectiveness of a specific follow up program for the management of the mental components of post-intensive care syndrome and chronic pain after COVID-19: Results from the PAIN-COVID randomized clinical trial. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*, 71(5), 349–359. <https://doi.org/10.1016/j.redare.2023.12.009>
- Pappa, S., Barmparessou, Z., Athanasiou, N., Sakka, E., Eleftheriou, K., Patrinos, S., ... Katsaounou, P. (2022). Depression, insomnia and post-traumatic stress disorder in COVID-19 survivors: Role of gender and impact on quality of life. *Journal of Personalized Medicine*, 12(3), 486. <https://doi.org/10.3390/jpm12030486>
- Peña-Sánchez, J. N., Urrutia-Pereira, M., Patiño, D. G., & Avila-Ramírez, J. (2021). The impact of COVID-19 on Latin American health systems. *Frontiers in Public Health*, 9, 708123. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.708123>
- Ponce, L. L., Muñiz, S. J., Mastarreno, M. P., & Villacreses, G. A. (2020). *Secuelas que enfrentan los pacientes que superan el COVID-19*. RECIMUNDO, (3), 153–162. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.153-162](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.153-162)
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus*. <https://www.who.int/>

- Renaud-Charest, O., Lui, L. M. W., Eskander, S., Ceban, F., Ho, R., Di Vincenzo, J. D., ... McIntyre, R. S. (2021). Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 129–137. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.054>
- Ribot Reyes, V., Chang Paredes, N., & González Castillo, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera De Ciencias Médicas*, 19, Recuperado de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3307>
- Riveros-Rosas, A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2021). *Efectos psicológicos de la pandemia*. En L. E. Fischer & J. S. Méndez (Eds.), *Impacto de la crisis del COVID-19 en México*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611–627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Shah, S. M. A., Mohammad, D., Qureshi, M. F. H., Abbas, M. Z., & Aleem, S. (2021). Prevalence, psychological responses and associated correlates of depression, anxiety and stress in a global population, during the Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic. *Community Mental Health Journal*, 57(1), 101–110. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00728-y>
- Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). *An analysis of variance test for normality (complete samples)*. *Biometrika*, 52(3–4), 591–611. <https://doi.org/10.1093/biomet/52.3-4.591>
- Sánchez-Aragón, R., García-Meraz, M., Martínez-Trujillo, B. D. (2015). *Encuesta de salud sf-36*. Validación en tres contextos culturales de México. *Revista iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 45 (3). 5–16

- Soriano, J. B., Murthy, S., Marshall, J. C., Relan, P., Diaz, J. V., & WHO Clinical Case Definition Working Group on Post-COVID-19 Condition. (2022). A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *The Lancet Infectious Diseases*, 22(4), e102–e107. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00703-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00703-9)
- Spearman, C. (1904). The proof and measurement of association between two things. *The American Journal of Psychology*, 15(1), 72–101. <https://doi.org/10.2307/1412159>
- Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., Luciano, S., & Harrison, P. J. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: A retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 416–427. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5)
- Taylor, S. E. (2021). *Health psychology (11th ed.)*. McGraw-Hill Education.
- Urzúa M, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61–71. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000100006>
- Vargas, A. N. & Corian, K. (2017). *Estrés postraumático y Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Ciudad de México, México: Manual moderno.
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Wang, L., Calzavara, A., Baral, S., Smylie, J., Chan, A. K., Sander, B., Mishra, S. (2022). Differential patterns by area-level social determinants of health in COVID-19 related mortality and non-COVID-19 mortality: a population-based study of 11.8 million people in Ontario, Canada. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 76(6), 1110–1120. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac850>

- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273(1), 59–65.
<https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520250075037>
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, 20, 100317. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
- Winger, J. G., Mosher, C. E., Rand, K. L., & Darlow, S. D. (2022). Designing psychosocial intervention pilot studies: A practical tutorial. *Frontiers in Psychology*, 13, 858271.
- World Health Organization. (2021, December 6). *COVID-19 and the social determinants of health and health equity: Evidence brief*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038387>
- World Health Organization. (n. d.). WHOQOL: Measuring quality of life. Retrieved January 25, 2026, from <https://www.who.int/tools/whoqol>
- World Health Organization. (2020, March 11). *WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19—11 March 2020*. <https://www.who.int/news-room/speeches/item/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19—11-march-2020>
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Xie, Y., Xu, E., & Al-Aly, Z. (2022). Risks of mental health outcomes in people with covid-19: Cohort study. *BMJ*, 376, e068993. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068993>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A

- systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Yesudhas, D., Srivastava, A., & Gromiha, M. M. (2021). COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. *Infection*, 49(2), 199–213. <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01516-2>
- Yuan, Y., Liu, Z.-H., Zhao, Y.-J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., ... Xiang, Y.-T. (2021). Prevalence of post-traumatic stress symptoms and its associations with quality of life, demographic and clinical characteristics in COVID-19 survivors during the post-COVID-19 era. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 665507.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.665507>
- Zamiri-Miandoab, N., Hassanzade, R., & Mirghafourvand, M. (2022). The effect of cognitive behavior therapy on anxiety and depression during COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 21(1), 40.
<https://doi.org/10.1186/s12991-022-00417-y>
- Zeng, N., Zhao, Y.-M., Yan, W., Li, C., Lu, Q.-D., Liu, L., Lu, L. (2023). A systematic review and meta-analysis of long term physical and mental sequelae of COVID-19 pandemic: call for research priority and action. *Molecular Psychiatry*, 28(1), 423–433.
<https://doi.org/10.1038/s41380-022-01614-7>
- Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., & Smith, A. C. (2022). The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*, 28(4), 377–383.
<https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0285>

ANEXOS

ANEXO 1 REGISTROS DE EVALUACIÓN

Tabla de actividades de la activación conductual. Monitorización de actividades y emociones

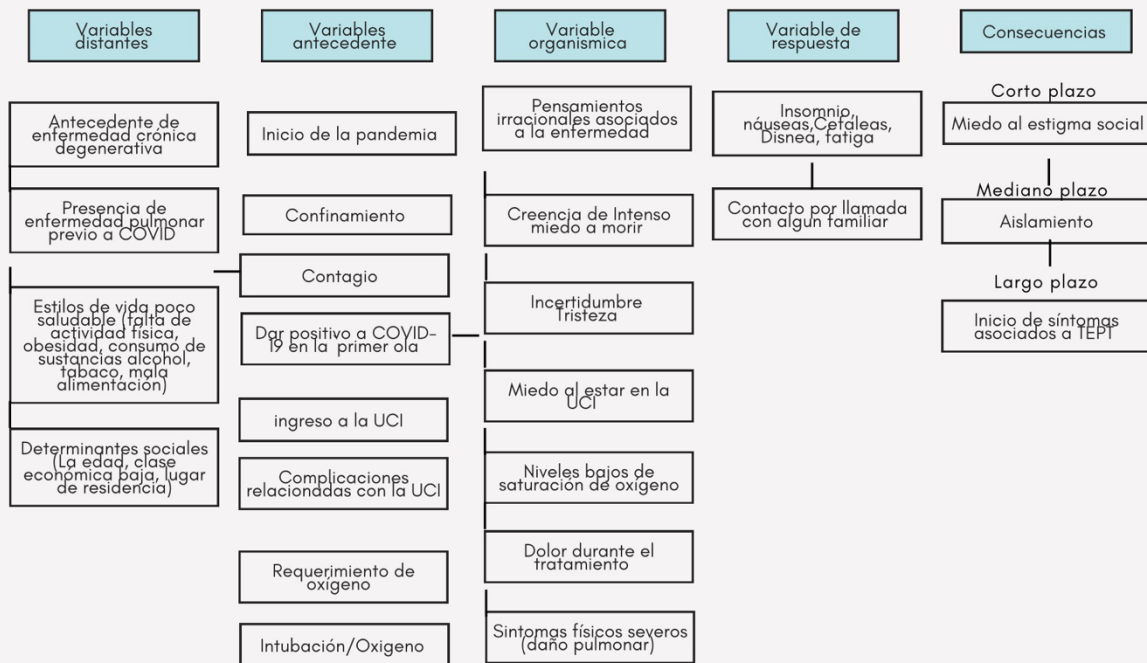
Instrucciones: anota tu actividad en cada hora del día (qué estabas haciendo, con quién, dónde, etcétera). Anota una emoción asociada a cada actividad (por ejemplo, triste, contento, asustado, enfadado, avergonzado, disgustado, sorprendido). Valora la intensidad de tu emoción entre 1 y 10, donde «1» = «nada intenso» y «10» = «muy intenso».

