



**Universidad del Azuay**

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la  
Educación**

**Psicología Clínica**

**“EFECTOS PSICOLÓGICOS Y ADAPTATIVOS  
POSTCOVID-19 EN ADULTOS ENTRE 18 A 59  
AÑOS DE EDAD”**

**Autoras:**

**Ginnela Chapa Puin; Katherine Pérez Cajas**

**Directora:**

**PhD. Ana Lucia Pacurucu Pacurucu**

**Cuenca-Ecuador**

**2021**

## **DEDICATORIA**

A Dios por permitirme cumplir un sueño más. A mi hermana Elizabeth por estar siempre y por confiar en mí.

Ginnela Delfina Chapa Puin

Dedico a Dios por haberme regalado la vida, a mis padres Fabián y Marcia, quienes me enseñaron el valor de la perseverancia, lo que hace, que hoy en día se conviertan en los principales protagonistas de este sueño logrado. A mi hermana Andrea por estar siempre a mi lado y brindarme momentos de diversión.

A Manuel García por ser la pareja ideal y siempre impulsarme a ser mejor. Dedico también a mis abuelas Carmen y Elsa, que a diario se preocupan por mí y me brindan sus más sabios consejos.

Los quiero

Katherine Lizbeth Pérez Cajas

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres Segundo y Elena, por su amor, trabajo y paciencia en todos estos años, a mis hermanas Elena, Fani y Carmita, por su preocupación y cariño incondicional. Y a cada uno de mis sobrinos Jennifer, Thais, Mari, Alex, Sebastián y Martina, por toda la felicidad y compañía durante este camino.

Ginnela Delfina Chapa Puin

Quiero expresar mi agradecimiento a mi compañera de tesis Ginnela Chapa, con quien compartí la mayor parte de tiempo en la Universidad y durante el desarrollo de este trabajo, a la PhD. Ana Lucia Pacurucu por haber guiarnos e impartirnos sus conocimientos.

Katherine Lizbeth Pérez Cajas

## RESUMEN

La tesis titulada Efectos Psicológicos y Adaptativos Post-Covid19 en adultos entre los 18 a 59 años, es una investigación de tipo descriptiva, cuantitativa no experimental. Basada en el enfoque Cognitivo- Conductual y el Conductismo. Tiene como objetivo: Evaluar el impacto en la Salud Mental de personas que superaron el Covid-19, a través de la aplicación del test Adult Self Report (ASR), que evalúa sintomatología psicológica y problemas de adaptación en niveles normales, de riesgo y de atención clínica, después de 6 meses de un acontecimiento previo. Como resultados se obtuvo que, existe mayor porcentaje de efectos Psicológicos que Adaptativos, entre estos se encuentra: retraimiento, quejas somáticas, ansiedad y depresión. La mayoría de la población no presenta problemas significativos en la adaptación, sin embargo, se evidencio que el área laboral y las relaciones interpersonales se han visto afectadas en un porcentaje mínimo.

**Palabras claves:** Covid-19, efectos adaptativos, efectos psicológicos, riesgo, sintomatología.

## ABSTRACT

The thesis entitled Post-Covid19 Psychological and Adaptive Effects in adults aged 18 to 59 years, is a descriptive, quantitative, non-experimental research. Based on the Cognitive-Behavioral approach and Behaviorism, its objective is to evaluate the impact on the mental health of people who overcame Covid-19, through the application of the Adult Self Report (ASR) test, which evaluates psychological symptomatology and adaptation problems at normal, risk, and clinical care levels, after 6 months of a previous event. The results showed that there is a higher percentage of psychological rather than adaptive effects, including withdrawal, somatic complaints, anxiety, and depression. The majority of the population did not present significant problems in adaptation; however, it was evidenced that the work area and interpersonal relationships have been affected in a minimum percentage.

**Keywords:** Covid-19, adaptive effects, psychological effects, risk, symptomatology.

Translated by:



Ginnela Chapa Puin



Katherine Pérez Cajas



Language Unit

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	II
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	III
<b>RESUMEN</b> .....	IV
<b>ABSTRACT</b> .....	V
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	IX
<b>INDICE DE ANEXOS</b> .....	X
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I</b> .....	3
<b>1. EFECTOS PSICOLÓGICOS Y ADAPTATIVOS PREVIOS DE ENFERMEDADES SIMILARES</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	3
<b>1.1 Definiciones generales</b> .....	3
<b>1.2 Historia de la Covid-19</b> .....	4
<b>1.2.1 Manifestaciones clínicas</b> .....	4
<b>1.2.2 Llegada del Covid-19 al Ecuador</b> .....	5
<b>1.3 Historia de la Peste Negra</b> .....	6
<b>1.3.1 Efectos psicológicos y adaptativos de la Peste Negra</b> .....	6
<b>1.4 Historia de la Gripe Española</b> .....	7
<b>1.4.1 Efectos psicológicos y adaptativos de la Gripe Española</b> .....	7
<b>1.5 Historia de la Gripe Aviar</b> .....	9
<b>1.5.1 Efectos psicológicos y adaptativos de la Gripe Aviar</b> .....	9
<b>1.6 Historia del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)</b> .....	10
<b>1.6.1 Efectos psicológicos y adaptativos del Síndrome Agudo Severo (SARS)</b> .....	10
<b>1.7 Historia de la Gripe H1N1</b> .....	11
<b>1.7.1 Efectos psicológicos y adaptativos de la Gripe H1N1</b> .....	11
<b>1.8 Historia del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente</b> .....	12

<b>1.8.1 Efectos psicológicos y adaptativos del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente</b>	12
.....	12
<b>Conclusión.....</b>	13
<b>CAPITULO II.....</b>	14
<b>2. EFECTOS PSICOLÓGICOS Y ADAPTATIVOS EN PERSONAS POSTCOVID-19</b>	14
14	
<b>Introducción.....</b>	14
<b>2.1 Enfoque Cognitivo Conductual del Covid-19 .....</b>	14
<b>2.1.1 Distorsiones cognitivas causadas por el Covid-19 .....</b>	14
<b>2.1.2 Procesos Psicológicos Básicos durante el Covid-19 .....</b>	15
<b>2.2 Covid-19 como Proceso de Adaptación enfocado en el Conductismo .....</b>	17
<b>2.2.1 Asociaciones entre estímulos y respuestas.....</b>	18
<b>2.2.2 Condicionamiento clásico relacionado con el Covid-19.....</b>	18
<b>2.2.3 Aprendizaje Instrumental: Recompensa y Castigo.....</b>	18
<b>2.2.4 Construcción social del Covid-19 y la teoría Vygostsky .....</b>	19
<b>2.2.5 Aprendizaje vicario u observacional .....</b>	19
<b>2.2.6 Programa de refuerzo .....</b>	20
<b>2.3 Salud Mental de personas que superaron el Covid-19.....</b>	20
<b>2.4 Efectos psicológicos más frecuentes.....</b>	21
<b>2.4.1 Ansiedad.....</b>	22
<b>2.4.2 Depresión.....</b>	23
<b>2.4.3 Problemas somáticos .....</b>	23
<b>2.5 Efectos adaptativos más frecuentes .....</b>	24
<b>2.5.1 Amistades .....</b>	26
<b>2.5.2 Pareja y familia.....</b>	26
<b>2.5.3 Trabajo.....</b>	26
<b>2.5.4 Consumo de sustancias .....</b>	27
<b>2.6 Problemas poco frecuentes en personas que superaron el Covid-19 .....</b>	27

2.6.1 Problemas de pensamiento .....	27
2.6.2 Problemas de atención .....	27
CONCLUSIÓN.....	28
CAPITULO III.....	29
3. METODOLOGÍA Y RESULTADOS .....	29
Introducción.....	29
3.1 Diseño de la investigación .....	29
3.1.2 Población y muestra .....	29
3.1.3 Descripción del test Adult Self Report .....	29
3.1.4 Procedimiento .....	31
3.2 Características de la muestra .....	32
3.3 Interpretación de las Escalas Psicológicas por sexo .....	35
3.4 Interpretación de las Escalas Adaptativas por sexo .....	43
3.4 Interpretación de las Escalas de Consumo de Sustancias por sexo .....	48
3.5 Interpretación de la sintomatología del test ASR en relación con los datos sociodemográficos .....	49
3.6 Evaluación de las autopercepciones de personas que superaron el Covid-19 .....	59
DISCUSIÓN.....	61
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIÓN.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS .....	71



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Procesos básicos psicológicos .....	17
<b>Figura 2</b> Zona de vivienda.....	32
<b>Figura 3</b> Estado civil.....	33
<b>Figura 4</b> Nivel de educación.....	33
<b>Figura 5</b> Ocupación .....	34
<b>Figura 6</b> Número de síntomas.....	34
<b>Figura 7</b> Días de enfermedad.....	35

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Escalas del Test Adult Self Report .....	31
<b>Tabla 2</b> Medidas estadísticas de la edad de la población general.....	32
<b>Tabla 3</b> Interpretación de la Escala de Ansiedad y Depresión en hombres.....	36
<b>Tabla 4</b> Interpretación de la Escala de Ansiedad y Depresión de mujeres.....	36
<b>Tabla 5</b> Interpretación de la Escala de Retraimiento en hombres .....	37
<b>Tabla 6</b> Interpretación de la Escala de Retraimiento en mujeres.....	37
<b>Tabla 7</b> Interpretación de la Escala de Quejas Somáticas en hombres.....	38
<b>Tabla 8</b> Interpretación de la Escala de Quejas Somáticas en mujeres.....	38
<b>Tabla 9</b> Interpretación de la Escala de Problemas de Pensamientos en hombres.....	39
<b>Tabla 10</b> Interpretación de la Escala de problemas de Pensamientos en mujeres .....	39
<b>Tabla 11</b> Interpretación de la Escala de Problemas de Atención en hombres .....	40
<b>Tabla 12</b> Interpretación de la Escala de Problemas de Atención en mujeres .....	40
<b>Tabla 13</b> Interpretación de la Escala de Agresividad en hombres.....	41
<b>Tabla 14</b> Interpretación de la Escala de Agresividad en mujeres.....	41
<b>Tabla 15</b> Interpretación de la Escala de Ausencia de Reglas en hombres.....	42
<b>Tabla 16</b> Interpretación de la Escala de Ausencia de Reglas en mujeres.....	42
<b>Tabla 17</b> Interpretación de la Escala de comportamiento Intrusivo en hombres.....	43
<b>Tabla 18</b> Interpretación de la Escala de comportamiento Intrusivo en mujeres.....	43
<b>Tabla 19</b> Interpretación de la Escala Amistades en hombres .....	44
<b>Tabla 20</b> Interpretación de la Escala de Amistades en mujeres.....	44
<b>Tabla 21</b> Interpretación de la Escala de Pareja en hombres .....	45
<b>Tabla 22</b> Interpretación de la Escala de Pareja en mujeres .....	45
<b>Tabla 23</b> Interpretación de la Escala de Familia en hombres .....	45

<b>Tabla 24</b> Interpretación de la Escala de Familia en mujeres .....	46
<b>Tabla 25</b> Interpretación de la Escala de trabajo en hombres .....	46
<b>Tabla 26</b> Interpretación de la Escala de Trabajo en mujeres .....	47
<b>Tabla 27</b> Interpretación de la Escala de Educación en hombres .....	47
<b>Tabla 28</b> Interpretación de la Escala de Educación en mujeres.....	48
<b>Tabla 29</b> Interpretación de la Escala de Sustancias .....	49
<b>Tabla 30</b> Interpretación de las Escalas Psicológicas en relación a la zona de vivienda	50
<b>Tabla 31</b> Interpretación de las Escalas Adaptativas en relación a la zona de vivienda .	50
<b>Tabla 32</b> Interpretación de las Escalas de Consumo de Sustancias en relación a la zona de vivienda.....	51
<b>Tabla 33</b> Interpretación de las Escalas Psicológicas en relación con el estado civil.....	52
<b>Tabla 34</b> Interpretación de las Escalas Adaptativas en relación con el estado civil.....	53
<b>Tabla 35</b> Interpretación de las Escalas de Consumo de Sustancias en relación con el estado civil.....	54
<b>Tabla 36</b> Interpretación de las Escalas Psicológicas en relación con el nivel de educación .....	55
<b>Tabla 37</b> Interpretación de las Escalas Adaptativas en relación con el nivel de educación .....	56
<b>Tabla 38</b> Interpretación de las Escalas de Consumo de Sustancias en relación con el nivel de educación .....	56
<b>Tabla 39</b> Interpretación de las Escalas Psicológicas en relación con la ocupación.....	57
<b>Tabla 40</b> Interpretación de las Escalas Adaptativas en relación con la ocupación.....	58
<b>Tabla 41</b> Interpretación de las Escalas de Consumo de Sustancias en relación con la ocupación.....	59

## **INDICE DE ANEXOS**

<b>Anexo 1</b> Consentimiento informado .....	71
<b>Anexo 2</b> Ficha de datos sociodemográficos .....	72
<b>Anexo 3</b> Test Adult Self Report .....	74
<b>Anexo 4</b> Test aplicado, persona de sexo femenino con niveles normales en las escalas psicológicas .....	78
<b>Anexo 5</b> Test aplicado, persona de sexo femenino con niveles normales en las escalas de adaptación y consumo de sustancias.....	79

<b>Anexo 6</b> Test aplicado, persona de sexo masculino con niveles bajos de adaptación y elevado consumo de sustancias .....	80
<b>Anexo 7</b> Test aplicado, persona de sexo masculino con niveles de riesgo y atención clínica en algunas escalas .....	81

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis tiene como objetivo evaluar el impacto en la Salud Mental de las personas que superaron el Covid-19, a través de la aplicación del test Adult Self Report (ASR), para determinar los efectos psicológicos, adaptativos y relacionar los datos sociodemográficos y los síntomas del ASR.

La motivación surge al conocer casos de personas cercanas que vivieron la enfermedad con síntomas ansiosos y depresivos consecuencia de haber adquirido el coronavirus, del aislamiento social, del miedo a la cronicidad de los síntomas que hubiesen podido causar la muerte y de la expectativa de obtener un resultado negativo en la prueba de Covid-19, sin embargo, al obtener un resultado negativo ha existido casos de personas que presentaron conductas desadaptativas y pensamientos irracionales relacionados con el miedo a la infección (Ramírez *et al.*, 2020)

La Covid-19, es la enfermedad causada por el nuevo Coronavirus, el mismo que pertenece a una serie de virus de carácter infeccioso que va desde un resfriado común hasta enfermedades respiratorias más graves que podrían ocasionar la muerte. Por su rápida propagación a nivel mundial, el 11 de marzo del 2020 se declaró como pandemia (OMS, 2020)

Desde el inicio de la pandemia denominada Covid-19, se ha evidenciado un gran impacto en la Salud Mental. Por lo que es evidente que hoy en día las secuelas que presenta una persona que ha superado el Coronavirus, no son únicamente malestares físicos, sino también afecta las áreas psicológicas y adaptativas. Las principales alteraciones psicológicas reportadas por la literatura son: depresión, ansiedad, estrés postraumático, quejas somáticas, además, se reportan algunos casos de problemas de pensamiento y atención en pacientes que han sido hospitalizados debido a la gravedad de la enfermedad (Ramírez *et al.*, 2020)

En el Capítulo I, se hará una revisión sobre la historia y manifestaciones clínicas del Covid-19, además, definiciones generales sobre la investigación y por último los efectos psicológicos y adaptativos de pandemias anteriores como: la peste negra, la gripe española, la gripe aviar, el síndrome respiratorio agudo severo, la gripe H1N1 y el síndrome respiratorio del medio oriente.

En el Capítulo II, se menciona los enfoques psicológicos como el Cognitivo-Conductual y el Conductismo, cuya finalidad es explicar el desarrollo de la sintomatología clínica y el proceso de adaptación que vivió el sujeto frente a esta nueva enfermedad. También, indica los efectos psicológicos y adaptativos post Covid-19 más frecuentes en la población.

El Capítulo III describe la metodología utilizada, características generales del Test Adult Self Report y los resultados encontrados a partir de la aplicación del mismo, finalmente se da a conocer la conclusión, discusión y recomendaciones.

# CAPÍTULO I

## 1. EFECTOS PSICOLÓGICOS Y ADAPTATIVOS PREVIOS DE ENFERMEDADES SIMILARES

### Introducción

Las epidemias y pandemias son eventos naturales de carácter zoonótico, surgen de siglos pasados, incluso antes de Cristo y seguirán apareciendo nuevas variantes a futuro. En la actualidad, existen factores que agravan el problema, el primero es la conexión del país con el resto del mundo, el segundo la mortalidad del brote y finalmente la forma de propagación mediante viajeros, que hace que el brote local se convierta en una pandemia global (Rodríguez J. H., 2020).

Se evidencian consecuencias no solo a nivel de salud, sino también a nivel psicológico, social y económico. En este capítulo en primer lugar se hablará sobre la historia de la Covid-19, en segundo lugar, se pondrá énfasis en los efectos psicológicos y adaptativos de pandemias anteriores, que surgen en los individuos durante y después de la enfermedad, incluyendo las reacciones que generó el aislamiento y el confinamiento en aquellas épocas.

### 1.1 Definiciones generales

**Pandemia:** su definición está basada en dos criterios: el primero en que afecte a más de un continente. Se considera como epidemia a la propagación descontrolada de una enfermedad y a su mantención a través del tiempo. El segundo criterio, consiste en que los casos de contagio ya no sean importados, sino provocados por transmisión comunitaria, es decir en un mismo país (Pulido, 2020).

**Factor psicológico:** describe las características psicológicas, entre estas se encuentran: los rasgos de la personalidad, estilos de afrontamiento, autopercepciones, creencias y la presencia de trastornos de Salud Mental. Este factor también describe las influencias de aprendizaje social, las experiencias adversas en la niñez y el desarrollo durante el transcurso de la vida (GREO, 2019).

**Factor adaptativo:** es un proceso de relación recíproca del individuo con el entorno, que tiene en cuenta resolver las tensiones existenciales, la búsqueda de la armonía y equilibrio. Para eso el sujeto instituye normas provisionales y mantiene la

posibilidad de modificarlas cuando sea conveniente, por el cambio propio o de las circunstancias (Builes *et al.*, 2017).

## **1.2 Historia de la Covid-19**

En la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei-China en diciembre del 2019 en el Mercado “Huanan Seafood Wholesale Market”, dedicado a la venta de comidas de mar y otros tipos de carne, incluyendo de animales silvestres, tradicionalmente consumidos. Se originan casos de neumonía grave, los primeros mostraron que era un agente viral nuevo con letalidad del 2,3% que se expandía rápidamente y produce efectos graves en adultos entre los 30 a 79 años (Díaz y Toro, 2020).

Se conoce como Coronavirus a una familia de virus que puede causar desde un resfriado común hasta enfermedades más graves que el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS-CoV), estaba relacionado con estos agentes, sin embargo, poseen diferencias en su composición genética (Díaz y Toro, 2020).

La enfermedad, continuó propagándose a otros países asiáticos y luego a otros continentes, el 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la ocurrencia de la pandemia de COVID-19, exhortando a todos los países a tomar medidas de control sanitario en lo que parece ser la mayor emergencia en la salud pública mundial de los tiempos modernos (Maguiña *et al.*, 2020).

### **1.2.1 Manifestaciones clínicas**

La COVID-19, compromete principalmente a las vías respiratorias superiores y al tracto respiratorio inferior, los signos y síntomas que se suman son: fiebre, tos seca o productiva, disnea, dolor de garganta, cefalea, escalofríos, náuseas, vómito, diarrea, congestión nasal o conjuntival; disfunción olfatoria (hiposmia/anosmia) y del gusto (hipogeusia/disgeusia), siendo en muchos casos los primeros síntomas en aparecer (Farmacéuticos, 2020).

En casos más severos, se presenta con bronquitis, neumonía, hipoxia, síndrome respiratorio agudo severo, fallo o insuficiencia renal; también se pueden observar manifestaciones a nivel neurológico y cardiológico como: epilepsia, neuralgia, accidentes cerebrovasculares, fallo cardíaco o el daño miocárdico agudo (Farmacéuticos, 2020).

Un patrón a nivel general, refiere que aproximadamente el 80% de los casos son sintomatología leve o moderada, un 15% requiere ingreso hospitalario y un 5% ingreso en UCI. Por el contrario, hay asintomáticos que no presentan ninguna manifestación clínica (Farmacéuticos, 2020).

La gravedad de la enfermedad depende de varios factores de riesgo: personas mayores, pacientes con patologías crónicas, enfermedad cardiovascular, EPOC, diabetes, cáncer, enfermedades neurológicas, hipertensión arterial, enfermedades hepáticas, renales crónicas, inmunodepresión, embarazo y obesidad. Se desconoce si el Covid-19 dejará secuelas físicas graves, ya que para su valoración se necesita un mínimo de 15 años, a corto plazo se evidencian secuelas leves y transitorias como resfriado común, fatiga y pérdida del gusto y el olfato (Farmacéuticos, 2020).

### **1.2.2 Llegada del Covid-19 al Ecuador**

En Ecuador, La secretaria general de la Comunicación de la Presidencia manifestó que el pasado 29 de febrero del 2020, se presenta el primer caso positivo de covid-19, se trataba de una mujer de 70 años, que había llegado de Europa el 14 del mismo mes (Presidencia, 2020).

La COE Nacional recomienda de manera general las siguientes medidas preventivas para evitar el contagio (Ecuador, 2020).

- Lávese las manos a fondo y con frecuencia con agua y jabón. Posterior utilizar un desinfectante a base de alcohol al 70% para
- desinfección.
- Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- En caso de presentar tos o estornudo, cubrirse la boca y la nariz con la parte interna del codo o con un pañuelo de papel, el cual
- posteriormente debe ser desechado.
- Mantenga una distancia mínima de 2 metros entre usted y cualquier persona que tosa o estornude.
- Si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, busque atención médica.



- No se automedique.
- Evite el consumo de productos animales crudos o poco cocinados.
- Manténgase informado a través de fuentes oficiales del Gobierno Nacional.