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
5:00 – 7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00 – 5:00							

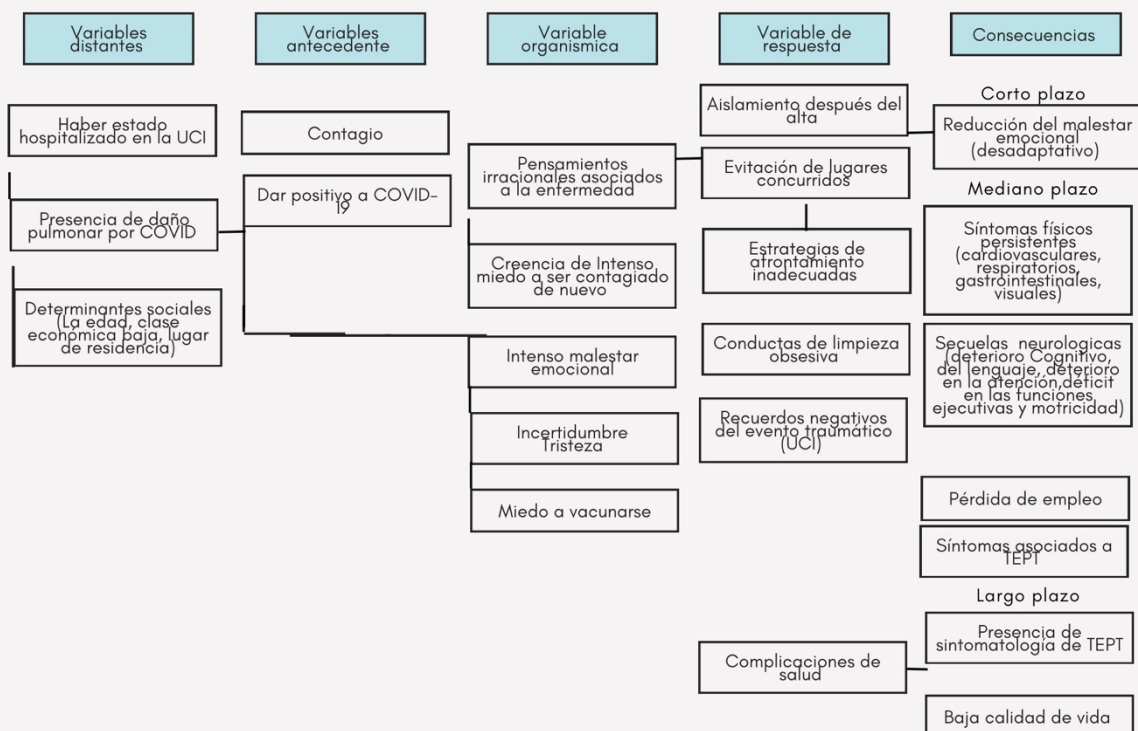
AUTOREGISTRO

Día/hora	Situación ¿Que sucedió?	Emoción ¿Que sintió?	Pensamiento ¿Que fue lo que pensó sobre eso?	Conducta ¿Que hizo ante esta situación?	Del 1 la 10 (donde 1 es nada y 10 es mucho) que tanto le causó malestar