### **1.3 Historia de la Peste Negra**

La pandemia de 1348 afectó a Europa, se propago por medio de productos exportados desde Asia. El aumento de infectados estaba relacionado con la mala alimentación de la población, que recientemente había enfrentado crisis económicas y períodos de malas cosechas (Haindl, s.f).

El causante de la infección fue un bacilo transmitido por pulgas y parásitos de ratas grises y negras, dicha enfermedad se contagiaba por vía aérea, inicialmente se presentaba con fiebre alta, a medida que avanzaba aparecían pústulas de sangre, hemorragias cutáneas de color negro azulado, escalofríos, náuseas, sed, agotamiento físico, temblores y delirios. En mayor severidad, las víctimas sufrían colapsos, escupían sangre y en pocos días morían (Sánchez D. , 2008).

#### **1.3.1 Efectos psicológicos y adaptativos de la Peste Negra**

El impacto de la epidemia daba como reacciones: rebeldía, desesperación, apego a la religión, manifestaciones de fe evidentes por actos de piedad y donaciones. Se observaba, el perfil de un hombre temeroso e inseguro, que se caracterizaba por el miedo, la angustia, la resignación y el aceptar la epidemia como un castigo divino. Mientras que, personas no creyentes decidieron disfrutar la vida, conscientes de que en cualquier momento podían morir, entregándose con desenfreno a todo tipo de placeres (Haindl, s.f).

Varias personas vivían aisladas y huían de los enfermos, llevaban una buena alimentación y consumían sus mejores vinos como fuente de vitaminas e inmunidad. De cierta manera, cuidaban su Salud Mental ya que se distanciaban de noticias relacionadas con la infección y la muerte, debido a los largos días de aislamiento se entretenían con música y disfrutaban de los placeres que más podían (Haindl, s.f).

La ignorancia y falta de concientización, era evidente ya que consideraban que la mejor medicina para el mal, era el refugio en el alcohol y en actividades como cantar, divertirse, satisfacer lo mejor posible los caprichos y burlarse de lo que ocurría. Varios sujetos ante la desesperación, perdieron la fe y cayeron en prácticas supersticiosas y

heterodoxas, con raíces en el satanismo y la brujería, pensadores creían que el mejor modo de librarse de las asechanzas del Diablo, posteriormente a nivel social se evidenciaba: vicios, crímenes, delincuencia, promiscuidad y derroche (Haindl, s.f).

## **1.4 Historia de la Gripe Española**

Fue una de las primeras pandemias del siglo XXI, existen controversias por su lugar de origen, sin embargo, se dice que fue en Estados Unidos donde se dio a conocer el primer caso, el 11 de marzo de 1918, en la base militar Fort Riley. En tan solo una semana se registraron en el hospital del campo 522 casos, poco después se informaron brotes de influenza y neumonía grave en otros estados (Fujimura, 2003).

En mayo de 1918, los casos empezaban a disminuir en Estados Unidos, mientras tanto, soldados de Fort Riley incubaron el virus durante su viaje a Francia. Al pisar playas francesas, el virus atacó a las tropas aliadas y a las del Comando Central. Los hospitales alemanes colapsaron, personas que a causa del virus tenían los pies negros se consideraban desahuciados y eran apartados para dejarlos morir (Fujimura, 2003).

Desde los campos de batalla, evolucionó hasta convertirse en pandemia; la enfermedad se expandió por Noruega, China, India, Nueva Zelanda, Puerto Rico y Panamá. Después de cuatro meses, el virus regreso a Estados Unidos, los pueblos indígenas de las tribus de Alaska fueron los más afectados, la ciudad de Nueva York enterró alrededor de 33.000 víctimas. Como consecuencia, se agotaron los ataúdes, los tranvías se convirtieron en coches fúnebres, los muertos se dejaban en casa varios días y algunas funerarias se aprovechaban de la situación elevando precios (Fujimura, 2003).

Llegó al Ecuador afectando, primeramente, en Guayaquil, se dio a conocer el primer caso el 6 de diciembre de 1918, llegó a Quito por el contagio a las tropas de un batallón militar que se trasladaron desde el Puerto a esta ciudad, usando tren. En Quito la gripe permaneció entre el 16 de diciembre de 1918 al 17 de enero de 1919. Algunos casos se detectaron luego hasta marzo del mismo año (Rodas, 2015).

### **1.4.1 Efectos psicológicos y adaptativos de la Gripe Española**

En Julio de 1919, en Rosario-Argentina se dan a conocer las primeras correlaciones entre la gripe española y trastornos de carácter mental, dirigidos por el doctor Clemente Álvarez en coautoría de Teodoro Fracassi. En sus estudios concluyen que varios individuos durante el periodo de convalecencia o en la declinación de la enfermedad. presentaban estados depresivos a causa de la neurasténica, melancolía y el estado de

confusión alucinatoria ocasionada por el colapsus y la inanición, es decir la extrema debilidad física que presentaban (Rivero *et al.*, 2019).

Posteriormente se denominó psicosis post-infecciosa existente en 4 tipos: delirio de colapsus; delirio alucinatorio con estupor; delirio asténico y confusión o demencia aguda con estupor. Karl Menninger planteaba que la psicosis gripal aparece en un lapsus de 3 o 4 meses después de haberse curado. En su estudio publicado en enero de 1919, “The Journal of The American Medical Association” refiere puntos claves que ayudarán a entender el desarrollo de la psicosis relacionada con la influenza, a continuación, se expondrán los de más relevancia (Rivero *et al.*, 2019).

La duración de los ataques de influenza en los pacientes que desarrollan psicosis no es mayor que el promedio, ni la duración modifica la forma de psicosis desarrollada.

Existe un intervalo de dos a ocho días entre la terminación de la influenza y la primera presentación de síntomas de psicosis.

Los delirios y las alucinaciones son los síntomas más comunes, y la depresión es relativamente infrecuente.

Los estados de delirio encontrados en pacientes se clasifican en tres formas, de manera temporal: delirio prefebril (pródromos), delirio febril y delirio postfebril (delirio por colapso o por agotamiento).

El pronóstico psiquiátrico en la gripe puede expresarse en general como delirio (con recuperación), muerte o demencia precoz.

Menninger planteaba que los casos de demencia precoz no son más que casos de confusión mental. Pese a tener los medios de diagnóstico no pudo establecer si se trataba de casos de delirio y demencia en los enfermos de gripe (Rivero *et al.*, 2019).

La revisión de historias clínicas de enfermos de la época provee información acerca de lo síntomas y el estado físico que corroboran la información anteriormente expuesta, el primer caso muestra la aparición de síntomas nerviosos, estado delirante con alucinaciones terroríficas y ansiedad, el paciente manifestaba ver fantasmas y diablos (Rivero *et al.*, 2019).

En la segunda historia clínica se observaba llanto, alucinaciones visuales y auditivas, movimientos incoherentes, por otra parte, el estado de alteración psico-motriz varia con periodos de tranquilidad donde hay mutismo e inmovilidad absoluta. En el caso

denominado María B, se identificó irritabilidad ya que se alteraba con sus hermanos sin motivos, también manifiesta desconfianza hacia la familia y teme ser envenenada. Finalmente, el último caso clínico estudiado es de una paciente que ríe, da vueltas en la cama, adopta actitudes pasionales y se expresa en tono declamatorio (Rivero *et al.*, 2019).

Es importante recalcar que estos comportamientos también eran característicos en pacientes con tuberculosis, médicos encargados de los casos, trataban que la familia y la sociedad no vean a los enfermos como malignos por lo que ocultaban el verdadero diagnóstico. Se evidencia estigmatizaciones en aquellos pacientes que contraían el virus ya eran aislados y marginados a nivel social (Rivero *et al.*, 2019)

## **1.5 Historia de la Gripe Aviar**

La influenza aviar también conocida como A(H5N1), se detectó por primera vez en 1996 en gansos en China, en 1997 en medio de un brote originado en aves de corral en Hong Kong fue transmitido a humanos, alcanzo a llegar a más de 50 países entre ellos África, Asia, Europa y Oriente Medio. En mayo del 2006, la Organización Mundial de la Salud confirma un nuevo rebrote, la mayoría de casos fueron de personas que estuvieron en contacto directo con aves infectadas (CDC, 2018).

Los signos y síntomas característicos del virus son: tos, fiebre, dolor de garganta, dolores musculares, dolores de cabeza, falta de aire, en casos complejos también se presenta con problemas cardiacos, neumonía, insuficiencia renal y respiratoria que puede ocasionar la muerte (CDC, 2018).

### **1.5.1 Efectos psicológicos y adaptativos de la Gripe Aviar**

Los medios de comunicación provocaron en la población sentimientos de estrés, ansiedad y temor del futuro, considerándose reacciones normales, debido a la incertidumbre de la enfermedad, a la naturaleza de las historias y por último a las noticias, incompletas y exageradas. Se evidenció crisis ansiosas en la población ya que se impuso como medidas de prevención la permanencia en casa y prohibición de reuniones sociales y entre grupos de amigos en un periodo corto y en áreas limitadas (APA, 2002).

Otra de las preocupaciones de expertos eran las consecuencias a nivel mente-cuerpo, relacionado con la activación de mecanismos del cuerpo humano para responder al estrés dejando una cantidad de riesgos fisiológicos, entre los cuales se pueden encontrar problemas cardiovasculares como ataques al corazón, infartos, presión arterial y colesterol elevados (APA, 2002).

El estrés también se relaciona con la soledad dando como resultado el debilitamiento del sistema inmune, por otro lado, los sentimientos de desesperanza que acompañan al estrés y la ansiedad pueden conducir a la depresión crónica, por último, se decía que después de los periodos de confinamiento y estrés que provocaba el mismo, se daba como consecuencia el envejecimiento (APA, 2002).

Profesionales de la salud mental, trabajaban brindando estrategias de control para aquellos individuos con síntomas como: nerviosismo abrumador, tristeza prolongada, estrés crónico o reacciones desadaptativas que llegaban a afectar el desempeño laboral y las relaciones interpersonales (APA, 2002).

## **1.6 Historia del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)**

Es un cuadro de neumonía, declarado pandemia a finales de febrero del 2003, anteriormente se habrían registrado casos en noviembre del 2002 en Guangdong-China. Un caso sospechoso se presentaba con fiebre  $> 38^{\circ}$  C, síntomas del tracto respiratorio inferior y antecedentes de contacto o de historia de un viaje a un lugar de propagación. La carga viral presentaba una rápida transmisión no sólo a contactos del grupo familiar, sino también a nivel social, en Singapur algunos casos se comportaron como super diseminadores, es decir una sola persona infecto a más de 10 personas (Wu.H, 2003).

### **1.6.1 Efectos psicológicos y adaptativos del Síndrome Agudo Severo (SARS)**

Pacientes portadores del virus y sujetos en confinamiento, a nivel psicológico y en general presentaban manifestaciones como: estrés, ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, confusión, miedo y sentimientos de culpa, en aquellas personas que propagaron el virus en sus casas y uno de sus familiares falleció. Por otra parte, se evidenciaba insomnio, dificultades de concentración, pérdida de eficacia en el trabajo, síntomas de depresión y estrés postraumático (Hernández J. , 2020).

Se observaban problemas de memoria que se debían al uso de sedantes y a los niveles bajos de oxígeno en la sangre, en algunos casos, los efectos se presentan a corto plazo y en otros eran permanentes. Personas con antecedentes de depresión y una capacidad débil de afrontamiento a sucesos estresantes, reaccionaban de manera negativa tanto emocionalmente como a nivel de conducta y de cognición (Hernández J. , 2020).

En un estudio sobre estrés postraumático, se demostró que la llegada de este virus generó una condición traumática en padres y niños. Entre factores predisponentes para desarrollar depresión se encontraba: el ser soltero, estar en cuarenta y poseer historias de

trauma antes del virus. El nivel de riesgo percibido durante el SARS, aumentó las probabilidades de tener un alto nivel de síntomas depresivos 3 años después (Marquina y Jaramillo, 2020)

## **1.7 Historia de la Gripe H1N1**

Es una pandemia causada por una variante del Influenza virus, su composición proviene de la combinación de material genético de una cepa aviaria, dos cepas porcinas y una humana que sufrió una mutación y dio un salto de los cerdos a los humanos. Conocida como gripe porcina, se originó en marzo del 2009 en La Gloria, estado de Veracruz-México en una granja de cerdos (González *et al.*, 2010).

El 23 de abril, México declara Emergencia Sanitaria, al día siguiente la Organización Mundial de la Salud toma las mismas medidas de prevención. Casos sospechosos se identificaban por los siguientes síntomas: aparición de fiebre mayor a 38° C, tos, dolor de garganta, rinorrea o congestión nasal, disnea o dificultad respiratoria grave con necesidad de hospitalización (González *et al.*, 2010).

### **1.7.1 Efectos psicológicos y adaptativos de la Gripe H1N1**

Entre los efectos psicosociales de la gripe tipo A H1N1, se encuentra el miedo con dos connotaciones, la primer referente a la ansiedad que lleva a los sujetos a tomar medidas de prevención que permiten que el virus no se propague y la segunda niveles de ansiedad elevados que llevan a conductas de evitación, por otra parte, a nivel emocional, debido a las medidas de prevención, se generaba incomodidad, mal humor, molestia y tensión sobre todo en la población adolescente a excepción del miedo (Torres *et al.*, 2017).

Durante la epidemia se centraron en la incredulidad de su existencia además se evidenciaba en la población la percepción de un bajo riesgo al contagio, en el 2016 surgió otra ola de contagio, que generó menor alerta en los individuos ya que visualizaban como un problema de salud normal (Torres *et al.*, 2017).

Tiempo más tarde se concluyó que, las representaciones sobre la enfermedad son concepciones que se adquieren de los medios de comunicación y de la experiencia personal que influye sobre la conducta preventiva y sobre las respuestas de afrontamiento de los individuos (Torres *et al.*, 2017).

## **1.8 Historia del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente**

Es una enfermedad respiratoria producida por un coronavirus denominado (MERS-CoV). Los síntomas característicos son: fiebre, tos, dificultad para respirar y neumonía, 3 de 4 personas pertenecientes a grupos vulnerables mueren. Apareció por primera vez en el 2012 en Arabia Saudita, se expandió por regiones como: Corea del Sur, Abu Dabi, Qatar, Estados Emiratos Árabes, Italia, Grecia, Francia, Austria, Reino Unido, Alemania y Estados Unidos de Norteamérica (Bratanich, 2015).

El virus se habría originado del camello dromedario, según los datos serológicos, se pudo determinar que el virus había estado circulando en camellos dromedarios en Arabia Saudita al menos desde 1992, y en Somalia y Sudán desde 1983. Como medida inmediata se prohibió el consumo de la carne de camello, con la finalidad de evitar la propagación del virus (Bratanich, 2015).

### **1.8.1 Efectos psicológicos y adaptativos del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente**

Las reacciones psicológicas de personas que se contagiaron, se manifestaron después de 4 o 6 meses. En medida que los contagios iban disminuyendo, se observó que persistían conductas de evitación como: huir de personas que tosen o están con gripe, evitar ir a los lugares cerrados y públicos. Algunos casos estaban relacionados con antecedentes psiquiátricos (Marquina y Jaramillo, 2020)

## **Conclusión**

Desde pandemias anteriores, son evidentes los efectos psicológicos, en común, se puede observar ansiedad, anteriormente conocida como desesperación. Melancolía y sentimientos profundos de tristeza, actualmente conocida como depresión. También se atribuían síntomas asociados con alteraciones en la memoria y la sensopercepción, ya que se hablaba de demencia, confusión y delirios.

Mientras que a nivel adaptativo se presencia, rechazo, discriminación, miedo, incertidumbre por el futuro y conductas desadaptativas. Dichos síntomas se presentaban en los enfermos durante y después de haberse contagiado, lo mismo que ocurría con individuos sanos en confinamiento.



## **CAPITULO II**

### **2. EFECTOS PSICOLÓGICOS Y ADAPTATIVOS EN PERSONAS POSTCOVID-19**

#### **Introducción**

Este capítulo está destinado al sustento teórico en el área de psicología sobre los síntomas encontrados, partimos del Enfoque Cognitivo Conductual para evaluar creencias irracionales, distorsiones y conductas desadaptativas frente a la pandemia, por otro lado, se utiliza el Conductismo para explicar el proceso de adaptación y aprendizaje.

Para explicar los Efectos Psicológicos y Adaptativos en personas PostCovid-19, se describe la sintomatología más frecuente que se ha evidenciado en investigaciones en la población a nivel general.

#### **2.1 Enfoque Cognitivo Conductual del Covid-19**

El Covid-19 logra poner en relevancia que la salud únicamente no es biológica, sino que los aspectos sociales, culturales y nuestros comportamientos pueden ser de más importancia. Hoy en día un cambio de conducta o de comportamiento salva vidas y la Psicología es la ciencia del comportamiento dedicada al estudio de esta variable (Villaruel, 2020)

La pandemia actual puede ser explicada desde el Enfoque Cognitivo-Conductual, el cual se basa en la detección y evaluación de elementos como: pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales, que posteriormente serán intercambiadas por conductas adaptativas y equilibradas con entrenamiento previo. Junto a este enfoque en relación con el Covid-19 se evidencian también, distorsiones cognitivas, triadas cognitivas y esquemas negativos, que serán descritos a continuación (Puerta y Padilla, 2011)

##### **2.1.1 Distorsiones cognitivas causadas por el Covid-19**

Una Distorsión Cognitiva, es una manera errónea de procesar la información y percibir la realidad, generando consecuencias negativas sobre sí mismo y el entorno, durante la pandemia la sintomatología más frecuente ha sido la ansiedad generalizada en personas sanas, infectadas y en aquellos que superaron el Covid-19, dando como respuesta una interpretación exagerada y peligrosa de la enfermedad. Por otra parte, los

pensamientos están asociados a la pérdida, el daño, la muerte, la frustración, la incapacidad para afrontar las dificultades y la preocupación excesiva (Moreno, 2020)

Las distorsiones cognitivas más comunes frente a la pandemia son los siguientes:

Visión catastrófica debido a que la mayoría de sujetos catalogan a la enfermedad como extremadamente grave y peligrosa de la cual no existe cura, control, ni salvación, dicha distorsión se evidencia por diálogos como: “Pienso que será el fin”, “Voy a morir”, “Es el fin del mundo”, sobre todo en personas ansiosas, creyentes y con un bajo nivel de adaptación a las adversidades (Moreno, 2020).

Otra de las Distorsiones presentes es el Filtraje, consiste en seleccionar únicamente detalles negativos de la situación, dejando de lado aspectos positivos y esperanzadores que pueden suscitar, es decir, la atención del sujeto permanece en aspectos que le provocan malestar y preocupación, se identifican diálogos como: “Seguiremos en aislamiento todo el año”, “No encontrarán la vacuna”, “Es insoportable lo que estoy viviendo” (Moreno, 2020)

La Sobregeneralización, es la atribución de las características individuales a una situación general, dicho de otra manera, se puede manifestar mediante la tendencia a sacar una sola conclusión a partir de un acontecimiento puntual, por ejemplo: “Todos vamos a morir”, “*Estoy* teniendo un mal día. Ya mi vida es un caos sin salida”, por lo general, esta distorsión se presencia en personas con poca adaptabilidad y sensación de incontrolabilidad ante las adversidades (Moreno, 2020).

Finalmente, se conoce como Interpretación del Pensamiento a dicha distorsión que asigna a los demás los pensamientos y motivaciones propias, es decir, aquel sujeto que cree conocer lo que otra persona está pensando. Se manifiesta a través de diálogos como: “Pienso que eso es porque...”, “Pienso que extienden las restricciones porque seguramente estamos contagiados”. Propias de sujetos que suelen hacer anticipaciones ansiógenas, poseen un estado emocional negativo y mantienen su atención centrada en estímulos amenazantes (Moreno, 2020).

### **2.1.2 Procesos Psicológicos Básicos durante el Covid-19**

Durante la ausencia, la presencia de una enfermedad y el tratamiento, se dan dos factores, en primer lugar, biológicos, y en segundo, los factores psicológicos básicos que contienen tres elementos: cognición, emoción y comportamiento (Villarreal, 2020)

Para que cualquier enfermedad o virus ingrese a nuestro cuerpo requiere previamente de los comportamientos del ser humano. La psicología del aprendizaje, explica que llevar diferentes comportamientos y estilos de vida, por ejemplo, hacer ejercicio, comer saludable y no fumar, son factores que previenen enfermedades y contribuyen a la cura, al tratamiento médico y a las operaciones. Por el contrario, la ausencia de estos puede ser factores para el desarrollo y la gravedad de una enfermedad (Villarroel, 2020)

Una manera en la que se procesa la información es por medio de la cognición, poniendo atención en lo que el sujeto piensa acerca de la nueva enfermedad, el conocimiento que tenga de la enfermedad, la percepción de riesgo y las creencias racionales e irracionales, por lo que, es importante el saber cómo informar a la población de una manera realista y no alarmante. El nivel de conocimiento que posea la comunidad con respecto al Covid-19 puede marcar una significativa diferencia en cómo abordar en la urgencia e inmediatez (Villarroel, 2020).

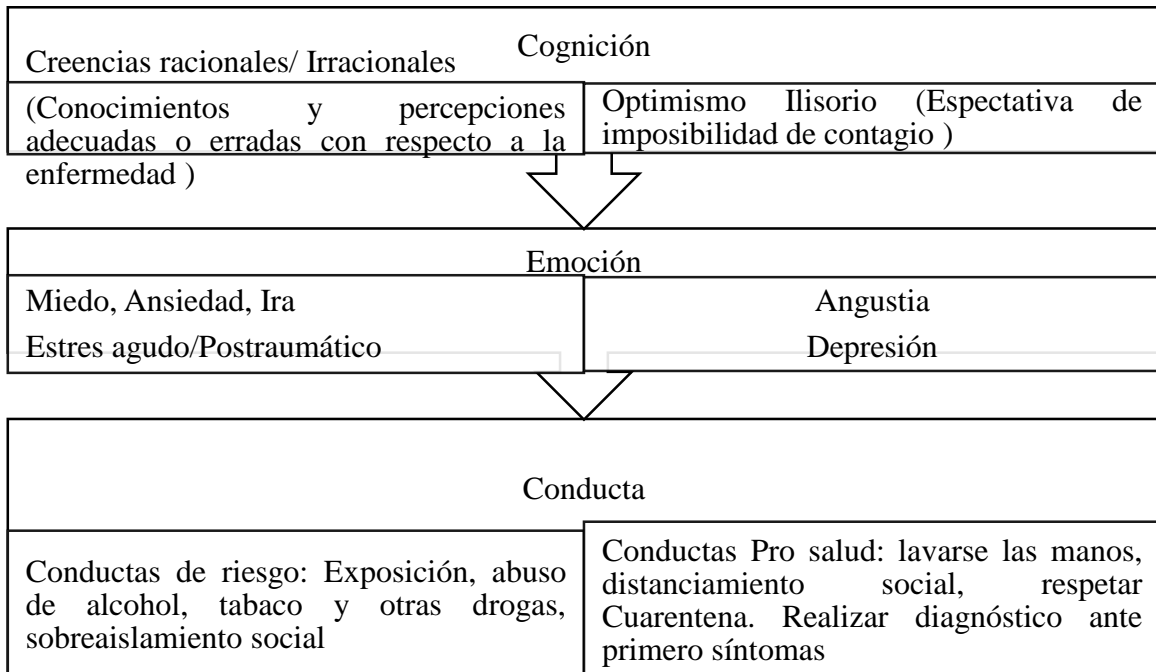
Las emociones y los estados afectivos poseen cierta influencia en la salud. Un estado de ánimo deprimido la mayoría de las veces imposibilita a los sujetos a disfrutar de actividades placenteras, la desesperanza es la principal característica de personas que pasaron por un estado crítico de Covid-19 pensando que nada tiene sentido o que el esfuerzo por mejorar es inalcanzable y no tendrá resultado (Villarroel, 2020).

Se evidencia estrés a través de comportamientos y estrategias de afrontamiento inadecuadas, por ejemplo, la negación frente al riesgo de la enfermedad, consumo de drogas como acción desadaptativa para afrontar el estrés. Se debe tener en cuenta que las emociones son responsables de que una persona se predisponga a cambiar sus conductas, estilos de vida o que es peor realice conductas de riesgo (Villarroel, 2020).

La Terapia Racional Emotiva indica la síntesis de los tres procesos psicológicos básicos: cognición, emoción y conducta, este modelo podría llegar a explicar el origen de la ansiedad, el miedo y la angustia ocasionados por el Covid-19, además de generar conciencia sobre la aparición y aumento de conductas desadaptativas, sintomatología y trastornos psicológicos (Villarroel, 2020).

## Figura 1

### Procesos básicos psicológicos



Basado en Villaroel, 2020

## 2.2 Covid-19 como Proceso de Adaptación enfocado en el Conductismo

El conductismo a partir de experimentos con animales pretende explicar el aprendizaje de la conducta humana, utiliza dos equivalencias. En primer lugar, un estímulo puede asociarse a una respuesta, por lo tanto, toda situación de aprendizaje tiene leyes de asociación y reglas sintácticas. La segunda, menciona que todos los conocimientos y habilidades de cada ser humano provienen de sus experiencias y sus percepciones sensoriales (Leiva, 2005)

Entre las características del conductismo que explican que es el aprendizaje se destacan lo siguiente:

- Producto de asociación de estímulos, respuestas y experiencias.
- Está en función del entorno, es poco duradero y requiere ser reforzado.
- Es memorístico, repetitivo y mecánico.
- Es adaptación y puesta en práctica de habilidades y destrezas (Leiva, 2005)

La aparición del Covid-19 trajo consigo, una serie de aprendizajes, conocimientos y experiencias totalmente nuevas, ya que para la mayoría de seres humanos fue la primera pandemia a la cual tuvieron que afrontar, como consecuencia y proceso de adaptación

empezó la construcción de destrezas, valores y nuevas conductas en el ámbito personal, social y ambiental, que a continuación se explicaran a través del Conductismo (Lancheros y Stella, 2021)

### **2.2.1 Asociaciones entre estímulos y respuestas**

Durante el proceso de aprendizaje del Covid-19, se dan asociaciones, entre los estímulos ambientales (virus) y las respuestas del organismo (miedo), por lo que, el organismo experimenta un aprendizaje centrado en el cumplimiento de normas sociales, es decir, de un protocolo de bioseguridad, con el condicionamiento que, si no se cuida, se es vulnerable al contagio o a una sanción económica. En este proceso también se analizan variables personales y psicológicas para la adaptación, como son: la resolución de problemas, adaptación al cambio, actitud y motivación (Lancheros y Stella, 2021).

Los productos como mascarilla, alcohol, desinfectante, mensajes de advertencia como toma distancia, quédate en casa y símbolos, llegan a ser los estímulos actuales que dan como respuesta la protección y la evitación, de esta manera el ser humano aprende, desaprende, asimila y busca la sobrevivencia a una nueva realidad (Lancheros y Stella, 2021).

### **2.2.2 Condicionamiento clásico relacionado con el Covid-19**

A partir del Condicionamiento Clásico se explica la aparición de síntomas de TEPT desarrollado tras haber superado el Covid-19, en el cual, el trauma es el estímulo incondicionado (EI) que provoca un temor que es la respuesta incondicionada (RI). De esta manera, ahora el trauma llega asociarse con el recuerdo convirtiéndose en Estímulo Condicionado y provocando temor que se convierte en la Respuesta Condicionada. Lo que explica la mantención del miedo ya que constantemente evitan objetos y situaciones que se relacionen con el evento (Pureco, y Azucena, 2020)

### **2.2.3 Aprendizaje Instrumental: Recompensa y Castigo**

Skinner a través de su experimento con animales basado en la recompensa por conductas deseadas, plantea se aprende a asociar conductas que producen resultados positivos y a evitar aquellas que producen resultados negativos. Según este enfoque cumplir con el protocolo de bioseguridad como recompensa va dar evitar contraer la enfermedad. Por el contrario, el castigo de incumplir con las medidas de bioseguridad va ser la incertidumbre de un posible contagio o la sanción de las mismas, por ejemplo, no

usar mascarilla, irrespetar la restricción vehicular. De esta manera se comprende que el castigo es un modificador de conducta (Lancheros y Stella, 2021)

#### **2.2.4 Construcción social del Covid-19 y la teoría Vygotsky**

Vygotsky manifiesta que, desde el nacimiento el ser humano interactúa en un medio sociocultural y tiene experiencias personales que van construyendo procesos mentales como la atención, memoria y la concentración. Como resultado, se da un proceso de autoconstrucción y reconstrucción psíquica, siendo el lenguaje el instrumento que permite la comunicación en el medio y que contribuye a la transformación de fenómenos sociales en psicológicos, es decir como lo que sucede en el medio, afecta en el estado emocional del sujeto (Lancheros y Stella, 2021)

En cuanto a esta teoría y el Covid-19 se puede decir que la incertidumbre por el virus, es creada por el esquema mental del sujeto, es decir, el cúmulo de experiencias e historia personal, en segunda instancia la incertidumbre es elaborada al escuchar la información brindada por los medios de comunicación, siendo así un nuevo aprendizaje que posteriormente a nivel sociocultural otorgara nuevas experiencias y formas de adaptación (protocolo de bioseguridad), con el objetivo de evitar la adquisición de la enfermedad (Lancheros y Stella, 2021).

#### **2.2.5 Aprendizaje vicario u observacional**

Los medios de comunicación, anuncios, mensajes publicitarios y testimonios personales, se han convertido en los nuevos modelos (aprendizaje vicario), cuyo objetivo es llegar a la población e influir sobre sus comportamientos, tal y como se vio en el experimento del “muñeco bobo” realizado por Albert Bandura (Villarreal, 2020).

La población, imita y ejecuta conductas relacionadas con una mejor salud o con la prevención de la enfermedad, si escuchan que un cierto medicamento mejora el sistema inmune lo probable es que lo compren. Sin embargo, existe la imitación de conductas desadaptativas ante circunstancia de crisis, por ejemplo, a inicios de la pandemia se dio las llamadas compras de pánico causadas por una reacción inicial de miedo, incertidumbre y desinformación (Hernández, 2020)

### **2.2.6 Programa de refuerzo**

Un programa de refuerzo tiene como objetivo determinar el cómo y cuánto se debe dar un reforzador por la ocurrencia de una respuesta, se utilizan estos programas para mantener una conducta. El programa de razón se enfoca en que el número de respuestas no están guiadas por el tiempo para obtener el reforzador, y el de intervalo plantea que para obtener el refuerzo dependerá de un periodo de tiempo (Villena, s.f)

El programa aplicado durante el confinamiento impuesto por los gobiernos, fue un programa de intervalo variable, debido que, se permitía la circulación vehicular para el abastecimiento, en un tiempo determinado (2 0 3 días a la semana) dependiendo el número de placa. La conducta a entrenar en este caso, es el quedarse en casa para obtener como reforzador los días de salida. Durante la duración de un confinamiento total se podría decir que se aplicó un programa de razón fija, ya que al haber pasado meses de confinamiento con el objetivo de frenar la propagación del virus, se dio como reforzador la libre circulación de personas y vehicular (Villaruel, 2020).

### **2.3 Salud Mental de personas que superaron el Covid-19**

La Salud Mental, se define como un estado de bienestar, donde el individuo con sus aptitudes responde a las necesidades del medio ambiente, del contexto o a situaciones estresantes normales, transitorias o nuevas, siendo capaz de ser productivo, resiliente y adaptativo. Por otro lado, La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Verano y Garavito, 2015)

Dentro de las manifestaciones a nivel de salud mental que se han visto con mayor frecuencia ante el Covid-19, son problemas o trastornos como: depresión, estrés, apatía, irritabilidad, insomnio, estrés postraumático y agotamiento emocional (Pérez *et al.*, 2020).

En un estudio sobre el estado mental de personas en aislamiento, se encontraron cambios psicológicos después de 4 o 6 meses de la enfermedad, los mismos que estuvieron relacionados con antecedentes de enfermedades psiquiátricas. Después de este período, se observó que varias personas presentaron conductas de evitación: cómo evitar a las personas que tosen o estornudan, rehuir de los lugares cerrados e incluso los espacios públicos. La cuarentena y el aislamiento pueden crear una condición traumática en adultos, jóvenes y niños (Marquina y Jaramillo, 2020)

## 2.4 Efectos psicológicos más frecuentes

Durante el confinamiento, se evidenció que el bienestar físico y psicológico fueron los factores más afectados, ya que, llevó a la pérdida de hábitos, rutinas y al desarrollo de estrés psicosocial, debido a la interrupción de actividades durante el confinamiento. Por otro lado, la instauración de hábitos saludables, como una buena alimentación y patrones de sueño adecuados, se han visto afectados, por el sedentarismo y el mayor uso de las pantallas, lo que puede desencadenar problemas físicos y psicológicos (Balluerka *et al.*, 2020).

El nerviosismo, las crisis de angustia, la tensión, el ataque de pánico y las dificultades para dormir se han visto presentes durante la infección. A nivel social se manifiesta que las personas que se han contagiado han vivido momentos de soledad por falta de compañía, depresión, discriminación y rechazo. Por otro lado, el impacto psicológico del Covid-19, ha dado como resultado una serie de reacciones como: miedo, incertidumbre y frustración (Ozamiz *et al.*, 2020)

También se ha evidenciado un estado de alerta emocional a nivel personal, y esto se presenta como resultado de no haber reaccionado a tiempo y aún más si se da en situaciones anticipadas ante los riesgos que se puede presentar y el cuerpo no ha planificado estrategias y recursos para enfrentarlo. Por lo que se ha manifestado tres fases (Cubas, 2020).

1. Fase de equilibrio, la persona no es consciente de lo que está sucediendo
2. Fase de necesidad, es la cual la persona se entera de las primeras medidas que son de carácter obligatorio, por lo que la persona se adapta a los procedimientos para cubrir sus principales necesidades (Cubas, 2020).
3. Fase de tensión, en este momento la persona tiene expectativas de que dure lo menos posible las medidas, y al no ser como imagina, se presentan los comportamientos relacionados a diferentes emociones, como es el miedo, el enfado, la irritación y la frustración. Durante esta etapa pueden llegar aparecer comportamientos agresivos o falta de motivación y está relacionado con la desesperanza que siente la persona (Cubas, 2020).



### **2.4.1 Ansiedad**

Según el DSM-5, la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Que está asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. En ocasiones el nivel de miedo o ansiedad se ve reducido por conductas evitativas generalizadas (psiquiatría, 2014).

El estrés y la ansiedad que se producen luego de haber tenido la COVID-19 inducen la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), una sobre activación de este eje puede contribuir al desarrollo y/o exacerbación de trastornos psiquiátricos. Ya que se ha reportado que personas con mayor vulnerabilidad a enfermedades mentales podrían llegar a tener efectos más drásticos, incluso meses después de la infección por coronavirus (UPAEP, 2020)

Dentro de los efectos psicológicos del Covid-19, esté muy presente la ansiedad, esto ocurre cuando algunos cambios o sensaciones corporales inofensivas son interpretadas como síntomas de enfermedad, además se caracteriza por las interpretaciones catastróficas de sensaciones y cambios corporales, creencias disfuncionales acerca de la propia salud y la enfermedad, por lo que los mecanismos de adaptación se ven alterados (Huarcaya, 2020).

Estas circunstancias ocasionan conductas desadaptativas, como acudir frecuentemente a centros de salud para descartar la enfermedad o por miedo a otra afección médica, excesivo lavado de manos, retraimiento social y miedo intenso (Huarcaya, 2020).

Luego de haber superado la enfermedad muchos eventos pueden haber llegado a ser traumáticos, en especial el miedo a volver a contraer la enfermedad, que los síntomas aun estén presentes y el miedo por el desarrollo del síndrome post covid-19, los cuales pueden ser factores desencadenantes de Trastorno de Estrés Postraumático, que como consecuencia incapacitan al individuo a llevar una vida normal (Ramírez *et al.*, 2020).

Se evidenció que personas con enfermedades crónicas muestran una media superior en estrés, ansiedad y depresión, en comparación, con personas que no referían ninguna enfermedad crónica. Estos resultados coinciden con investigaciones que demuestran que las personas con enfermedades graves o múltiples enfermedades presentan niveles más altos de síntomas psicológicos ante esta situación (Ozamix *et al.*, 2020).

### **2.4.2 Depresión**

La depresión afecta de manera importante la capacidad del individuo para realizar actividades básicas de la vida diaria, deteriora su funcionamiento habitual y su calidad de vida.

Se evidencia una disminución de las emociones positivas y el bienestar personal, ya que el aislamiento ha obligado a que se reste importancia a las actividades de la vida diaria, incrementando la preocupación por la salud propia y la de familiares. Personas que fueron portadoras del virus a lo largo de la cuarentena han perdido el interés y placer en actividades que realizaban en su diario vivir, debido al decaimiento causado por el aislamiento prolongado y los síntomas físicos de la enfermedad (Urzúa *et al.*, 2020)

Pacientes que pasaron por la infección de coronavirus, presentaron niveles medios y bajos de depresión, los mismos que estaban relacionados con la necesidad de comunicación social y la desesperanza. El estrés, es un factor desencadenante de depresión, en estas personas, ya que este afecta la manera de relacionarse o adaptarse del individuo, puede llegar a paralizar y a desencadenar ansiedad y otros problemas, si este es prolongado y escapa de control del sujeto (Arias *et al.*, 2020).

Por lo tanto, la depresión, la ansiedad y el estrés, son respuestas imprecisas del organismo, es decir, manifestaciones de escape o huida que aumenta en la actualidad debido al COVID-19, en medida que aparecen nuevas variantes y preocupaciones por la enfermedad, aumenta el impacto en la Salud Mental evidenciándose incremento de: sentimientos de tristeza, falta de motivación, inhibición, poco deseo de vivir y en casos extremos riesgo suicida (Arias *et al.*, 2020).

### **2.4.3 Problemas somáticos**

Personas que sufren hipocondría o somatizaciones, sumergen en sus pensamientos un sentido fatalista llegando a ser casi obsesivos. La hipocondría se define como la preocupación por el miedo a temer, o creer que se tiene una enfermedad física grave y la somatización es una interpretación errónea de síntomas, por lo que, ante una sensación corporal normal o un síntoma menor, se interpreta como una señal de enfermedad grave (Marquina y Jaramillo, 2020).

Es importante destacar diferencias entre la convicción de enfermedad y la fobia a la enfermedad, la primera se debe a partir de la interpretación personal de alguna

sensación corporal o un signo de enfermedad y la segunda a una desregulación emocional acompañada de evitación (Marquina y Jaramillo, 2020).

La Asociación Americana de Psiquiatría, introdujo dos términos para el reemplazo de la Hipocondría, siendo: El trastorno de síntomas somáticos y El trastorno de ansiedad por enfermedad. La diferencia entre estos se basa en la presencia de síntomas somáticos, disruptivos y angustiantes en el trastorno de síntomas somáticos, y la ausencia o presencia mínima de estos en el trastorno de ansiedad por enfermedad (Marquina y Jaramillo, 2020).

Durante el Covid-19, aumentado el desarrollo de hipocondría social y somatizaciones, por la sensación intensa de temor que pueda representar el riesgo de contagio sin aun haberse infectado, probablemente se debe al exceso de información que reciben a diario (Marquina y Jaramillo, 2020).

Se evidencia la presencia de síntomas de covid-19 sin haberlo padecido, los mismos que son reales y confunden a la persona, ya que piensan que tiene la enfermedad, sin darse cuenta que su origen es psicológico y lo que ha provocado el cuadro de síntomas es la preocupación excesiva o la ansiedad por contraer el virus (Cueto, 2020)

## **2.5 Efectos adaptativos más frecuentes**

Las personas que han estado aisladas, con movilidad restringida y no han tenido contacto con los demás, son más propensos a desencadenar problemas psicológicos como: ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT) e insomnio con o sin complicaciones psiquiátricas, que van desde los síntomas leves, modelados y graves (Ramírez *et al.*, 2021).

Las personas sometidas al estrés debido a la propagación del virus pueden llegar a presentar angustia marcada y un deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional, el mismo que les impide relacionarse como lo solían hacer en su vida cotidiana, y puede convertirse en un trastorno de adaptación, en caso de persistir con ánimo decaído, triste y miedo intenso, llegaría a desarrollar un trastorno ansioso-depresivo (Ramírez *et al.*, 2021).

Las consecuencias de la pandemia incluyen distintas fuentes de estrés. Estudios refieren que las situaciones de estrés han impactado de una manera muy significativa, manifestándose como miedo a la infección por covid-19 y enfermedades que puede llegar a desencadenar el virus, la manifestación de sentimientos de frustración y aburrimiento,

no poder cubrir las necesidades básicas y no disponer de información y pautas de actuación claras, o la presencia de problemas de Salud Mental previos (Sandin *et al.*, 2020).

Está presente el estigma y rechazo social en el caso de personas infectadas o expuestas a la enfermedad puede ser un desencadenante de problemas de adaptación. Por lo que el grado de impacto dependerá de varios factores, ya que la población que ha vivido una cuarentena durante enfermedades pandémicas es más propensa a presentar trastorno de estrés agudo y de adaptación (Sandin *et al.*, 2020).

También, se ha evidenciado, que una vez que conocen su diagnóstico, los pacientes experimentan situaciones de alto impacto emocional, estresantes y traumáticas, que inducen ansiedad e incrementan el riesgo de padecer trastorno de estrés postraumático. Estudios revelan que el 7% de los participantes presentaba síntomas de estrés postraumático, asociándose la mayor parte de estos a trastornos de estrés agudo, siendo mayor la prevalencia en las mujeres que en los hombres, además que la sintomatología de estrés postraumático se asociaba a una menor calidad de sueño (Sandín *et al.*, 2020).

Existen factores que pueden desarrollar mayor riesgo psicosocial y de adaptación a la pandemia. Según Hernández (2020) entre estas circunstancias se describen, el ser:

- Dependiente de bebidas alcohólicas, sustancias psicoactivas y psicotrópicos.
- Personas que viven solas o que no cuentan con redes de apoyo ni vínculos para mantener comunicación.
- Sujetos con baja capacidad de adaptación, resiliencia y estrategias de afrontamiento.
- Sujetos en entornos de riesgo (violencia o aislamiento).
- Personas con bajo nivel de educación y dificultad para comprender (estado de alarma) y como consecuencia incumplir órdenes.
- Menores de edad o personas dependientes.
- Personas con la obligación de acudir a laborar (Hernández J. , 2020).

### **2.5.1 Amistades**

Las personas adultas evitan reunirse con sus amistades después de haber tenido Covid-19, ya que les preocupa que en el lugar donde residen, los protocolos que se han impuesto no son respetados, lo que provoca ansiedad y miedo intenso de volver a contagiarse, por otro lado la desconfianza y el temor a los demás aumenta, por lo que se ha visto afectada las relaciones personales, crea una barrera afectiva y si no se trabaja en ello afecta la comunicación (Torro, 2021).

### **2.5.2 Pareja y familia**

En la relación de pareja se mantiene una hipótesis que refiere que no hubo cambios significativos en la dinámica de convivencia después de haber superado el Covid-19, por lo tanto, la forma en la que estaban acostumbrados a llevar la relación se intensificó o se profundizó. Si llevaban una buena relación esta se profundizó, en cambio, si ya existían tensiones y conflictos constantes, la relación se intensificó llegando a la posibilidad de separarse, divorciarse y hasta ser víctima de violencia (Rodríguez y Rodríguez, 2021)

Las familias que han superado el Coronavirus se han unido más, ya luego de los momentos de crisis y miedo, aún se mantienen con la esperanza que las cosas mejoraran, en algunas ocasiones la convivencia no ha sido facial y aún más con el confinamiento que ha producido más conflictos, pero también se ha visto como una oportunidad de conocerse más y enfrentas los problemas que se presenten (Intermedia, 2020).