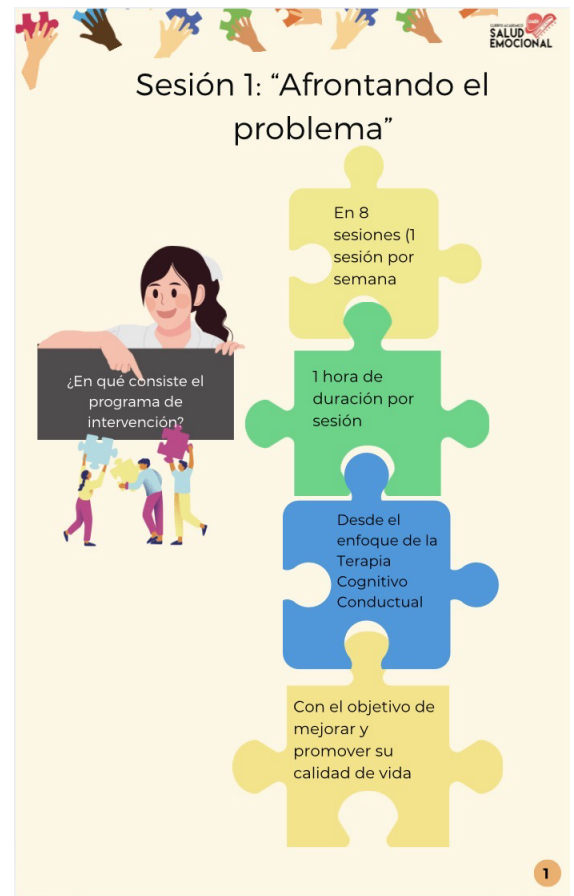
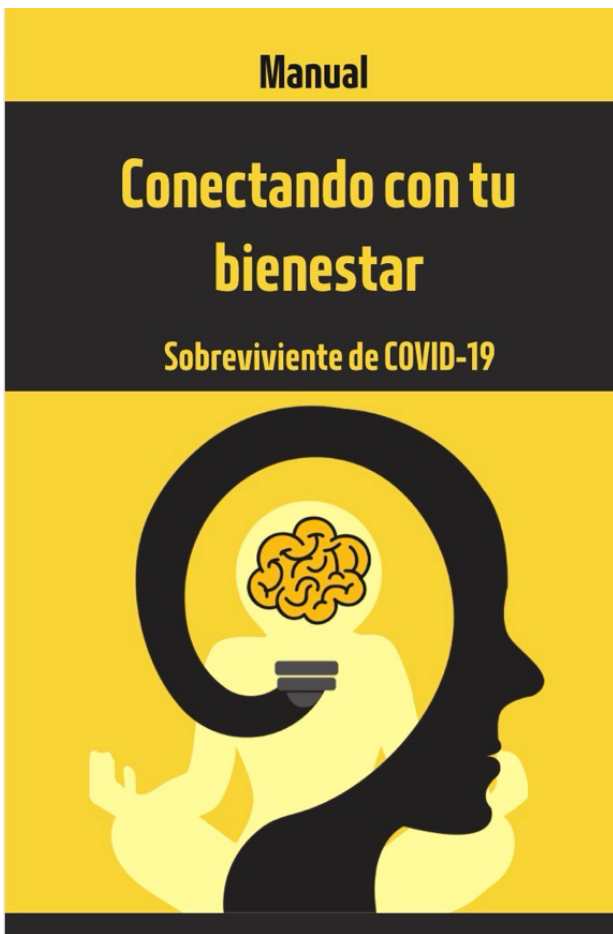
MAPA CLÍNICO DE PATOGENESIS CONCEPTUAL DEL ENFERMO POR COVID-19 SEVERO



MAPA CLÍNICO DE PATOGENESIS DEL SOBREVIVIENTE DE COVID-19 SEVERO



ANEXO 2. MATERIALES DE INTERVENCIÓN





Emoción

Es una alteración del ánimo agradable o desagradable, acompañada de una cierta conmoción somática, es decir, la sentimos en alguna parte del cuerpo. Es una respuesta adaptativa, breve, intensa, asociada a un estímulo interno o externo.



Pensamiento

Un pensamiento es un proceso mental que implica la formación y manipulación de ideas, imágenes, conceptos y juicios.



Conducta

Son acciones, comportamientos o reacciones observables de un individuo. La conducta puede ser influenciada por diversos factores, incluyendo pensamientos, emociones y el entorno en el que se encuentra la persona.

Sesión 2: "Mirando de adentro hacia afuera post COVID"



Estado físico

Respuesta Fisiológica: El miedo puede activar la respuesta de "lucha o huida", aumentando la frecuencia cardíaca y liberando hormonas del estrés.

Sistema Inmunológico: El estrés crónico, por ejemplo, puede debilitar la respuesta inmunológica.

Tensión Muscular: Emociones como el estrés pueden contribuir a la tensión muscular, provocando dolores y molestias.







Sesión 3: "Pienso un poco y luego me relajo"

Hola, cómo vistes en la sesión aprendimos que las preocupaciones son pensamientos e imágenes negativas sobre el futuro en esta sesión tienes material que puedes consultar cuando lo necesites.

Características de una preocupación

- Es repetitiva
- Negativa
- **Es rumiativa**
- Es desencadenada por estímulos o situaciones



¿Que la detona?

Existen diversas causas y todo dependerá de cada individuo, pero existen factores que vimos en la sesión pasada cómo:



Emoción
Pensamiento
Conducta



El contexto

SALUD EMOCIONAL

Sesión 4 “Solo fue un mal día, no una mala vida”



En la sesión 4 aprendiste que las preocupaciones funcionan como un catalizador para prepararte para enfrentar resultados negativos o frenarlos con eficacia. Abajo se muestran características que se pueden emplear para identificarlas.

Preocupaciones improductivas



- Provocan temor y desconfianza
- Se expresan de un modo inconfirmable
- Tienen la mínima probabilidad de pasar
- Se enfoca en situaciones hipotéticas del tipo “¿Y si?”
- Centra la atención en problemas imaginarios sobre los cuales poseemos escasa o nula capacidad de influencia.
- Conduce a enfocarse en la posible incomodidad de la experiencia
- No se acepta ninguna solución para la inquietud
- Se adopta una perspectiva catastrófica
- Se experimenta una sensación de impotencia al enfrentar la situación de preocupación

Preocupaciones productivas



- Conducen a una acción de solución
- Permiten tener la capacidad de reconocer las opciones positivas y negativas
- Se centran en problemas reales
- Te permite probar y evaluar soluciones



Y recuerda.....
Las preocupaciones se solucionan mediante acciones simples que nos llevan a un bienestar.

6

Intervención Terciaria cognitivo-conductual para promover la calidad de vida de los sobrevivientes de COVID-19 severo



LIC. MARIELA GUTIERREZ YAÑEZ

ANEXO 3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Material suplementario 1. Escala de Ansiedad por Coronavirus.

Instrucciones: ¿Con qué frecuencia ha experimentado las siguientes molestias en las últimas dos semanas?

	Ninguna	Menos de un día o dos	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días durante las últimas 2 semanas
1. Me sentí mareado, aturdido o débil, cuando leía o escuchaba noticias sobre el coronavirus.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tuve problemas para quedarme o permanecer dormido porque estaba pensando en el coronavirus.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensé o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.	☐	☐	☐	☐	☐

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.

Sección 4 de 14

CAS SECCIÓN 1

INSTRUCCIONES:

Cuando comenzó la pandemia por COVID-19 ¿Con qué frecuencia experimentaste las siguientes molestias?

1.- Me sentí mareado, aturdido o débil, cuando leía o escuchaba noticias sobre el coronavirus. *

- ☐ Ninguna
- ☐ Menos de un día o dos
- ☐ Varios días
- ☐ Más de 7 días
- ☐ Casi todos los días

2. Tuve problemas para quedarme o permanecer dormido porque estaba pensando en el coronavirus *

- ☐ Ninguna
- ☐ Menos de un día o dos
- ☐ Varios días

Sección 6 de 14

AMAS-A

INSTRUCCIONES: Para cada oración, seleccione su respuesta

1. Me preocupa hacer lo correcto *

- ☐ Sí
- ☐ No

2. Es frecuente que me sienta inquieto (a) *

- ☐ Sí
- ☐ No

3. Es frecuente que me preocupe por lo que podría pasarle a mi familia *

- ☐ Sí
- ☐ No

Sección 7 de 14

BDI-II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor lee 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.

1. Tristeza *

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

2. Pesimismo *

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

Sección 8 de 14

PCL-5

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de problemas que algunas personas experimentan después de algún acontecimiento estresante o amenazante.

Por favor lea cada una de ellas y **seleccione** la opción que mejor describa qué tanto le ha molestado dicha situación en el último mes.

1. Recuerdos no deseados, repetidos y perturbadores relacionados a la experiencia estresante *

- ☐ No en absoluto
- ☐ Un poco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Mucho
- ☐ Extremadamente

2. Sueños perturbadores y repetidos relacionados a la experiencia estresante *

- ☐ No en absoluto
- ☐ Un poco
- ☐ Moderadamente

SF-36



INSTRUCCIONES: Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras, pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta y seleccione la respuesta que mejor lo (la) describa.

MARQUE SOLO UNA RESPUESTA

1. En general usted diría que su salud es: *

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año? *

- ☐ Mucho mejor ahora que hace un año
- ☐ Algo mejor ahora que hace un año
- ☐ Más o menos igual que hace un año