### **2.5.3 Trabajo**

Los trabajadores de salud después de haber presentado Covid-19, han sido los más afectados ya que han llegado a presentar síntomas depresivos, episodios de ansiedad e insomnio En cuanto a la parte emocional se evidencia enojo y miedo. Los mismos que afectan en el desempeño laboral y en la toma de decisiones durante e incluso un año después de darse a conocer el primer caso (Acosta e Iglesias, 2020).

En estos trabajadores se dan niveles elevados de estrés y angustia, por tener un trabajo de alto riesgo y contacto directo con pacientes Covid-19, con el pasar del tiempo debido al estrés y la sobrecarga muchos desarrollan ataques de pánico y necesitan atención psicológica y psiquiatra (Acosta e Iglesias, 2020)

#### **2.5.4 Consumo de sustancias**

El aparato respiratorio se ve comprometido ya que es la vía de entrada de drogas fumadas, por lo mismo, se identificó que después de contraer el virus varios sujetos evitan cualquier tipo de consumo, debido a la conciencia que tienen sobre la enfermedad. Por otro lado, ha incrementado en condiciones de aislamiento, por la ausencia de una red socio-afectiva, de igual manera, en pacientes adictos por la falta de un tratamiento y dificultades para acceder a la asistencia (Pascale, 2020).

### **2.6 Problemas poco frecuentes en personas que superaron el Covid-19**

#### **2.6.1 Problemas de pensamiento**

Se ha registrado la presencia de alucinaciones visuales y auditivas en pacientes críticos, durante y semanas después de haber superado la enfermedad, las mismas que se llegan a producir como consecuencia de una afectación neurológica, es decir, cuando la infección sobrepasa el nervio olfatorio y las papilas gustativas, llega y ataca al sistema nervioso central. En un principio, parecían ser los efectos sedantes de la UCI, sin embargo, también se presenciaron alucinaciones y delirios de perjuicio (daño, muerte) en pacientes severos (Martínez, 2021)

Se deduce que la restricción total o parcial de estímulos de uno o más sentidos, durante el aislamiento en personas que pasaron el confinamiento solas o salieron de la UCI, tiende a alterar los estímulos que llegan al cerebro, ya que el aislamiento social produce reorganizaciones cerebrales en la corteza de asociación, dando como resultados una interpretación errónea de la información y alucinaciones (Sánchez y Mejía, 2020)

#### **2.6.2 Problemas de atención**

Se ha identificado que pacientes graves con covid-19, han tenido síntomas neurológicos, como el deterioro del nivel de conciencia, mialgias, entre otros. Mientras que pacientes con síntomas leves no han tenido problema alguno. Las secuelas de haber tenido un problema neurológico, se manifestarían como falta de concentración y atención, por lo que especialistas recomiendan realizar estudios luego de haber cursado la enfermedad o si se presentan síntomas (Fernández, 2020)

Como efectos a largo plazo del Covid-19 después de haber superado o mantener de manera leve los síntomas físicos, se ha detectado en una cierta población problemas de memoria, concentración y fatiga que se agrava con debilidad muscular grave,

imposibilitando al sujeto a reincorporarse en sus actividades de la vida diaria, incluso ausentándose de sus trabajos por la falta de capacidad y rendimiento físico. En la mayoría de casos es la incertidumbre y episodios de ansiedad, por saber si es un efecto que se va a mantener a largo plazo o solamente temporal (Smith-Spark *et al.*, 2020)

## CONCLUSIÓN

Desde el Enfoque Cognitivo Conductual se puede evidenciar la presencia de distorsiones cognitivas, creencias irracionales, emociones y conductas desadaptativas, cuyo contenido son el miedo a la enfermedad, la incertidumbre por su finalización, conductas de evitación y consumo de sustancias etc.

El Conductismo, explica la relación que existe entre los protocolos de bioseguridad y entre los procesos de adaptación, aprendizaje a algo nuevo y condicionamiento al cumplimiento o incumplimiento de los mismos, con la única recompensa de salvaguardar la vida.

El Covid-19, ha traído consigo consecuencias psicológicas, que se han manifestado de manera leve, moderada o grave, siendo persistentes o de corta duración. La sintomatología frecuente, son casos de ansiedad ya sea por haber adquirido el virus o el miedo intenso de contagiarse, también se presenta depresión, que se manifiesta como la tristeza, que ha dejado la pérdida de un familiar, amigo o conocido, también se identifican problemas somáticos en personas sanas y en días después de haber superado el Covid-19.

En cuanto a los efectos adaptativos que se presentan después de haber superado el Covid-19, están relacionados con problemas de pareja, problemas interpersonales, problemas en el trabajo y consumo de sustancias, la gravedad de los mismos depende del estilo de vida del sujeto antes de haberse contagiado, por otro lado, factores que intervienen en la readaptación son el rechazo y el miedo que puede ocasionar una persona contagiada.

## **CAPITULO III**

### **3. METODOLOGÍA Y RESULTADOS**

#### **Introducción**

En el presente capítulo se dará a conocer la metodología con la que se desarrolló la tesis, población y tipo de muestra del estudio, además se describirá el instrumento utilizado Adult Self Report (ASR) y el procedimiento de la investigación.

Finalmente, se dará a conocer los resultados, para la interpretación de los mismos, se divide a la población en hombres y mujeres, con el objetivo de identificar y analizar a través de cada una de las escalas del test, los efectos psicológicos y adaptativos más repetitivos. Por otro lado, se evaluará el desarrollo de sintomatología en tres rangos comprendidos en: normal, riesgo y de atención clínica.

#### **3.1 Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación se centra en un enfoque cuantitativo, cuyo objetivo es describir el problema y las consecuencias según la experiencia de pacientes que superaron el Covid-19, posee un enfoque transversal ya que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una muestra predefinida. El alcance de los resultados es descriptivo, el tipo de investigación a utilizar es cuantitativa y no experimental.

##### **3.1.2 Población y muestra**

Está compuesta por 50 sujetos, 25 hombres y 25 mujeres que superaron el Covid-19, la muestra se elegirá con el método bola de nieve con los siguientes criterios de inclusión:

- Hombres o mujeres que hayan presentado Covid-19
- Estar dentro de un rango de edad entre los 18 y 59 años
- Disposición a participar voluntariamente

##### **3.1.3 Descripción del test Adult Self Report**

El test Adult Self Report es un auto informe de 126 ítems para adultos entre 18 a 59 años de edad, evalúa aspectos del funcionamiento adaptativo y problemas. Los elementos se clasifican en una escala de 2 puntos donde: 0 no es cierto, 1 en cierta manera, algunas veces y 2 muy cierto o a menudo.



En la escala de síndrome se encuentran los siguientes: ansioso, deprimido, retraído, quejas somáticas, problemas de pensamiento, problemas de atención, comportamiento agresivo, comportamiento que rompe las reglas y comportamiento intrusivo.

Se evalúa: problemas depresivos, problemas de ansiedad, problemas somáticos, problemas de personalidad por evitación, problemas de déficit de atención/hiperactividad (subescalas de inatención e hiperactividad/ impulsividad), problemas de personalidad antisocial y uso de tabaco, alcohol y drogas.

El test cuenta con dos agrupaciones, en primer lugar, se encuentran las escalas. I Ansiedad/Depresión, II Retraimiento y III Quejas somáticas, las mismas que pertenecen a la agrupación Internalización, es decir aquellos problemas que están dentro del yo. La segunda agrupación se define como Externalización, que da a conocer conflictos con otras personas y con las costumbres sociales, las escalas que califican los factores anteriormente mencionados son: VI Comportamiento agresivo, VII Comportamiento que rompe reglas y VIII Intruso. En cuanto a la interpretación de estas escalas, se considera rango clínico cuando está por encima de la puntuación T de 63, el rango normal por debajo de T 60 (Achenbach y Rescorla, 2003).

El test ASR cuenta con una segunda parte, consiste en un Perfil de Funcionamiento Adaptativo que se da a conocer a través de las escalas: amigos, cónyuge/pareja, familia, trabajo y educación. Para su interpretación se toma como referencia los percentiles específicos de género y edad. Se debe tener en cuenta que la escala de amigos y familia deberán ser obligatoriamente llenados, sin embargo, la de trabajo, empleo y cónyuge únicamente si el encuestado cumple dichas funciones (Achenbach Rescorla, 2003).

En cuanto a la interpretación, las puntuaciones T se promedian para definir una puntuación adaptativa media, las puntuaciones bajas en las escalas de funcionamiento adaptativo indican un funcionamiento deficiente del encuestado. Por otra parte, en las escalas para calificar consumo de tabaco, bebida y drogas se toma como respuesta el número de días durante los 6 meses anteriores (Achenbach y Rescorla, 2003).

**Tabla 1**

*Escalas del Test Adult Self Report*

<b>ESCALAS DEL TEST ASR</b>		
<b>Psicológicas</b>	<b>Adaptativas</b>	<b>Consumo de Sustancias</b>
Ansiedad / Depresión	Amistades	Alcohol
Retraimiento	Pareja	Tabaco
Quejas somáticas	Familia	Drogas
Problemas de pensamiento	Trabajo	
Problemas de atención	Educación	
Agresividad		
Ausencia de Reglas		
Intrusivo		
<b>Puntaje T Normal</b>		
50-64	36-60	50-64
<b>Puntaje T de Riesgo</b>		
65-69	31-35	65-69
<b>Puntaje T de Atención clínica</b>		
70-100	20-30	70-100

Adaptación propia

### **3.1.4 Procedimiento y consentimiento**

Se envió el test a través de dos modalidades la primera, por medios electrónicos como WhatsApp o correo electrónico, la segunda modalidad, se aplicó de manera presencial. El tiempo de entrega para aquellas personas que se envió fue de aproximadamente 48 horas hasta 72 horas.

Junto al test se aplicó, una ficha sociodemográfica con el objetivo de ofrecer una visión más profunda del comportamiento de personas que superaron el Covid-19 en relación a las variables sociodemográficas.

Se procedió a la calificación e interpretación manual de cada uno de los test aplicados, finalmente se ingresaron los datos obtenidos en una plantilla Excel diseñada con fórmulas para un análisis preciso y para la representación gráfica de los datos.

La información recolectada sirvió para cumplir el objetivo planteado, comparar, describir y analizar.

### 3.2 Características de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 50 sujetos, 25 mujeres y 25 hombres, que comprenden entre las edades de 18 a 59 años de edad, la misma que para la investigación fue dividida en dos rangos, el primero de 18 a 35 años teniendo un puntaje del 67% y el segundo de 36 a 59 años de edad con un puntaje del 33% (ver tabla 2).

**Tabla 2**

#### *Medidas estadísticas de la edad de la población general*

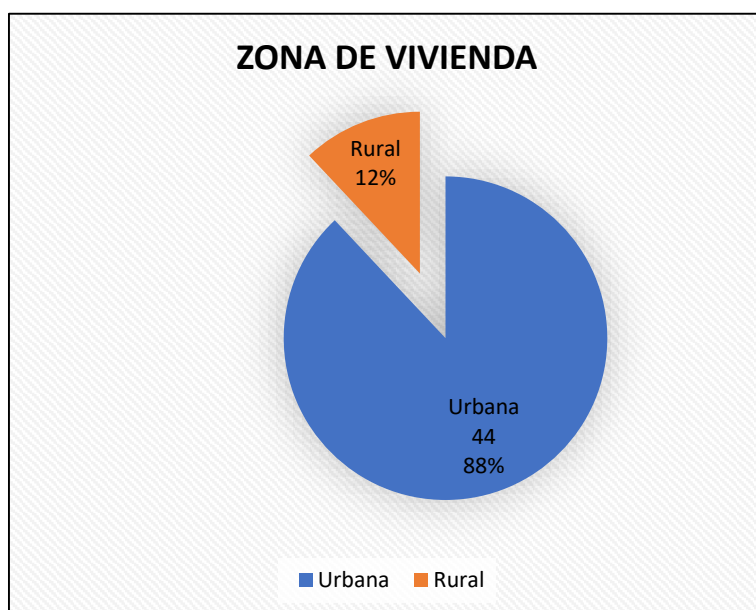
La media de la edad fue 32 años con una DE de +-10, la moda de la edad fue 24 años.

MEDIDAS ESTADÍSTICAS DE LA EDAD	
Moda	24
Media	32

Los encuestados residen en la ciudad de Cuenca, de los cuales el 88% pertenecen a la zona urbana, mientras que el 12% se ubican en zonas rurales (ver figura 2).

**Figura 2**

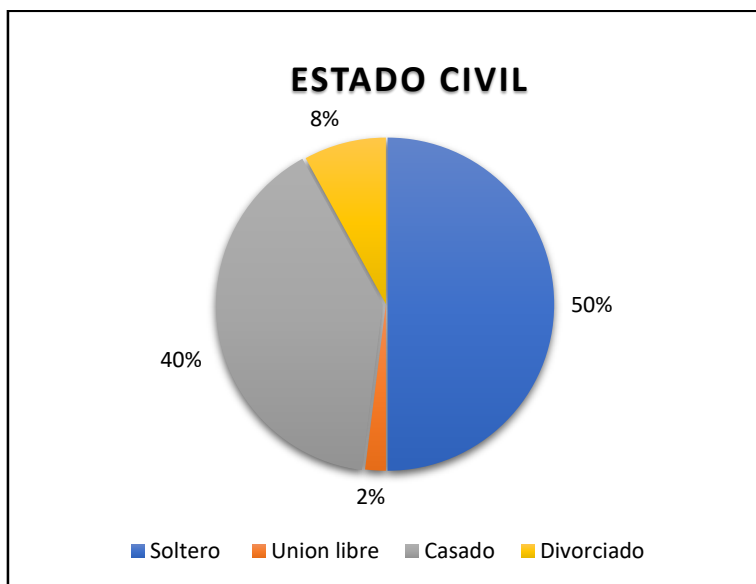
#### *Zona de vivienda*



Dentro de la muestra el 50% de los participantes son solteros, el 40% se encuentran casados, el 8% está conformado por personas divorciadas y un 2% viven en unión libre (ver figura 3).

**Figura 3**

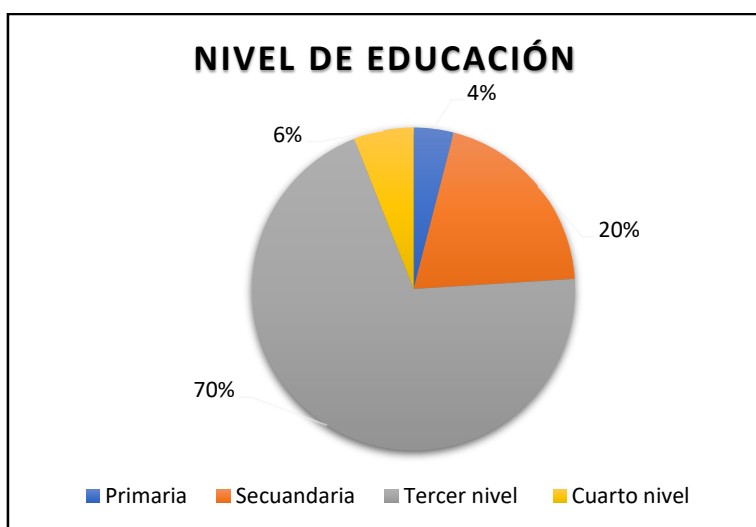
*Estado civil*



En cuanto al nivel de educación, se logró identificar en la muestra establecida que el 70% de participantes tienen un tercer nivel, el 20% solo culminó la secundaria, el 6% posee un título de cuarto nivel y el 4% solo alcanzó la primaria (ver figura 4).

**Figura 4**

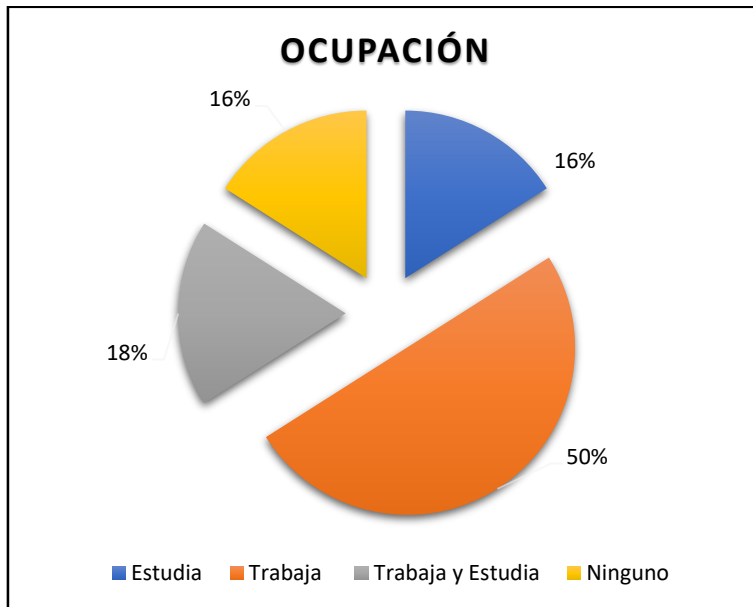
*Nivel de educación*



Con respecto a la ocupación actual, el 50% trabaja, el 18% trabaja y estudia, el 16% estudia y el 16% restante de participantes no tienen ninguna ocupación (ver figura 5).

**Figura 5**

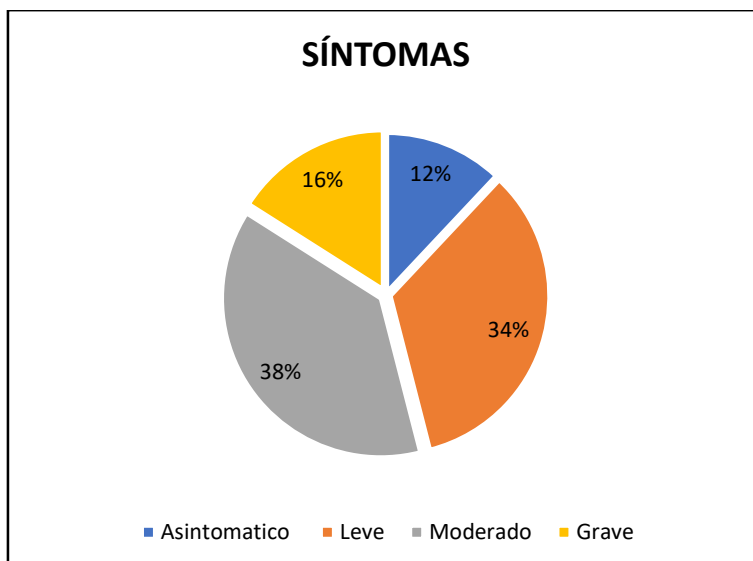
*Ocupación*



El 12% de la muestra indica no haber presentado ningún tipo de síntoma, mientras que el 34% ha presentado entre 1 a 4 síntomas, el 38% entre 5 a 9 síntomas de Covid-19 y el 16% manifiesta un estado grave que sobrepasa los 10 días, además de haber tenido complicaciones de salud o haber estado hospitalizado (ver figura 6).

**Figura 6**

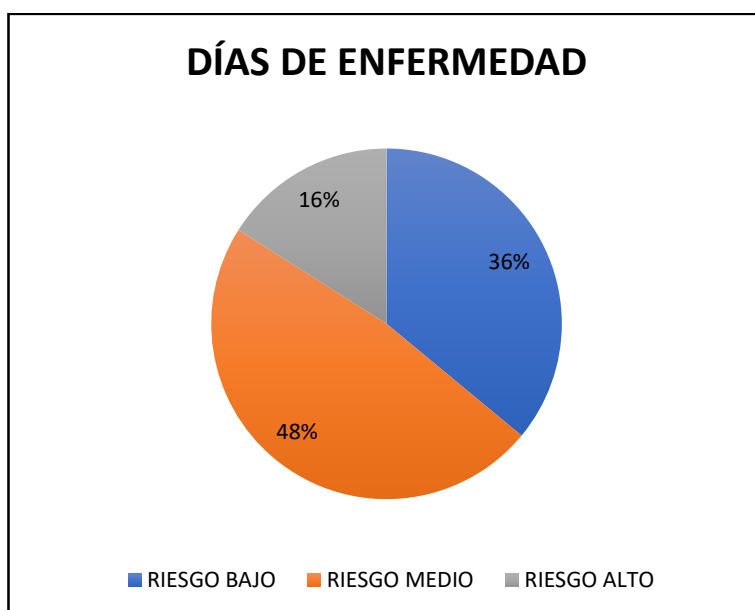
*Número de síntomas*



El 36% de la población indica riesgo bajo, lo que refiere que presentaron síntomas de intensidad leve alrededor de 14 días. El 48% se encuentra dentro del riesgo medio ya que presentan síntomas de intensidad moderada que duran de 15 a 29 días. Mientras tanto, el 16% restante estuvo enfermo con Covid-19, de 30 a más días, requiriendo hospitalización en algunos casos y presentando complicaciones de salud (ver figura 7).

### Figura 7

*Días de enfermedad*



### 3.3 Interpretación de las Escalas Psicológicas por sexo

El 28% de hombres que están dentro de los 18 a 35 años de edad, en base al test aplicado presentan niveles normales de ansiedad y depresión, mientras que el 4% se encuentra entre los rangos de riesgo y atención clínica, lo que significa, que deberán recibir psicoeducación o un proceso breve de psicoterapia. Por otro lado, el 10% de hombres que están entre los 36 a 59 años de edad manifiestan niveles normales en dicha escala y el 8% síntomas de ansiedad y depresión en niveles de riesgo o atención clínica (ver tabla 3).

**Tabla 3***Interpretación de la Escala de Ansiedad y Depresión en hombres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	14	28%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	1	2%
36-59	Normal	5	10%
	Riesgo	3	6%
	Atención Clínica	1	2%
	Total	25	50%

El 32% de mujeres de 18 a 35 años de edad, están dentro de los niveles normales en la escala de ansiedad y depresión, mientras que un 4% son de atención clínica. Por otro lado, el 12% de mujeres entre los 36 a 59 años de edad tienen niveles normales y el 2% requieren atención clínica (ver tabla 4).

**Tabla 4***Interpretación de la Escala de Ansiedad y Depresión de mujeres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	16	32%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	2	4%
36-59	Normal	6	12%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	25	50%

El 20% de hombres que están dentro de los 18 a 35 años de edad, presentan niveles normales en la escala de retraimiento que comprende áreas relacionadas con el rechazo a la convivencia social y un 12% son de riesgo o atención. Por otro lado, el 14% de hombres entre los 36 a 59 años de edad, manifiestan niveles normales y el 4% niveles en riesgo o de atención clínica (ver tabla 5).

**Tabla 5***Interpretación de la Escala de Retraimiento en hombres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	10	20%
	Riesgo	3	6%
	Atención Clínica	3	6%
36-59	Normal	7	14%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	1	2%
	Total	25	50%

Entre los 18 a 35 años de edad un 30% tienen niveles normales de retraimiento, el 6% necesita de atención clínica. Mientras que el 12% de las mujeres de 36 a 59 años de edad no requieren atención ya que sus niveles son normales y el 2% requiere de atención clínica (ver tabla 6).

**Tabla 6***Interpretación de la Escala de Retraimiento en mujeres*

EDA D	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	15	30%
	Riesgo	2	4%
	Atención Clínica	1	2/
36-59	Normal	6	12%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	1	2%
	Total	25	50%

El 26% de hombres dentro de los 18 a 35 años de edad, poseen niveles normales de somatización, por el contrario, el 6% ha desarrollado quejas somáticas de manera significativa después de haber superado el Covid-19 lo que sugiere supervisión o atención clínica. El 12% de hombres entre los 36 a 59 años de edad, manifiestan niveles normales y el 6% niveles de riesgo y atención clínica (ver tabla 7).



**Tabla 7***Interpretación de la Escala de Quejas Somáticas en hombres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	13	26%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	2	4%
36-59	Normal	6	12%
	Riesgo	2	4%
	Atención Clínica	1	2%
	Total	25	50%

Un 26% de mujeres de 18 a 35 años de edad están dentro de los niveles normales para quejas somáticas, un 10% requiere de atención clínica. El 14% de mujeres que tienen de 36 a 59 años señalan niveles normales (ver tabla 8).

**Tabla 8***Interpretación de la Escala de Quejas Somáticas en mujeres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	13	26%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	4	8%
36-59	Normal	7	14%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	25	50%

El 30% de hombres entre los 18 a 35 años de edad, registran niveles normales en la escala de pensamiento, únicamente el 2% son de riesgo o atención ya que ha desarrollado problemas de pensamiento relacionados con la percepción errónea de la realidad. El 12% de hombres entre los 36 a 59 años de edad no presentan anomalías, mientras que el 6% en esta escala presentan niveles de riesgo y atención clínica (ver tabla 9).

**Tabla 9***Interpretación de la Escala de Problemas de Pensamientos en hombres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	15	30%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	1	2%
36-59	Normal	6	12%
	Riesgo	2	4%
	Atención Clínica	1	2%
	Total	25	50%

El 34% de mujeres entre los 18 a 35 años puntúan niveles normales para problemas de pensamiento, por otro lado, el 2% deberían recibir atención clínica. Un 12% que están en un rango de 36 a 59 años de edad, demostraron niveles normales y el 2% son de atención clínica (ver tabla 10).

**Tabla 10***Interpretación de la Escala de problemas de Pensamientos en mujeres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	17	34%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	0	0%
36-59	Normal	6	12%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	25	50%

Un 28% de hombres dentro de los 18 a 35 años de edad, poseen niveles normales en esta escala, por otra parte, el 4% presenta problemas de pensamiento, indicando riesgo o atención clínica. El 14% de hombres entre los 36 a 59 años de edad, manifiestan niveles normales y el 4% niveles en riesgo y de atención clínica (ver tabla 11).

**Tabla 11***Interpretación de la Escala de Problemas de Atención en hombres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	14	28%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	2	4%
36-59	Normal	7	14%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	1	2%
	Total	25	50%

Un 36% de mujeres de 18 a 35 años tienen niveles normales relacionados con problemas de atención. El 12% de mujeres de 36 a 59 años de edad, está dentro de los niveles normales y el 2% tiene problemas de atención, por lo que requiere de atención clínica (ver tabla 12).

**Tabla 12***Interpretación de la Escala de Problemas de Atención en mujeres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	18	36%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
36-59	Normal	6	12%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	1	2%
	Total	25	50%

Entre los 18 a 35 años de edad, se evidencia que el 30% de hombres no presentan problemas en la escala de agresividad y el 2% sí. El 12% de hombres desde los 36 a 59 años de edad, se encuentra entre los rangos normales de esta escala, y el 6% problemas de agresividad en niveles de riesgo y atención clínica (ver tabla 13).

**Tabla 13***Interpretación de la Escala de Agresividad en hombres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	15	30%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	1	2%
36-59	Normal	5	12%
	Riesgo	1	4%
	Atención Clínica	3	2%
	Total	25	50%

Entre las mujeres de 18 a 35 años un 30% tienen niveles normales para la agresividad y un 6% necesita de atención clínica. Mientras que un 14% de mujeres de 36 a 59 años de edad están dentro de los parámetros de normal (ver tabla 14).

**Tabla 14***Interpretación de la Escala de Agresividad en mujeres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	15	30%
	Riesgo	2	4%
	Atención Clínica	1	2%
36-59	Normal	7	14%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	25	50%

El 30% de hombres que comprenden entre los 18 a 35 años en la escala que evalúa ausencia de reglas no presentan problemas significativos, mientras que, el 2% son de riesgo y atención clínica. Por otro lado, el 10% hombres entre los 36 a 59 años de edad poseen niveles normales y el 8% presenta problemas con el cumplimiento de reglas después de haber superado el Covid-19 (ver tabla 15).

**Tabla 15***Interpretación de la Escala de Ausencia de Reglas en hombres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	15	30%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	1	2%
36-59	Normal	5	10%
	Riesgo	2	4%
	Atención Clínica	2	4%
	Total	25	50%

Las mujeres de 18 a 35 años están dentro de los puntajes normales para ausencia de reglas. Mientras que un 12% de mujeres de 36 a 59 años también está dentro de los niveles normales y un 2% debe recibir atención clínica (ver tabla 16).

**Tabla 16***Interpretación de la Escala de Ausencia de Reglas en mujeres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	18	36%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
36-59	Normal	6	12%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	25	50%

El 30% de hombres que están dentro de los 18 a 35 años de edad, en base al test aplicado presentan niveles normales, mientras que el 2% se encuentra entre los rangos de riesgo y atención clínica, relacionados con lo intrusivo y la extroversión. Por otro lado, el 12% de hombres que están entre los 36 a 59 años de edad manifiestan niveles normales en dicha escala y el 6% problemas de riesgo o atención clínica (ver tabla 17).

**Tabla 17***Interpretación de la Escala de comportamiento Intrusivo en hombres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	15	30%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	1	2%
36-59	Normal	6	12%
	Riesgo	2	4%
	Atención Clínica	1	2%
	Total	25	50%

El 34% de mujeres de 18 a 35 años tienen niveles normales en la escala de comportamiento intrusivo y un 2% es de atención clínica. Un 12% de mujeres de 36 a 59 años de edad no requieren de atención clínica ya que puntúan dentro de los niveles normales y un 2% si requiere (ver tabla 18).

**Tabla 18***Interpretación de la Escala de comportamiento Intrusivo en mujeres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	17	34%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	0	0%
36-59	Normal	6	12%
	Riesgo	1	2%
	atención Clínica	0	0%
	Total	25	50%

### 3.4 Interpretación de las Escalas Adaptativas por sexo

El 22% de hombres entre 18 a 35 años de edad, en la escala de amistad presentan niveles normales, por otra parte, el 10% manifiesta problemas en sus relaciones interpersonales después de haber superado el Covid-19. En hombres entre los 36 a 59 años de edad se evidencian niveles normales en el 18% de la muestra y no se manifiestan problemas significativos en dicha escala (ver tabla 19).

**Tabla 19***Interpretación de la Escala Amistades en hombres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	11	22%
	Riesgo	5	10%
	Atención Clínica	0	0%
36-59	Normal	9	18%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	25	50%

El 32% de mujeres entre 18 a 35 años de edad tiene una buena relación con sus amistades y el 4% necesita de atención clínica. Un 14% de mujeres de 36 a 59 años también manifestaron tener una buena relación con sus amistades (ver tabla 20).

**Tabla 20***Interpretación de la Escala de Amistades en mujeres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	16	32%
	Riesgo	2	4%
	Atención Clínica	0	0%
36-59	Normal	7	14%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	25	50%

Se puede observar que solamente el 22% del total de la muestra de hombres, conviven en pareja o han vivido durante los últimos 6 meses. Por lo tanto, el 4% de hombres entre 18 a 35 años de edad llevan una buena convivencia y el 4% presentan problemas en la relación de pareja. Entre las edades de 36 a 59 años de edad se evidencian niveles normales en el 8%, mientras que el 6% presentan riesgo o atención clínica (ver tabla 21).

**Tabla 21***Interpretación de la Escala de Pareja en hombres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	2	4%
	Riesgo	2	4%
	Atención Clínica	0	0%
36-59	Normal	4	8%
	Riesgo	3	6%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	25	22%

El 12% mujeres de 18 a 35 años de edad, manifiesta tener una buena relación con su pareja, de igual modo que el 8% de las mujeres de 36 a 59 años (ver tabla 22).

**Tabla 22***Interpretación de la Escala de Pareja en mujeres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	6	12%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
36-59	Normal	4	8%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	10	20%

El 32% de la muestra que se encuentra entre 18 a 35 años, presentan buena convivencia familiar, al igual que, el 18% de hombres entre los 36 a 59 años de edad. No se evidencian problemas clínicamente significativos en dicha escala, en ninguno de los grupos de edad (ver tabla 23).

**Tabla 23***Interpretación de la Escala de Familia en hombres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	16	32%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
36-59	Normal	9	18%



Riesgo	0	0%
Atención Clínica	0	0%
Total	25	50%

Un 34% de mujeres entre los 18 a 35 años tienen una buena relación con su familia, mientras que un 2% requiere de atención clínica, debido a una mala relación. Por otro lado, el 14% de las mujeres de 36 a 59 años tienen una relación buena (ver tabla 24).

**Tabla 24**

*Interpretación de la Escala de Familia en mujeres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	17	34%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	0	0%
36-59	Normal	7	14%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	25	50%

Únicamente el 30% del total de la muestra de hombres se encuentran laborando. Por lo que, el 12% de hombres entre los 18 a 35 años presentan niveles de adaptabilidad normal y el 4% problemas en el área laboral. Entre las edades de 36 a 59 años de edad, se evidencian niveles normales en el 12% y de riesgo o atención en un porcentaje mínimo del 2% (ver tabla 25).

**Tabla 25**

*Interpretación de la Escala de trabajo en hombres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	6	12%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	1	2%
36-59	Normal	6	12%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	15	30%

El 18% de mujeres de 18 a 35 años manifiestan tener una buena relación en su trabajo y el 8% requiere de atención clínica, ya que manifiesta tener problemas en el mismo. El 10% de mujeres de 36 a 59 años también menciona tener una buena relación y un 2% necesita atención (ver tabla 26).

**Tabla 26**

*Interpretación de la Escala de Trabajo en mujeres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	9	18%
	Riesgo	3	6%
	Atención Clínica	1	2%
36-59	Normal	5	10%
	Riesgo	1	2%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	19	38%

En cuanto a educación, el test ASR únicamente evalúa de 18 hasta 29 años de edad, por lo que se puede decir, que solo el 20% de hombres que comprenden entre estas edades, se encuentran estudiando y presentan niveles normales de adaptación, por otro lado, no se evidencia riesgo ni atención clínica (ver tabla 27)

**Tabla 27**

*Interpretación de la Escala de Educación en hombres*

EDAD	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	10	20%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
36-59	Normal	0	0%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	15	20%

Un 18% de mujeres de 18 a 35 años manifiesta estar bien en el ámbito de la educación de igual modo que el 2% de mujeres entre los 36 a 59 años de edad. El 18% de mujeres entre 18 a 29 años de edad, manifiesta estar bien en el ámbito educativo, no se evidencia riesgo ni atención clínica, por otro lado, se registra que el 2% de mujeres entre los 36 a 59 años de edad estudian y presentan niveles normales de adaptación, sin

embargo, este dato no es tomado en cuenta ya que el test únicamente evalúa esta área hasta los 29 años de edad (ver tabla 28).

**Tabla 28**

*Interpretación de la Escala de Educación en mujeres*

Edad	RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-35	Normal	9	18%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
36-59	Normal	1	2%
	Riesgo	0	0%
	Atención Clínica	0	0%
	Total	10	20%

### 3.4 Interpretación de las Escalas de Consumo de Sustancias por sexo

Los rangos en esta escala se miden por el número de días de consumo, tomando en cuenta desde 0 días a máximo 100, lo que significa que, toda persona que consuma de manera leve o no consuma ningún tipo de sustancia se encuentra dentro del rango normal.

De acuerdo con la tabla 29, el 30% de hombres entre 18 a 35 años de edad, no consumen o consumen de manera leve tabaco y alcohol, al igual que 32% drogas. El 2% de hombres de este grupo de edad, se encuentra en atención clínica en la escala de tabaco y alcohol, mientras que en drogas no existen casos. Por otro lado, el 18% de hombres entre los 36 a 59 años presentan niveles normales de consumo de tabaco y alcohol y no existen casos en riesgo, en la escala de consumo de drogas se evidencia un 2% en riesgo y el 16% presentan niveles normales.

En mujeres entre 18 a 35 años se evidencia que el 34% presentan niveles normales en las tres escalas, existiendo solamente el 2% de casos de riesgo o atención clínica. A diferencia del 14% de mujeres entre 35 a 59 años de edad presentan niveles normales en la escala de alcohol, tabaco y drogas y no existen ningún caso de riesgo o atención (ver tabla 29).

**Tabla 29***Interpretación de la Escala de Sustancias*

EDAD	RANGO	TABACO				ALCOHOL				DROGAS			
		F	M	F	M	F	M	F	M				
18 - 35	Normal	17	34%	15	30%	17	34%	15	30%	17	34%	16	32%
	Riesgo	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	AC	0	0%	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	0	0%
36 - 59	Normal	7	14%	9	18%	7	14%	9	18%	7	14%	8	16%
	Riesgo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	AC	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
	TOTAL	25	50%	25	50%	25	50%	25	50%	25	50%	25	50%

**3.5 Interpretación de la sintomatología del test ASR en relación con los datos sociodemográficos**

A continuación, se presentan los datos entre las personas con sintomatología y su zona de vivienda. Se utilizarán las siguientes nomenclaturas N= normal, R= riesgo A.C. = Atención clínica.

Existen más personas que residen en zonas urbanas que en rurales, independientemente de la zona de vivienda se evidencian puntajes normales en la mayoría de la población en las escalas psicológicas, de igual manera, puntajes mínimos de riesgo o atención clínica.

En cuanto a la zona urbana se registra mayor riesgo en las siguientes escalas: 22% en la escala de retraimiento, 16% en la escala de quejas somáticas y 14% en la escala de depresión y ansiedad, por otro lado, en zonas rurales domina: la escala de quejas somáticas con un 6%, seguida del 4% en la escala de ansiedad-depresión, problemas de pensamiento y agresividad. Un dato a destacar es que en la zona urbana existe el 12% de riesgo en la escala de ausencia de reglas, mientras que en zonas rurales el riesgo es nulo (ver tabla 30).

**Tabla 30**

*Interpretación de las Escalas Psicológicas en relación a la zona de vivienda*

ZONA DE VIVIENDA	RANGOS	Ansiedad Depresión		Retraído		Quejas somáticas		Problemas de pensamiento		Problemas de atención		Agresivo		Ausencia de reglas		Intrusivo	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
URBANA	N	3	74	3	66	3	72	4	80	4	80	3	76	3	76	3	78
	R	7	%	3	%	6	%	0	%	0	%	8	%	8	%	9	%
	A. C.	4	8%	5	10	2	4%	3	6%	0		2	4%	3	6%	3	6%
	TOTAL	3	6%	6	12	6	12	1	2%	4	8%	4	8%	3	6%	2	4%
		4	88	4	88	4	88	4	88	4	88	4	88	4	88	4	88
		4	%	4	%	4	%	4	%	4	%	4	%	4	%	4	%
RURAL	N	4	8%	5	10	3	6%	4	8%	5	10	4	8%	6	12	5	10
	R		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	A.C.	1	2%	1	2%	2	4%	1	2%	1	2%	1	2%	0		1	2%
	TOTAL	1	2%	0		1	2%	1	2%	0		1	2%	0		0	
		6	12	6	12	6	12	6	12	6	12	6	12	6	12	6	12
			%		%		%		%		%		%		%		%

Se evidencia niveles normales en todas las escalas adaptativas independientemente de la zona de vivienda, no existen diferencias significativas en los rangos de riesgo y atención clínica, ya que la zona de residencia urbana es la predomina e indica un 12% de riesgo en la escala de amistades, 10% en trabajo y 8% en la escala que mide la relación de pareja, mientras que, en la escala de familia y educación no se reportan casos.

Por otra parte, en la zona rural se evidencia que el 2% de la población indica riesgo en las escalas de: amistades, pareja, familia y trabajo, además no se registran casos en la escala de educación (ver tabla 31).

**Tabla 31**

*Interpretación de las Escalas Adaptativas en relación a la zona de vivienda*

ZONA DE VIVIENDA	RANGOS	Amistades		Pareja		Familia		Trabajo		Educación	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
URBANA	N	38	76%	15	30%	44	88%	23	46%	16	32%
	R	6	12%	4	8%	0		5	10%	0	
	A. C.	0		0		0		2	4%	0	
	TOTAL	44	88%	19	38%	44	88%	30	60%	16	32%
RURAL	N	5	10%	1	2%	5	10%	3	6%	4	8%
	R	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	0	

| **TOTAL**    6    12%    2    4%    6    12%    4    8%    4    8%

En la zona urbana se registra un 84% de niveles normales en la escala de tabaco, alcohol y drogas, al igual que en el 6% de la población que residen en zonas rurales, lo que indica que la mayoría de la población no consume o su consumo es menor a 20 días. Únicamente se evidencia 4% de riesgo y atención clínica en estas escalas en la zona urbana (ver tabla 32).

**Tabla 32**

*Interpretación de las Escalas de Consumo de Sustancias en relación a la zona de vivienda*

ZONA DE VIVIENDA	RANGOS	TABACO		ALCOHOL		DROGAS	
		F	%	F	%	F	%
URBANA	N	42	84%	42	84%	42	84%
	R	1	2%	0		0	
	A. C.	1	2%	2	4%	2	4%
	<b>TOTAL</b>	44	88%		88%	44	88%
RURAL	N	6	12%	6	12%	6	12%

Se evidencia niveles normales en todas las escalas psicológicas independientemente del estado civil. El estado civil dominante, son los solteros seguido de los casados. A continuación, se describirá de manera minuciosa los resultados debido a las diferencias significativas.

En la escala de depresión y ansiedad los casados son quienes dominan en riesgo y atención clínica con un 12%, en retraimiento se evidencio que el 14% de los solteros presentan más riesgo y atención clínica a diferencia del 8% de los casados.

En la escala de problemas de pensamiento se observan niveles normales. Al igual que en la escala de quejas somáticas, sin embargo, los solteros son quienes presentan más niveles de riesgo y atención clínica con un 14% en contraste con el 6% de casados.

No se observan diferencias significativas en la escala de problemas de atención, en cuanto a solteros y casados en niveles de riesgo. Es de importancia indicar que en la escala de agresividad domina el rango normal, en cuanto a riesgo y atención se observa puntajes mínimos y nulos siendo los divorciados quienes no presentan casos.

Se puede apreciar normalidad en la escala de comportamiento intrusivo. Lo mismo que ausencia de reglas, donde se identificó niveles bajos de riesgo, siendo el 8% en casados, en contraste al 2% en solteros, personas en unión libre y divorciados (ver tabla 33).

**Tabla 33**

*Interpretación de las Escalas Psicológicas en relación con el estado civil*

ESTADO CIVIL	RANGOS	Ansiedad Depresión		Retraído		Quejas somáticas		Problemas de pensamiento		Problemas de atención		Agresivo		Ausencia de reglas		Intrusivo	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
SOLTERO	N	2	46	1	36	1	36	2	46	2	46	2	44	2	48	2	46
	R	3	%	8	%	8	%	3	%	3	%	2	%	4	%	3	%
	A. C.	0		4	8%	2	4%	1	2%	0		1	2%	0		1	2%
	TOTAL	2	4%	3	6%	5	10%	1	2%	2	4%	2	4%	1	2%	1	2%
UNIÓN LIBRE	N	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%
	R																
	A.C.																
	TOTAL	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%
CASADO	N	1	28	1	32	1	34	1	34	1	36	1	30	1	32	1	34
	R	4	%	6	%	7	%	7	%	8	%	5	%	6	%	7	%
	A.C.	4	8%	2	4%	1	2%	2	4%	1	2%	2	4%	3	6%	2	4%
	TOTAL	2	4%	2	4%	2	4%	1	2%	1	2%	3	6%	1	2%	1	2%
DIVORCIADO	N	2	40	2	40	2	40	2	50	2	40	2	40	2	40	2	40
	R	0	%	0	%	0	%	0	%	0	%	0	%	0	%	0	%
	A.C.																
	TOTAL	2	40%	2	40%	2	40%	2	50%	2	40%	2	40%	2	40%	2	40%
DIVORCIADO	N	3	6%	3	6%	3	6%	3	6%	3	6%	4	8%	3	6%	3	6%
	R	1	2%	0		1	2%	1	2%	0		0		0		1	2%
	A.C.	0		1	2%	0		0		1	2%	0		1	2%	0	
	TOTAL	4	8%	4	8%	4	8%	4	8%	4	8%	4	8%	4	8%	4	8%

Se evidencia niveles normales en todas las escalas adaptativas independientemente del estado civil, únicamente es una minoría del 100% de la población que presenta riesgo o atención.

En la escala de amistades se observó que dominan los solteros con el 44% de puntaje que se encuentran dentro del rango de lo normal, seguido del 34% de casados, siendo los divorciados quienes presentan más riesgo en esta escala con el 8%. Por otra parte, en la escala de pareja se identificó que el 26% de casados presentan más niveles

normales a diferencia de los solteros en convivencia y personas en unión libre, de la misma manera son ellos quienes presentan más niveles de riesgo y atención clínica con un 8%.

Se puede apreciar normalidad en la convivencia familiar y de educación, además de niveles bajos o nulos de riesgo. En cuanto a la escala de desempeño laboral, indica niveles buenos de adaptación, sin embargo, en riesgo y atención clínica se encuentran más casados con un 10%, seguido de personas divorciadas con el 6% (ver tabla 34).

**Tabla 34**

*Interpretación de las Escalas Adaptivas en relación con el estado civil*

ESTADO CIVIL	RANGOS	Amistades		Pareja		Familia		Trabajo		Educación	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>SOLTERO</b>	<b>N</b>	22	44%	2	4%	24	48%	11	22%	17	34%
	<b>R</b>	3	6%	1	2%	1	2%	1	2%	0	
	<b>A. C.</b>	0		0		0		1	2%	0	
	<b>TOTAL</b>	25	50%	3	6%	25%	50%	13	26%	17	34%
<b>UNIÓN LIBRE</b>	<b>N</b>	0		1	2%	1	2%	0		0	
	<b>R</b>	1	2%	0		0		1	2%	0	
	<b>A.C.</b>	0		0		0		0		0	
	<b>TOTAL</b>	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%		
<b>CASADO</b>	<b>N</b>	17	34%	13	26%	20	40%	12	24%	2	4%
	<b>R</b>	3	6%	4	8%	0		4	8%	0	
	<b>A.C.</b>	0		0		0		1	2%	0	
	<b>TOTAL</b>	20	40%	17	34%	20	40%	17	34%	2	4%
<b>DIVORCIADO</b>	<b>N</b>	4	8%	0	0%	4	8%	3	6%	1	2%

Se evidencia niveles normales o nulos de consumo independientemente del estado civil. Las únicas escalas de riesgo o atención clínica que se evidencian con puntajes mínimos son: consumo de alcohol en solteros con un 4%, en cuanto a drogas y tabaco existe riesgo en un 2% en la escala de solteros y divorciados (ver tabla 35).



**Tabla 35***Interpretación de las Escalas de Consumo de Sustancias en relación con el estado civil*

ESTADO CIVIL	RANGOS	TABACO		ALCOHOL		DROGAS	
		F	%	F	%	F	%
<b>SOLTERO</b>	<b>N</b>	24	48%	23	46%	24	48%
	<b>R</b>	1	2%	0		0	
	<b>A. C.</b>	0		2	4%	1	2%
	<b>TOTAL</b>	25	50%	25	50%	25%	50%
<b>UNIÒN LIBRE</b>	<b>N</b>	1	2%	1	2%	1	2%
<b>CASADO</b>	<b>N</b>	19	38%	20	40%	20	40%
	<b>R</b>	0		0		0	
	<b>A.C.</b>	1	2%	0		0	
	<b>TOTAL</b>	20	40%	20	40%	20	40%
<b>DIVORCIADO</b>	<b>N</b>	4	8%	4	8%	3	6%
	<b>R</b>	0		0		0	
	<b>A.C</b>	0		0		1	2%
	<b>TOTAL</b>	4	8%	4	8%	4	8%

En relación a los niveles de educación y las escalas psicológicas se observa puntajes establecidos dentro del rango de lo normal, las diferencias entre los rangos de riesgo y atención clínica son mínimas. En primer lugar, las personas de tercer nivel son quienes dominan e indican más riesgo y atención clínica en las siguientes escalas: un 18% en quejas somáticas, 16% en retraimiento y 10% en la escala que mide sintomatología ansiosa depresiva. En segundo lugar, se encuentran personas en secundaria, los niveles de riesgo que se evidenciaron son mínimos: 8% para las escalas de retraimiento y agresividad y 6% en la escala de depresión-ansiedad. Finalmente se observó que personas que cursaron la primaria y poseen título de cuarto nivel no presentan problemas significativos, a excepción del 2% de riesgo que se registra en la escala que mide comportamiento agresivo y ansiedad-depresión (ver tabla 36).

**Tabla 36**

*Interpretación de las Escalas Psicológicas en relación con el nivel de educación*

NIVEL DE EDUCACIÓN	RANGOS	Ansiedad Depresión		Retraído		Quejas somáticas		Problemas de pensamiento		Problemas de atención		Agresivo		Ausencia de reglas		Intrusivo	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PRIMARIA	N	2	4%	2	4%	2	4%	2	4%	2	4%	2	4%	1	2%	2	4%
	R	0		0		0		0		0		0		1	2%	0	
	TOTAL	2	4%	2	4%	2	4%	2	4%	2	4%	2	4%	2	4%	2	4%
SECUNDARIA	N	7	14%	6	12%	8	16%	8	16%	8	16%	6	12%	8	16%	8	16%
	R	0		2	4%	0		1	2%	0		2	4%	1	2%	1	2%
	A.C.	3	6%	2	4%	2	4%	1	2%	2	4%	2	4%	1	2%	1	2%
	TOTAL	10	20%	10	20%	10	20%	10	20%	10	20%	10	20%	10	20%	10	20%
TERCER NIVEL	N	30	60%	27	54%	26	52%	31	62%	32	64%	33	66%	33	66%	32	64%
	R	4	8%	4	8%	4	8%	3	6%	1	2%	1	2%	0		2	4%
	A.C.	1	2%	4	8%	5	10%	1	2%	2	4%	3	6%	2	4%	1	2%
	TOTAL	35	70%	35	70%	35	70%	35	70%	35	70%	35	70%	35	70%	35	70%
CUARTO NIVEL	N	2	4%	3	6%	3	6%	3	6%	3	6%	3	6%	2	4%	2	4%
	R	1	2%	0		0		0		0		0		1	2%	1	2%
	TOTAL	3	6%	3	6%	3	6%	3	6%	3	6%	3	6%	3	6%	3	6%

Se evidencia niveles normales en todas las escalas adaptativas independientemente del nivel de educación, no existen diferencias significativas en los rangos de riesgo y atención clínica. El nivel de educación que domina y por lo tanto presenta más riesgo, es el de personas que cursan el tercer nivel, dándose como resultados de riesgo: 12% en la escala de amistades, 10% en trabajo y 6% en la escala de pareja. En segundo lugar, se encuentran personas solteras, los puntajes de riesgo son mínimos siendo un 6% en la escala de trabajo, 4% en pareja y 2% en amistades. En los niveles de primaria y cuarto nivel no se reportan casos en riesgo (ver tabla 37).

**Tabla 37***Interpretación de las Escalas Adaptativas en relación con el nivel de educación*

NIVEL DE EDUCACIÓN	RANGOS	Amistades		Pareja		Familia		Trabajo		Educación	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PRIMARIA	N	2	4%	0	0%	2	4%	1	2%	0	
	R										
SECUNDARIA	N	9	18%	5	10%	10	20%	2	4%	2	4%
	R	1	2%	2	4%	0		2	4%	0	
	A.C.	0		0		0		1	2%	0	
	TOTAL	10	20%	7	14%	10	20%	5	10%	2	4%
TERCER NIVEL	N	29	58%	9	18%	34	68%	2	4%	17	34%
	R	6	12%	3	6%	1	2%	4	8%	0	
	A.C.	0		0		0		1	2%	0	
	TOTAL	35	70%	12	24%	35	70%	5	10%	17	34%
CUARTO NIVEL	N	3	6%	2	4%	3	6%	3	6%	1	2%
	R										

Se indica niveles normales o nulos de consumo en personas que únicamente cursaron la primaria o poseen título de cuarto nivel. Personas que cursan el tercer nivel en la escala de tabaco y drogas reportaron un 4% de riesgo. Por otro lado, en la escala de alcohol se registra un riesgo del 2% en instrucción secundaria y universitaria (ver tabla 38).

**Tabla 38***Interpretación de las Escalas de Consumo de Sustancias en relación con el nivel de educación*

NIVEL DE EDUCACIÓN	RANGOS	TABACO		ALCOHOL		DROGAS	
		F	%	F	%	F	%
PRIMARIA	N	2	4%	2	4%	2	4%
	R						
SECUNDARIA	N	10	20%	9	18%	10	20%
	A.C.	0		1	2%	0	
	TOTAL	10	20%	10	20%	10	20%
	R						
TERCER NIVEL	N	33	66%	34	68%	33	66%
	R						

	<b>R</b>	1	2%	0		0	
	<b>A.C.</b>	1	2%	1	2%	2	4%
	<b>TOTAL</b>	35	70%	35	70%	35	70%
<b>CUARTO NIVEL</b>	<b>N</b>	3	6%	3	6%	3	6%

En relación a la ocupación y las escalas psicológicas se observa puntajes establecidos dentro del rango de lo normal, las diferencias entre los rangos de riesgo y atención clínica son mínimas. Las personas que trabajan son quienes dominan e indican más riesgo y atención clínica presentando: 12% de riesgo en retraimiento, 10% en ansiedad-depresión y 8% en la escala que evalúa quejas somáticas. Por otro lado, no se evidencian niveles de riesgo significativos en las distintas ocupaciones ya que los puntajes oscilan entre 2% y 4% (ver tabla 39).

**Tabla 39**

*Interpretación de las Escalas Psicológicas en relación con la ocupación*

OCUPACIÓN	RANGOS	Ansiedad Depresión		Retraído		Quejas somáticas		Problemas de pensamiento		Problemas de atención		Agresivo		Ausencia de reglas		Intrusivo	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>ESTUDIA</b>	<b>N</b>	7	14%	7	14%	6	12%	7	14%	7	14%	7	14%	8	16%	7	14%
	<b>R</b>	0		1	2%	0		1	2%	0		1	2%	0		1	2%
	<b>A. C.</b>	1	2%	0		2	4%	0		1	2%	0		0		0	
	<b>TOTAL</b>	8	16%	8	16%	8	16%	8	16%	8	16%	8	16%	8	16%	8	16%
<b>TRABAJA</b>	<b>N</b>	2	40%	1	38%	2	42%	2	42%	2	42%	2	42%	2	44%	2	46%
	<b>R</b>	3	6%	2	4%	2	4%	2	4%	1	2%	1	2%	1	2%	0	
	<b>A.C.</b>	2	4%	4	8%	2	4%	2	4%	3	6%	3	6%	2	4%	2	4%
	<b>TOTAL</b>	2	50%	2	50%	2	50%	2	50%	2	50%	2	50%	2	50%	2	50%
<b>TRABAJA Y ESTUDIA</b>	<b>N</b>	8	16%	7	14%	6	12%	8	16%	9	18%	8	16%	8	16%	9	18%
	<b>R</b>	0		2	4%	1	2%	1	2%	0		0		1	2%	0	
	<b>A.C.</b>	1	2%	0		2	4%	0		0		1	2%	0		0	
	<b>TOTAL</b>	9	18%	9	18%	9	18%	9	18%	9	18%	9	18%	9	18%	9	18%

<b>NINGUNO</b>	<b>N</b>	6	12	5	10	6	12	8	16	8	16	6	12	6	12	5	10
			%		%		%		%		%		%		%		%
	<b>R</b>	2	4	1	2	1	2	0		0		1	2	1	2	3	6
			%		%		%						%		%		%
	<b>A.C</b>	0		2	4	1	2	0		0		1	2	1	2	0	
<b>TOT</b>	8	16	8	16	8	16	8	16	8	16	8	16	8	16	8	16	
<b>AL</b>		%		%		%		%		%		%		%		%	

Se identifica niveles normales en todas las escalas adaptativas independientemente del nivel de ocupación, no existen diferencias significativas en los rangos de riesgo y atención clínica. En personas que trabajan se registró un 10% de riesgo en la escala de depresión y ansiedad y un 8% en la escala de pareja en comparación a las otras ocupaciones. Únicamente el 2% de estudiantes reportan niveles de riesgo en la escala de familia y el 14% de trabajadores indican riesgo o atención clínica en la escala que mide el desempeño laboral. Finalmente, en la escala de educación no se registran casos (ver tabla 40).

**Tabla 40**

*Interpretación de las Escalas Adaptativas en relación con la ocupación*

OCUPACIÓN	RANGOS	AMISTADES		PAREJA		FAMILIA		TRABAJO		EDUCACIÓN	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<i>ESTUDIA</i>	<b>N</b>	8	16%	1	2%	7	14%	1	2%	8	16%
	<b>R</b>	0		0		1	2%	0		0	
		0		0		0		0		0	
		8	16%	1	2%	8	16%	1	2%	8	16%
<i>TRABAJA</i>	<b>N</b>	20	40%	11	22%	25	50%	17	34%	3	6%
	<b>R</b>	5	10%	4	8%	0		5	10%	0	
		0		0		0		2	4%	0	
		25	50%	15	30%	25	50%	24	48%	3	6%
<i>ESTUDIA Y TRABAJA</i>	<b>N</b>	8	16%	1	2%	9	18%	7	14%	8	16%
	<b>R</b>	1	2%	1	2%	0		1	2%	0	
		0		0		0		0		0	
		9	18%	2	4%	9	18%	8	16%	8	16%
<i>NINGUNO</i>	<b>N</b>	7	14%	3	6%	8	16%	1	2%	1	2%
	<b>R</b>	1	2%	0		0		0		0	
		0		0		0		0		0	
		8	16%	3	6%	8	16%	1	2%	1	2%

En relación a la ocupación se evidencian niveles normales o nulos de consumo en la mayoría de la muestra, sin embargo, el riesgo y la atención clínica es mínima. En la escala de tabaco y alcohol solamente se registra el 2% de riesgo y atención clínica en estudiantes y en personas que trabajan y estudian. Por otro lado, se reporta un 2% de consumo de drogas en la población que no posee ningún tipo de ocupación (ver tabla 41)

**Tabla 41**

*Interpretación de las Escalas de Consumo de Sustancias en relación con la ocupación*

OCUPACIÓN	RANGOS	TABACO		ALCOHOL		DROGAS	
		F	%	F	%	F	%
TRABAJA	N	8	16%	7	14%	8	16%
	A.C.	0		1	2%	0	
	TOTAL	8	16%	8	16%	8	16%
ESTUDIA	N	24	48%	25	50%	25	50%
	A.C.	1	2%	0		0	
	TOTAL	25	50%	25	50%	25	50%
TRABAJA Y ESTUDIA	N	8	16%	8	16%	8	16%
	R	1	2%	0		0	
	A.C.	0		1	2%	1	2%
	TOTAL	9	18%	9	18%	9	18%
NINGUNO	N	8	16%	8	16%	7	14%
	A.C.	0		0		1	2%
	TOTAL	8	16%	8	16%	8	16%

### 3.6 Evaluación de las autopercepciones de personas que superaron el Covid-19

En base a la pregunta 11 del cuestionario sociodemográfico, que evalúa la reacción de personas que fueron asintomáticas y se vieron en la necesidad de realizarse una prueba de laboratorio. La mayoría de la población manifiesta que su reacción inicial al momento de conocer el diagnóstico fue: temor, miedo e incertidumbre al no saber la evolución de la enfermedad, además, manifestaron sentir culpa, ya que al ser asintomáticos pudieron haber propagado el virus de manera silenciosa y rápida. Por otro

lado, la mínima parte de la población refiere a ver asimilado el diagnóstico con sorpresa y a pesar de la misma tomarlo con tranquilidad.

Con respecto a la pregunta 12 dirigida a personas que conocían el diagnóstico, se evalúa el área emocional y psicológica durante la enfermedad, la mayoría refiere que, al conocer el diagnóstico, como primera reacción manifestaron incredulidad y miedo a las complicaciones de salud. Durante la enfermedad refieren haber desarrollado síntomas ansiosos y depresivos, que se han visto asociados con el aislamiento dando como resultados sentimientos de soledad, incertidumbre, estrés y culpa ya que consideran que no se cuidaron y no tomaron las medidas suficientes para la prevención de la enfermedad.

En la pregunta 13 dirigida a la población en general, se describe el estado a nivel emocional y psicológico (emoción, pensamiento, conducta) después de haber superado el Covid-19, como resultados se observó que sujetos con sintomatología leve o asintomáticos refieren sentirse tranquilos después de haber superado la enfermedad sin la complicación de los síntomas, sin embargo, mencionan sentir temor a volverse a contagiar y que los síntomas sean más agresivos.

Por otro lado, personas con síntomas moderados y graves reflejan agradecimiento a un ser superior por haber superado la enfermedad a pesar de la duración, gravedad y secuelas de los síntomas. La población en general manifiesta conductas enfocadas en la prevención debido, al miedo de una reinfección como: la evitación a lugares concurridos y mayor uso de las medidas de bioseguridad.

## DISCUSIÓN

Se evidencia que el mayor número de contagiados fueron personas solteras y adultos jóvenes, debido que han estado más expuestos (UNIVERSO, 2021), lo que coincide con nuestra investigación donde el porcentaje de solteros fue del 50%

Por otro lado, también se evidencio que habido un mayor nivel de contagios en personas que laboran, como es el caso del personal en las áreas de salud, que se encuentran expuestos directamente a pacientes positivos para coronavirus, mientras que habido casos de personas que se han visto en la obligación de utilizar el transporte público para trasladarse a sus lugares de trabajo, lo que ha ocasionado que aumente el número de personas contagiadas, ya que, al estar en contacto cercano con diferentes personas en su lugar de trabajo, o al momento de trasladarse podrían contraer la enfermedad (Aparicio, 2020).

Se conoce que los efectos psicológicos y adaptativos de pandemias anteriores como el ébola en el 2014, SARS en China en el 2003 y actualmente el COVID-19 en 2020 han llegado a causar sintomatología leve o grave como: estrés agudo en los primeros diez días de cuarentena, trastorno por estrés post traumático en niños y adultos, depresión grave, mal humor, irritabilidad, agotamiento, falta de concentración, indecisión, deterioro del funcionamiento laboral, insomnio y confusión (Riveros y Sánchez, 2020)

Un estudio realizado en China indica que, hombres, personas sin educación y con secuelas físicas, son propensos a desarrollar depresión. Durante la fase inicial del virus, en una muestra de 1210 sujetos se observó que un 13,8% presentó síntomas depresivos leves, el 12,2%, moderados y el 4,3% graves (Huarcaya, 2020), estos datos coinciden con los encontrados en nuestra investigación, donde el 14% de hombres y el 6% de las mujeres requiere de atención clínica en la escala de ansiedad/depresión.

El 8% de hombres y el 2% de mujeres requieren de atención clínica en la escala de atención, estos problemas están relacionados con el olvido y las dificultades de concentración, esto coincide con lo encontrado en Argentina, dónde se identificó que personas que pasaron internadas presentaron mayores cambios negativos en su atención, a diferencia de aquellos que se trataron desde casa. Además, el 36,1% de la muestra



manifiesto cambios en su memoria de manera leve, y el 7% indicó que empeoró mucho (Etchevers *et al.*, 2021).

La escala de retraimiento está relacionada con el rechazo a la convivencia social y a la preferencia por actividades solitarias, el 16% de hombres manifiestan riesgo y atención clínica a diferencia del 8% del total de mujeres, estos datos contrastan con los encontrados en un estudio realizado en Colombia, que indica que son personas del sexo femenino, quienes reportan más cambios en la convivencia social con 40,7 %, a diferencia del 23,2% de hombres (Posada *et al.*, 2021).

Existen diferencias mínimas en los niveles normales, de riesgo y de atención clínica en la escala de quejas somáticas entre género masculino y femenino. Sin embargo, un dato relevante que se identificó fue que hombres y mujeres de 18 a 35 años de edad presentan con un 16% más riesgo y atención clínica, en contraste con hombres y mujeres de 36 a 59 años de edad que únicamente representan el 6%. La Universidad Autónoma de Barcelona reporta datos semejantes a la investigación, ya que indica que el 35% de jóvenes entre los 18 a 29 años presentan más quejas somáticas, en contraste al 2% de personas adultas y de la tercera edad (Guzmán y Tamayo, 2020)

Existen puntajes normales en la escala de agresividad en la población, a excepción de un mínimo de la muestra que presentan problemas de agresividad y control de impulsos, siendo el 8% del total de hombres y el 6% del total de mujeres. Sin embargo, la Facultad de Psicología de Puebla, reporta que la agresividad y violencia aumentado en un 75% desde la aparición del Covid-19, siendo un puntaje alto en comparación con la investigación, el mismo que está relacionado con el miedo a contraer la enfermedad, la presión económica y la recepción de información falsa (Zambrano, 2020).

Con la llegada del coronavirus ha aumentado significativamente las cifras de divorcio en todo el mundo, ya que se han visto obligados a convivir la mayor parte del día, en el 2020 en el Ecuador se reportaron 22.442 divorcios, algunas parejas mencionan que sus problemas matrimoniales, empezaron con el confinamiento y cada vez fueron empeorando lo que les llevo a culminar con el matrimonio (Machado, 2021) En nuestra investigación, el 10% de la población presentó dificultades para mantener buenas relaciones interpersonales.

## CONCLUSIONES

La presente investigación dio a conocer los efectos psicológicos y adaptativos Post Covid-19 en adultos entre 18 a 59 años de edad, por medio del test Adult Self Report (ASR), el cual se basa en la presencia de la sintomatología y aspectos del funcionamiento adaptativo, para lo cual se utilizó las escalas psicológicas, adaptativas y consumo de sustancias.

Con respecto a los datos sociodemográficos, se pudo evidenciar mayor número de contagios en la zona urbana a diferencia que en la zona rural, de igual manera, se pudo apreciar que el mayor número de contagiados fueron personas solteras, seguidos de casados. En cuanto al nivel de educación la mayoría de la muestra posee un título de tercer nivel, seguido de aquellos que solo terminaron la secundaria. Por otro lado, se registran más casos en personas que se encuentran trabajando, seguido por los estudiantes.

La mayoría de la población, tanto hombres como mujeres entre 18 a 59 años de edad, puntuó dentro de los rangos normales, comprendidos entre 50 T a 64 T, para las escalas psicológicas y de consumo de sustancias, mientras que el puntaje normal para la escala adaptativa puntúa entre 35 T a 60 T, lo que refleja que no existe sintomatología grave después de haber superado el Covid-19.

Sin embargo, en cada escala se identificó que un mínimo de la población presentó síntomas que requieren de atención clínica, debido a las secuelas del Coronavirus, puntajes que oscilan entre el 2% y no exceden del 18%.

Dentro de las escalas psicológicas se identificó que la sintomatología más frecuente fue el retraimiento con un 24%, relacionado con el aislamiento, malas relaciones interpersonales, creencias erróneas de no simpatizar a los demás y la preferencia de actividades solitarias, seguido por el 22% de quejas somáticas las cuales se caracterizan por la presencia de malestar físico y sensaciones corporales desarrolladas después de haber tenido Covid-19. Y con un 18% la escala de ansiedad y depresión que se identificó por medio de pensamientos negativos, incapacidad de afrontamiento, pérdida de interés por actividades que anteriormente le causaban placer y el miedo intenso o irracional.

Por otro lado, las escalas psicológicas con menor frecuencia son: falta de concentración, problemas de pensamiento, ausencia de reglas, comportamiento intrusivo y agresividad.

En las escalas de adaptación, el 16% de la población manifiestan tener problemas en el área trabajo, relacionados con el desempeño laboral, trabajo en equipo y disponibilidad e interés de conservar el trabajo, seguido por el 14% de la población que requiere de atención clínica en la escala de amistad, debido al distanciamiento y disminución de encuentros sociales, por otro lado el 10% manifiesta tener problemas en su relación de pareja lo que implica falta de confianza, desacuerdos y mala convivencia. Únicamente el 2% de los evaluados indican tener problemas con la familia, relacionado con la falta de cercanía y comunicación, entre los miembros de la familia. Mientras que en la escala educativa no se registró ningún caso, por lo que se infiere que hay una buena adaptación dentro del área ya mencionada.

En las escalas que evalúa el uso de sustancias, se observó que la mayoría de la población presenta niveles normales dentro del puntaje T, es decir no sobrepasa los 25 a 30 días de consumo, por lo que se identificó que únicamente el 4% de la población en general consume tabaco, alcohol y drogas, en niveles de riesgo o atención clínica.

## **RECOMENDACIÓN**

Se recomienda a futuros estudiantes que demuestren interés en esta área de investigación, aplicar un retest para dar seguimiento a la persistencia, gravedad o ausencia de la sintomatología.

Se recomienda que el Sistema de Salud Mental, implemente protocolos para la prevención y tratamiento de las secuelas psicológicas y adaptativas Post-Covid 19, cuya finalidad es evitar el desarrollo de trastornos.

Para el tratamiento de Escalas Psicológicas que puntúan riesgo o atención clínica, se recomienda utilizar técnicas del Enfoque Cognitivo-Conductual para disminuir síntomas relacionados con: emociones negativas, pensamientos irracionales y conductas desadaptativas.

Para las escalas adaptativas se recomienda trabajar en la reincorporación a actividades de la vida cotidiana, mediante técnicas de modificación de conducta y exposición gradual, con la finalidad de disminuir comportamientos de evitación característicos de las secuelas Post-Covid19 y del miedo al contagio.

En cuanto a datos sociodemográficos, se recomienda profundizar la investigación con un mayor número de participantes, para una mejor interpretación, comparación de los datos y validez de la investigación

## BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Estados Unidos. Recuperado el 20 de julio de 2021
- Acosta, J., e Iglesias, S. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3). doi:<http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3784>
- APA. (2002). Preparándose para la gripe aviar. Recuperado el 13 de abril de 2021, de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/gripe-aviar>
- Aparicio, C. X. (2020). *SciELO*. Recuperado el 21 de 09 de 2020, de SciELO: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2020000300507](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000300507)
- Arias, Y., Herrero, Y., Cabrera, Y., Chibas, D., y Garcia, Y. (2020). *Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la*. La Habana: Ciencia Medicas .
- Balluerka, N., Gomez, J., Hidalgo, D., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. L., y Santed, M. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento*. Barcelona. Recuperado el 2021 de Agosto de 07, de <http://www.derechopenalened.com/libros/consecuencias-covid-19-confinamiento.pdf>
- Bratanich, A. (2015). MERS-CoV: transmisión y el papel de nuevas especies hospederas. *Revista Argentina de Microbiología*, 47(4). doi:10.1016/j.ram.2015.11.001
- Builes, I., Manrique, H., y Henao, C. (2017). INDIVIDUACIÓN Y ADAPTACIÓN: ENTRE DETERMINACIONES Y. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 51(2). doi:<https://doi.org/10.5209/NOMA.55009>
- CDC. (12 de diciembre de 2018). Virus de la influenza aviar A(H5N1) altamente patógena de origen asiático. *Center for Disease Control and Prevention, Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias (NCIRD)*. Recuperado el 20 de marzo de 2021, de <https://espanol.cdc.gov/flu/avianflu/h5n1-virus.htm#:~:text=El%20virus%20H5N1%20de%20origen%20asi%C3%A1tico%20se%20detect%C3%B3%20por%20primera,Asia%2C%20Europa%20y%20Oriente%20Medio>.
- Cubas, D. D. (27 de 03 de 2020). *EL MUNDO*. Obtenido de EL MUNDO : <https://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2020/03/27/5e7d0b4f21efa041188b466f.html>
- Cueto, C. (01 de 04 de 2020). *BBC NEWS*. Recuperado el 12 de Agosto de 2021, de BBC NEWS: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52095304>
- Diaz, F., y Toro, A. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. 24(3). Recuperado el 15 de abril de 2021, de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
- Ecuador, G. d. (16 de 03 de 2020). *Gestion de Riesgos del Ecuador*. Obtenido de Gestion de Riesgos del Ecuador : <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp->

content/uploads/2020/03/Informe-de-Situaci%C3%B3n-No008-Casos-Coronavirus-Ecuador-16032020-20h00.pdf

- Etchevers, M., Garay, C., Sabates, J., Aune, S., Putrino, N., Helmich, N., y Grasso, J. (05 de 2021). *Observatorio*. Recuperado el 05 de 09 de 2021, de Observatorio: [http://www.psi.uba.ar/opsa/informes/secuelas\\_psicologicas\\_en\\_personas\\_q\\_tuvieron\\_covid\\_19.pdf](http://www.psi.uba.ar/opsa/informes/secuelas_psicologicas_en_personas_q_tuvieron_covid_19.pdf)
- Farmacéuticos, C. G. (2020). *CORONAVIRUS: COVID-19*. Técnico. Obtenido de <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/Asesoramiento-salud-publica/infeccion-coronavirus-2019-nCoV/Documents/Informe-tecnico-Coronavirus.pdf>
- Fernández, D. (03 de 04 de 2020). *Quironsalud*. Obtenido de Quironsalud: <https://www.quironsalud.es/blogs/es/neuropediatra/coronavirus-covid-19-manifestaciones-neurologicas.nodos,30>
- Fujimura, S. (2003). La muerte pùrpura: La gran gripe de 1918. *La revista de la Organización Panamericana de la Salud*, 8(3). Obtenido de [https://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero18\\_article5pr.htm](https://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero18_article5pr.htm)
- González, L., Orraca, O., y Sanabria, J. (2010). La influenza A (H1N1): estado actual del conocimiento. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 14(1). Recuperado el 19 de abril de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1561-31942010000100030&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942010000100030&lng=pt&nrm=iso)
- GREO. (2019). *Página web de factores psicológicos del sitio web de GREO*. Recuperado el 18 de abril de 2021, de [https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/GREO%20\(2019\)%20Psychological%20Factors%20Summary%20-%20Spanish.pdf](https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/GREO%20(2019)%20Psychological%20Factors%20Summary%20-%20Spanish.pdf)
- Guzmán, J., y Tamayo, A. (2020). Ansiedad y depresión, ‘verdugos’ de los jóvenes en la pandemia. *PESQUISA Javeriana*. Recuperado el 16 de septiembre de 2021, de <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/ansiedad-y-depresion-verdugos-de-los-jovenes-durante-la-pandemia/>
- Haindl, A. (s.f). La Peste Negra. Recuperado el 31 de marzo de 2021, de <http://edadmedia.cl/wordpress/wp-content/uploads/2011/04/LaPesteNegra.pdf>
- Hernández, A. (29 de 09 de 2020). Compras de pánico en tiempos de pandemia. *MILENIO*. Recuperado el 08 de Agosto de 2021, de <https://www.milenio.com/opinion/varios-autores/comunicar-la-politica-algo-mas/compras-de-panico-en-tiempos-de-pandemia>
- Hernández, J. (2020). Aspectos clínicos relacionados con el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2). *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19. doi:<http://orcid.org/0000-0001-5811-5896>
- Huarcaya, V. J. (2020). *SciELO*. Recuperado el 05 de 09 de 2021, de SciELO: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es>
- Intermedia. (19 de mayo de 2020). *ULPGC*. Recuperado el 22 de abril de 2021, de ULPGC: <https://intermedia.ulpgc.es/la-pandemia-como-oportunidad-para-fortalecer-la-familia/>

- Lancheros, A., y Stella, M. (2021). PROCESO DE APRENDIZAJE EN LA PANDEMIA. *PANORAMA*, 15(28). doi:<https://doi.org/10.15765/pnrm.v15i28.1823>
- Leiva, C. (2005). Conductismo, Cognitivismo y Aprendizaje. *Tecnología en Marcha*, 18(1), 66-73. doi: ISSN 0379-3962, ISSN-e 2215-3241
- Machado, J. (22 de 01 de 2021). PRIMICIAS . Obtenido de PRIMICIAS : <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/amor-y-pandemia-divorcios-y-matrimonios-disminuyen-en-el-pais/>
- Maguiña, C., Gastelo, R., y Tequen, A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Rev Med Hered*, 129. doi:<https://doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>
- Marquina, R., y Jaramillo, L. (2020). COVID-19: Cuarentena e impacto psicológico en la población. *SciELO Preprints*, 1-13. doi:<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452>
- Martínez, S. (04 de Julio de 2021). Las alucinaciones post-covid, una falsa realidad para el 96% de estos pacientes. *Infosalus*. Recuperado el 08 de Agosto de 2021, de <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-problema-alucinaciones-post-covid-falsa-realidad-aparece-96-pacientes-20210704075934.html>
- Moreno, G. (29 de Junio de 2020). PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS Y ANSIEDAD GENERALIZADA EN COVID-19. *CienciAmérica*, 9(2), 251-255. doi:10.33210 / ca.v9i2.314
- OMS. (12 de Octubre de 2020). Recuperado el 02 de Septiembre de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M., e Idoiaga, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Pascale, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19: implicancias toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos. *Revista Médica del Uruguay*, 36(3). doi:ISSN 1688-0390
- Perez, Y. B., Castillo, E. F., y Luzardo, D. R. (2020). *SciELO*. Obtenido de SciELO: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662020000500007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000500007)
- Posada, S., Bejarano, M., y Rincón, L. (2021). Cambios en las relaciones interpersonales de los jóvenes universitarios durante la pandemia. *HABITUS SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN*, 1(1). doi: <https://doi.org/10.19053/22158391.12573>
- Presidencia, S. G. (2020). *Secretaría General de Comunicación de la Presidencia*. Obtenido de Secretaría General de Comunicación de la Presidencia: <https://www.comunicacion.gob.ec/se-registra-el-primer-caso-de-coronavirus-en-ecuador/>
- psiquiatria, A. E. (2014). Asociacion Estadounidense de psiquiatria . En A. E. psiquiatria, *Asociacion Estadounidense de psiquiatria* (pág. 189).
- Puerta, J., y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresion: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(2), 251-257. doi:ISSN 1794-5992

- Pulido, S. (12 de marzo de 2020). *GACETA MÉDICA*. Recuperado el 20 de julio de 2021, de <https://gacetamedica.com/investigacion/cual-es-la-diferencia-entre-brote-epidemia-y-pandemia/>
- Pureco, E.-M. F., R, R.-O. A., y Azucena, S.-R. (2020). El trastorno por estrés postraumático desde una mirada cognitivo conductual. *Arch Neurocién (Mex)*, 25(4), 55-61. doi:: <https://doi.org/10.31157/archneurosciencesmex.v25i4.231>
- Ramírez, J., Castro, D., y Lerma, C. (2 de julio de 2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 1-8. doi: <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Rivero, M., Carbonetti, A., y Vittar, C. (26 de junio de 2019). DE TRASTORNOS MENTALES Y GRIPE: LA “DAMA ESPAÑOLA” EN LA PSIQUIATRÍA ROSARINA DE COMIENZOS DEL SIGLO XX, ARGENTINA. 20(2). doi: 10.15517/DRE.V20I2.34176
- Riveros, A., y Sánchez, J. (2020). Efectos psicológicos de la pandemia3. *Universidad Nacional Autónoma de México*. Recuperado el 20 de mayo de 2021, de <http://www.healthnet.unam.mx/afeipal/lecturas/Efectospsicologicosdelapandemia.pdf>
- Rodas, G. (2015). *Historia de la “gripe española” que llegó a Quito en 1918*. Investigación, Quito. Recuperado el 14 de abril de 2021, de [https://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero18\\_article5pr.htm](https://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero18_article5pr.htm)
- Rodríguez, J. H. (2020). Aspectos clínicos relacionados con el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2). *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19. doi:<http://orcid.org/0000-0001-5811-5896>
- Rodríguez, T., y Rodríguez, Z. (2021). Intimidad y relaciones de pareja durante la pandemia de la COVID-19 en Guadalajara. *Espiral (Guadalajara)*, 27(78-79). doi:<https://doi.org/10.32870/eees.v28i78-79.7206>
- Sánchez, D. (2008). LA MUERTE NEGRA. “EL AVANCE DE LA PESTE”. 16(1). doi:000319159
- Sánchez, H., y Mejía, K. (2020). *Memoria del I Encuentro Virtual AVANCES Y PROPUESTAS DE INVESTIGACIONES EN SALUD MENTAL EN CONDICIONES DE PANDEMIA POR COVID-19 REALIZADO LOS DIAS 02 Y 03 DE OCTUBRE DEL 2020*. Investigación, Lima. Recuperado el 06 de Agosto de 2021, de <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3311>
- Sandin, B., M, R., Garcia, J., y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* .
- Smith-Spark, L., Shelley, J., y Borghese, L. (20 de Julio de 2020). Problemas de memoria y concentración, fatiga, dificultad para respirar: centros de rehabilitación en toda Europa tratan los efectos a largo plazo del nuevo coronavirus. *CNN*. Recuperado el 06 de Agosto de 2021, de <https://cnnespanol.cnn.com/2020/07/20/problemas-de-memoria-y-concentracion-fatiga-dificultad-para-respirar-centros-de-rehabilitacion-en-toda-europa-tratan-los-efectos-a-largo-plazo-del-coronavirus/>
- Torres, T., Núñez, Y., y Cruz, A. D. (2017). Representaciones sociales de la influenza humana de adolescentes de la ciudad de Guadalajara, México. *Actualidades en Psicología*, 31(122). doi:<http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.24578>



- Torro, L. O. (29 de 01 de 2021). *THE CONVERSATION*. Recuperado el 05 de 09 de 2021, de THE CONVERSATION: <https://theconversation.com/la-pandemia-ha-danado-nuestras-relaciones-personales-debemos-remediarlo-145714>
- UNIVERSO, E. (05 de 05 de 2021). *EL UNIVERSO*. Recuperado el 21 de 09 de 2021, de EL UNIVERSO: <https://www.eluniverso.com/noticias/ecuador/la-pandemia-ataca-mas-a-adultos-mayores-de-entre-20-a-49-anos-en-quito-nota/>
- UPAEP. (2020). *Sintomatología y efectos psicológicos en personas sobrevivientes de la COVID-19*. Puebla. Recuperado el 18 de Agosto de 2021, de [http://www.concytep.gob.mx/wp-content/uploads/2021/02/Reporte-tecnico-CONCYTEP-COVID19-127\\_2020.pdf](http://www.concytep.gob.mx/wp-content/uploads/2021/02/Reporte-tecnico-CONCYTEP-COVID19-127_2020.pdf)
- Urzúa, A., Vera, P., Caqueo, A., y Polanco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Ter Psicol*, 38(1). doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100103>
- Verano, R., y Garavito, C. (2015). Los factores psicosociales y su relación con las enfermedades mentales. *REVISTA GESTIÓN DE LAS PERSONAS Y TECNOLOGÍA*(24), 30-37. doi:ISSN 0718-5693 –
- Villarroel, P. V. (2020). PSICOLOGÍA Y COVID-19: UN ANÁLISIS DESDE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1), 10-18. doi:10.7714/CNPS/14.1.201
- Villena, N. (s.f). REFORZAMIENTO Y CASTIGO. En “*Modificación de conducta en el aula e integración escolar*”. Madrid: Editorial Thompson. Madrid. Recuperado el 09 de Agosto de 2021, de [https://www.magister.es/grado/materiales5/Menciones%20NO%20UCJC/Intervenci%C3%B3n%20educativa/TEMA%203%20UCJC%20\(4\).pdf](https://www.magister.es/grado/materiales5/Menciones%20NO%20UCJC/Intervenci%C3%B3n%20educativa/TEMA%203%20UCJC%20(4).pdf)
- Wu,H, E. (2003). Síndrome respiratorio agudo severo. *Revista chilena de pediatría*, 74(4). doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062003000400002>
- Zambrano, J. (01 de octubre de 2020). Aumenta agresividad 75% durante el confinamiento por la pandemia: Upaep. *MILENIO*. Recuperado el 16 de septiembre de 2021, de <https://www.milenio.com/politica/comunidad/aumenta-agresividad-75-confinamiento-pandemia-upaep>

## ANEXOS

### Anexo 1 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD  
DEL AZUAY

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, con documento de identidad \_\_\_\_\_, informo que he

sido invitado a participar por las estudiantes Ginnela Delfina Chapa Puaín con número de cedula

0105190391 y Katherine Lizbeth Pérez Cajas con número de cedula 0105633648, en la tesis titulada:

**Efectos Psicológicos y Adaptativos Post-Covid19 en adultos de 18 a 59 años de edad, cuyo objetivo**

es: **Evaluar el impacto en la salud mental de personas que superaron el Covid-19.**

Por lo que actuó libre y voluntariamente para colaborar en la aplicación del test Adult Self Report.

De antemano agradecemos su participación.

Responsable: 0999525809/0992236163

## Anexo 2 Ficha de datos sociodemográficos

### Questionario de datos sociodemográficos

**1. Sexo**

- Mujer
- Hombre

**2. Edad**

- 18- 24 años
- 25- 31 años
- 32 – 38 año
- 49 – 55 años
- 55 - 59 años

**3. Estado civil**

- Soltero
- Casado
- Unión libre
- Divorciado

Otros: \_\_\_\_\_

**4. Nivel de Educación**

- Primaria
- Secundaria
- Tercer nivel
- Cuarto nivel

**5. Zona de vivienda**

- Urbana
- Rural

**6. Ocupación/trabajo**

**7. Horas de trabajo diario**

**8. ¿Cuándo tuvo Covid-19, fecha aproximada?**

**9. ¿Cuántos días estuvo enfermo?**

**10. ¿Qué síntomas físicos presentó? (Enumerar máximo 10)**

11. Responder la siguiente pregunta únicamente: Si usted ha sido asintomático. Describa ¿Cómo fue su reacción al momento que le dieron a conocer el diagnóstico?

12. Responder la siguiente pregunta únicamente: Si usted conocía el diagnóstico. Describa a nivel emocional y psicológico ¿Cómo se sintió durante la enfermedad?

13. Describa a nivel emocional y psicológico ¿Cómo se siente actualmente después de haber superado la enfermedad (emociones, miedos, estados de ánimo, conductas, pensamientos, secuelas etc.)?

Anexo 3 Test Adult Self Report

## AUTO REPORTE DEL COMPORTAMIENTO DE ADULTOS 18 A 59 AÑOS (ASR)

Para llenar en la Oficina ID#

SU NOMBRE COMPLETO:	Primer nombre	Segundo nombre	Apellidos	SU TRABAJO USUAL, inclusive si ahora no está trabajando. Por favor especifique, por ejemplo: mecánico, maestro de escuela, ama de casa, obrero, zapatero, sargento en el ejército, estudiante (indique lo que está estudiando y que título recibirá). Su trabajo: _____ Trabajo de su cónyuge o pareja: _____
SU SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	SU EDAD	GRUPO ÉTNICO		POR FAVOR, INDIQUE SU NIVEL EDUCATIVO <input type="checkbox"/> 1. No tengo diploma de preparatoria/escuela superior ni GED <input type="checkbox"/> 2. General Equivalency Diploma (GED) <input type="checkbox"/> 3. Graduado de preparatoria/escuela superior <input type="checkbox"/> 4. Cursos universitarios pero no titulado/diploma <input type="checkbox"/> 5. Asociado <input type="checkbox"/> 6. Licenciatura/ Bachillerato o título de enfermería <input type="checkbox"/> 7. Cursos de posgrado pero no titulado/diploma <input type="checkbox"/> 8. Maestría <input type="checkbox"/> 9. Doctorado <input type="checkbox"/> Otra educación: _____
FECHA DE BOY Día ___ Mes ___ Año ___		SU FECHA DE NACIMIENTO Día ___ Mes ___ Año ___		
Por favor complete este cuestionario con su opinión. Hágalo aunque usted piense que otras personas no están de acuerdo con su opinión. No necesita tomar mucho tiempo en ninguna pregunta. Siéntase en la libertad de escribir comentarios adicionales. <b>ASEGÚRESE DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS</b>				

**I. AMISTADES:**

- A. ¿Aproximadamente cuántas amistades cercanas tiene usted? (No incluya a miembros de su familia)
- Ninguna       1       2 o 3       4 o más de 4
- B. ¿Aproximadamente cuántas veces al mes tiene usted contacto con cualquiera de sus amistades cercanas? (Incluya contacto en persona, por teléfono, correspondencia, o por correo electrónico)
- Ninguna       1 o 2       3 o 4       5 o más de 5
- C. ¿Qué tan bien se lleva usted con sus amistades cercanas?
- No muy bien       Promedio       Más arriba del promedio       Bastante más arriba del promedio
- D. ¿Aproximadamente cuántas veces al mes lo (a) visitan sus amistades o parientes?
- Ninguna       1 o 2       3 o 4       5 o más de 5

**II. CÓNYUGE O PAREJA:**

- ¿Cuál es su estado civil?
- Nunca he estado casado(a)/soltero(a)       Casado(a) pero separado de mi cónyuge
- Casado(a), viviendo con mi cónyuge       Divorciado(a)
- Unión de hecho       Otro – Por favor, describa: \_\_\_\_\_
- Viudo(a)

En cualquier momento en los últimos 6 meses, ¿vivió usted con su cónyuge o pareja?

- No – por favor pase a la página 2.
- Sí – Haga un círculo en 0, 1 o 2 enseguida de las letras A-H para describir su relación durante los últimos 6 meses:

0 = NO ES CIERTO      1 = EN CIERTA MANERA, ALGUNAS VECES      2 = MUY CIERTO O CIERTO A MENUDO

0 1 2 A. Me llevo bien con mi cónyuge o pareja 0 1 2 B. Nos cuesta trabajo a mi cónyuge o pareja y a mi compartir responsabilidades 0 1 2 C. Me siento satisfecho (a) con mi cónyuge o pareja 0 1 2 D. Mi cónyuge o pareja y yo disfrutamos de actividades parecidas	0 1 2 E. Mi cónyuge o pareja y yo estamos en desacuerdo sobre asuntos de la casa en donde vivimos 0 1 2 F. Tengo problemas con la familia de mi cónyuge o pareja 0 1 2 G. Me caen bien las amistades de mi cónyuge o pareja 0 1 2 H. El comportamiento de mi cónyuge o pareja me fastidia
---	--

**III. FAMILIA:**

Comparando con los demás, qué tan bien se lleva usted con:

		Peor que el promedio	Varia o promedio	Mejor que el promedio	No hay contacto
A. ¿ sus hermanos?	<input type="checkbox"/> No tengo hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿ sus hermanas?	<input type="checkbox"/> No tengo hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ¿ su madre?	<input type="checkbox"/> Madre ya falleció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿ su padre?	<input type="checkbox"/> Padre ya falleció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ¿ sus hijos(as) biológicos o adoptados?	<input type="checkbox"/> No tengo hijos(as)				
1. Hijo(a) mayor	<input type="checkbox"/> No se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Segundo hijo(a)	<input type="checkbox"/> No se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tercer hijo(a)	<input type="checkbox"/> No se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Otros hijos	<input type="checkbox"/> No se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. ¿ sus hijastros(as)?	<input type="checkbox"/> No tengo hijastros(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IV. TRABAJO:** En cualquier momento en los últimos 6 meses, ¿tuvo empleo con paga/pagado (incluyendo trabajo por cuenta propia y servicio militar)? No - Por favor pase a la Sección V. Sí - Por favor describa su(s) trabajo(s): \_\_\_\_\_

Haga un círculo en 0, 1 o 2 enseguida de las letras A-I para describir su experiencia de trabajo durante los últimos 6 meses

0 = NO ES CIERTO

1 = EN CIERTA MANERA, ALGUNAS VECES

2 = MUY CIERTO O CIERTO A MENUDO

0 1 2 A. Trabajo bien con los demás	0 1 2 F. Hago cosas que pueden causar que pierda el trabajo
0 1 2 B. Me cuesta trabajo llevarme bien con mis jefes	0 1 2 G. Falto al trabajo aunque no esté enfermo o de vacaciones
0 1 2 C. Hago bien mi trabajo	0 1 2 H. Mi trabajo es demasiado estresante para mí
0 1 2 D. Me cuesta mucho terminar mi trabajo	0 1 2 I. Me preocupo demasiado por el trabajo
0 1 2 E. Estoy satisfecho(a) con mi situación laboral	

**V. EDUCACIÓN:** En cualquier momento en los últimos 6 meses, ¿asistió usted a la escuela, universidad, o a cualquier otro programa educativo o de capacitación? No - Por favor pase a la Sección VI. Sí - ¿qué tipo de escuela o programa? \_\_\_\_\_

¿En qué título o diploma está interesado? \_\_\_\_\_

¿Concentración/plan de estudio (trabajo)? \_\_\_\_\_

¿Cuándo espera graduarse? \_\_\_\_\_

Haga un círculo en 0, 1 o 2 enseguida de las letras A-E para describir su experiencia educativa durante los últimos 6 meses.

0 = NO ES CIERTO

1 = EN CIERTA MANERA, ALGUNAS VECES

2 = MUY CIERTO O CIERTO A MENUDO

0 1 2 A. Me llevo bien con otros estudiantes	0 1 2 D. Estoy satisfecho con mi situación educativa
0 1 2 B. Logro lo que soy capaz de conseguir	0 1 2 E. Hago cosas que pueden hacer que fracase
0 1 2 C. Me cuesta trabajo terminar mis tareas	

**VI. ¿Tiene alguna enfermedad, impedimento, o discapacidad?**  No  Sí - Por favor describa: \_\_\_\_\_**VII. Por favor describa sus inquietudes o preocupaciones acerca de su familia, trabajo, educación, u otras cosas:** No tengo inquietudes**VIII. Por favor describa las mejores cosas de sí mismo:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**IX. A continuación hay una lista de frases que describen a las personas. Para cada frase, por favor haga un círculo en 0, 1, or 2 para describirse a sí mismo en los últimos 6 meses. Por favor conteste todas las preguntas tan bien como pueda.**

aunque parezca que algunas no se aplican a usted.

0 = No es cierto

1 = En cierta manera, algunas veces

2 = Muy cierto o cierto a menudo

0 1 2	1. Soy demasiado olvidadizo(a)	0 1 2	35. Me siento inferior o creo que no valgo nada
0 1 2	2. Aprovecho bien mis oportunidades	0 1 2	36. Me lastimo accidentalmente con mucha frecuencia, soy propenso(a) a accidentes
0 1 2	3. Discuto mucho	0 1 2	37. Me meto mucho en peleas
0 1 2	4. Trabajo a mi máxima capacidad	0 1 2	38. Mi relación con mis vecinos es mala.
0 1 2	5. Culpo a otros por mis problemas	0 1 2	39. Me junto con gente que se mete en problemas
0 1 2	6. Uso drogas sin motivo médico (no incluya alcohol o tabaco) (describa) _____	0 1 2	40. Oigo sonidos o voces que otros creen que no existen (describa) _____
0 1 2	7. Soy engreído o presumido(a)	0 1 2	41. Soy impulsivo(a), actúo sin pensar
0 1 2	8. No puedo concentrarme o prestar atención por mucho tiempo	0 1 2	42. Prefiero más estar solo(a) que con otras personas
0 1 2	9. No puedo sacarme de la mente ciertos pensamientos, obsesiones (describa) _____	0 1 2	43. Digo mentiras o hago trampa
0 1 2	10. No puedo quedarme quieto(a), soy inquieto(a) o hiperactivo(a)	0 1 2	44. Me siento abrumado(a) con mis responsabilidades
0 1 2	11. Dependo demasiado de otros	0 1 2	45. Soy nervioso(a), o tenso(a)
0 1 2	12. Me siento solo(a)	0 1 2	46. Tengo movimientos involuntarios o tics (describa) _____
0 1 2	13. Me siento confundido(a)	0 1 2	47. Me falta confianza en mí mismo(a)
0 1 2	14. Lloro mucho	0 1 2	48. No le caigo bien a los demás
0 1 2	15. Soy muy honesto(a)	0 1 2	49. Puedo hacer ciertas cosas mejor que los demás
0 1 2	16. Soy malo(a) con los demás	0 1 2	50. Soy demasiado miedoso(a) o ansioso(a)
0 1 2	17. Sueño despierto(a); me pierdo en mis propios pensamientos	0 1 2	51. Me siento mareado(a)
0 1 2	18. Me hago daño a mí mismo(a) a propósito o he intentado suicidarme	0 1 2	52. Me siento demasiado culpable
0 1 2	19. Exijo mucha atención	0 1 2	53. Me cuesta trabajo planear mi futuro
0 1 2	20. Destruyo mis propias cosas	0 1 2	54. Me siento demasiado cansado(a) sin razón para estarlo
0 1 2	21. Destruyo las cosas de otras personas	0 1 2	55. Mi humor cambia entre euforia y depresión
0 1 2	22. Me preocupo por mi futuro	0 1 2	56. Problemas físicos sin causa médica:
0 1 2	23. Rompo las reglas en el trabajo o en otros lados	0 1 2	56a. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)
0 1 2	24. No como tan bien como debería	0 1 2	56b. Dolores de cabeza
0 1 2	25. No me llevo bien con los demás	0 1 2	56c. Náuseas
0 1 2	26. No me siento culpable después de haber hecho mal	0 1 2	56d. Problemas con los ojos (no incluya si corregido con lentes/espejuelos) (describa) _____
0 1 2	27. Me pongo celoso(a) fácilmente	0 1 2	56e. Me da salpullido o irritación en la piel
0 1 2	28. Me llevo mal con mi familia	0 1 2	56f. Dolores de estómago/barriga o retortijones
0 1 2	29. Me dan miedo ciertas situaciones, animales o lugares (describa) _____	0 1 2	56g. Vómito
0 1 2	30. Mis relaciones con personas del sexo opuesto son malas	0 1 2	56h. Palpitaciones aceleradas
0 1 2	31. Tengo miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	0 1 2	56i. Adormecimiento o cosquilleo en partes del cuerpo
0 1 2	32. Siento como que tengo que ser perfecto(a)	0 1 2	57. Ataco físicamente a otras personas
0 1 2	33. Siento como que nadie me quiere		
0 1 2	34. Siento que los demás quieren perjudicarme		

0 = No es cierto

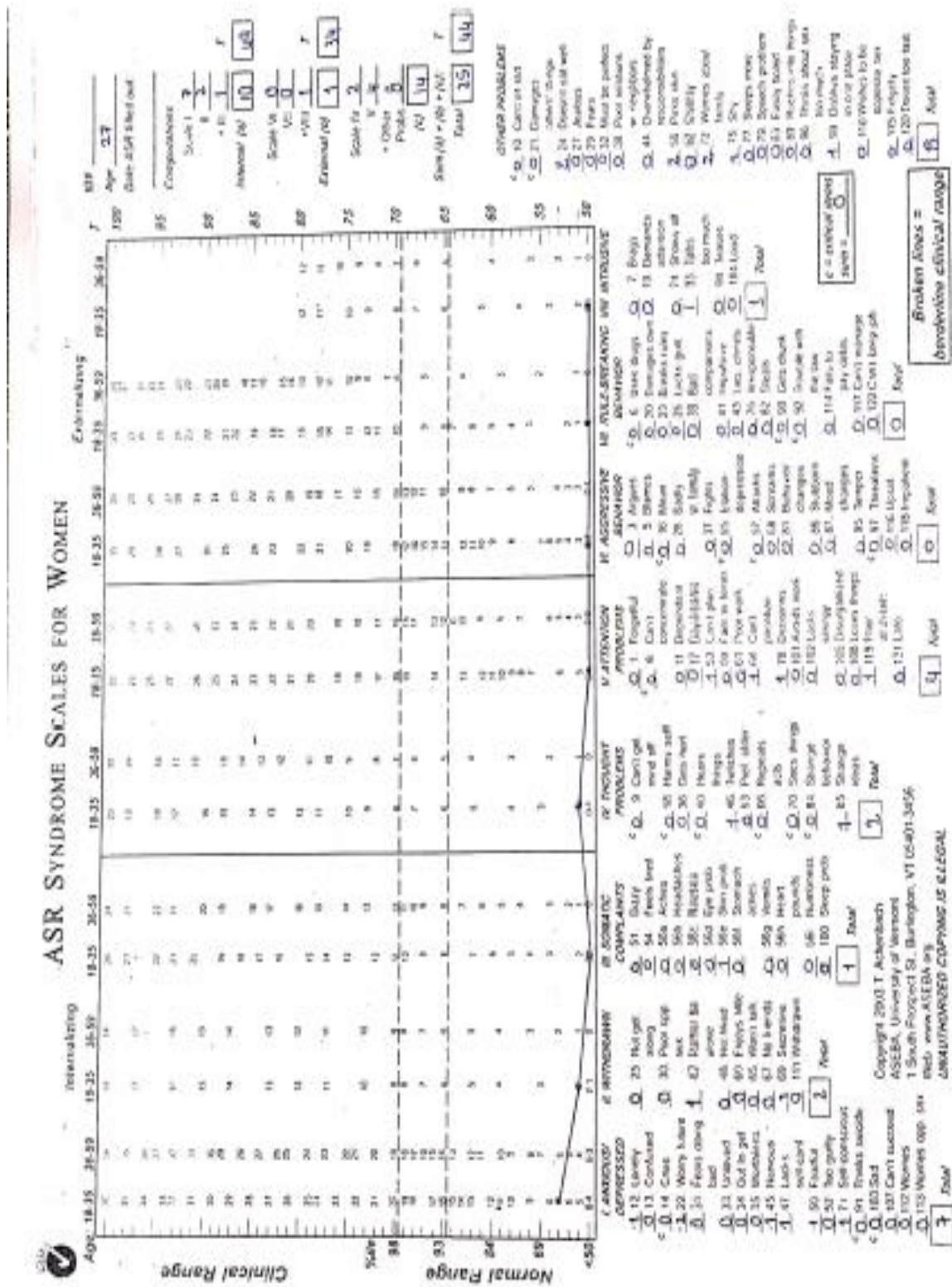
1 = En cierta manera, algunas veces

2 = Muy cierto o cierto a menudo

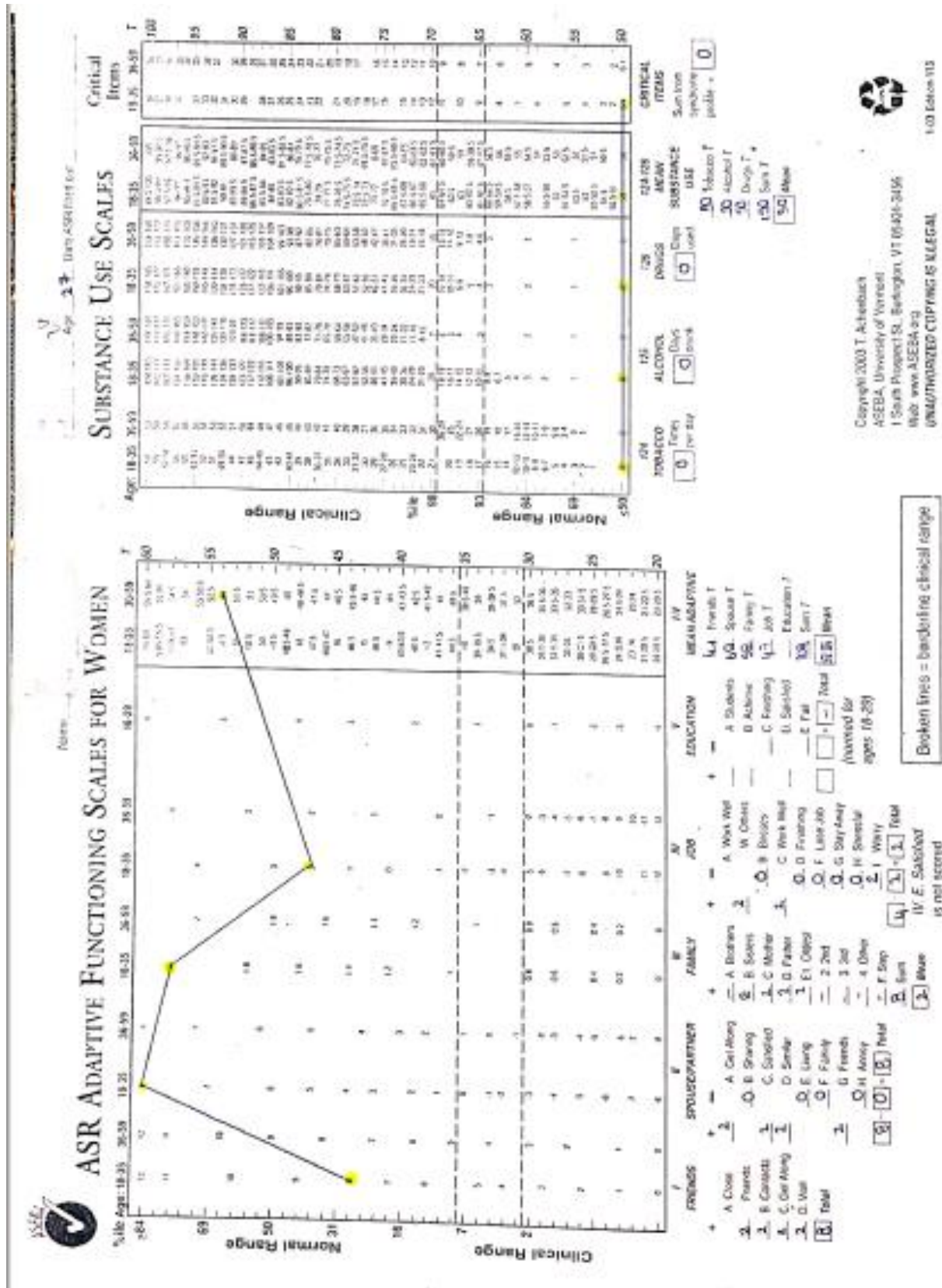
0 1 2	58. Me rasco o me arañó la piel u otras partes del cuerpo (describa) _____	0 1 2	91. Pienso en matarme
0 1 2	59. Dejo sin terminar lo que empiezo	0 1 2	92. Hago cosas que me pueden causar problemas con la ley (describa) _____
0 1 2	60. Hay muy pocas cosas que disfruto	0 1 2	93. Hablo demasiado
0 1 2	61. Mi desempeño en el trabajo es bajo	0 1 2	94. Me burlo/molesto mucho a los demás
0 1 2	62. Tengo mala coordinación o torpeza	0 1 2	95. Me dan rabietas o tengo mal genio
0 1 2	63. Prefiero estar con gente mayor que yo, que con gente de mi edad	0 1 2	96. Pienso demasiado en sexo
0 1 2	64. Me cuesta trabajo poner prioridades	0 1 2	97. Amenazo a otros
0 1 2	65. Me rehúso a hablar	0 1 2	98. Me gusta ayudar a los demás
0 1 2	66. Repito ciertas acciones una y otra vez (describa) _____	0 1 2	99. No me gusta estar mucho tiempo en el mismo lugar
0 1 2	67. Me cuesta trabajo hacer o conservar amistades	0 1 2	100. No duermo bien (describa) _____
0 1 2	68. Grito mucho	0 1 2	101. Falto al trabajo aunque no esté enfermo(a) o de vacaciones
0 1 2	69. Soy muy reservado(a), me callo todo	0 1 2	102. Soy poco activo(a), lento(a) o me falta energía
0 1 2	70. Veo cosas que otros creen que no existen (describa) _____	0 1 2	103. Me siento infeliz, triste o deprimido(a)
0 1 2	71. Me cohibo o me avergüenzo con facilidad	0 1 2	104. Soy más ruidoso(a) de lo común
0 1 2	72. Me preocupo por mi familia	0 1 2	105. La gente piensa que soy desorganizado(a)
0 1 2	73. Cumpló con las responsabilidades familiares	0 1 2	106. Trato de ser justo(a) con los demás
0 1 2	74. Me gusta llamar la atención o hacerme el(la) gracioso(a)	0 1 2	107. Siento que no puedo alcanzar el éxito
0 1 2	75. Soy demasiado tímido(a)	0 1 2	108. Pierdo las cosas fácilmente
0 1 2	76. Mi comportamiento es irresponsable	0 1 2	109. Me gusta intentar cosas nuevas
0 1 2	77. Duermo más que la mayoría de las personas durante el día y/o la noche	0 1 2	110. Desearía ser del sexo opuesto
0 1 2	78. Me cuesta trabajo tomar decisiones	0 1 2	111. Me aislo, no me relaciono con los demás
0 1 2	79. Tengo problemas con el habla (describa) _____	0 1 2	112. Me preocupo mucho
0 1 2	80. Defiendo mis derechos	0 1 2	113. Me preocupan más relaciones con personas del sexo opuesto
0 1 2	81. Mi comportamiento cambia mucho	0 1 2	114. No pago mis deudas ni me hago cargo de responsabilidades financieras
0 1 2	82. Robo	0 1 2	115. Me siento intranquilo(a) o inquieto(a)
0 1 2	83. Me aburro fácilmente	0 1 2	116. Me altero fácilmente
0 1 2	84. Hago cosas que otras personas piensan que son extrañas (describa) _____	0 1 2	117. Me cuesta trabajo manejar el dinero o las tarjetas de crédito
0 1 2	85. Tengo ideas que otras personas pensarían que son extrañas (describa) _____	0 1 2	118. Soy demasiado... impaciente
0 1 2	86. Soy obsesivo(a), malhumorado(a) o irritable	0 1 2	119. No soy bueno(a) con los detalles
0 1 2	87. Tengo bruscos cambios de humor o sentimientos	0 1 2	120. Manejo/conduzco muy rápido
0 1 2	88. Disfruto estar con gente	0 1 2	121. Usualmente llego tarde a mis compromisos
0 1 2	89. Me meto en situaciones sin pensar en los riesgos	0 1 2	122. Se me hace difícil mantener un trabajo
0 1 2	90. Tomo demasiado alcohol o me emborracho	0 1 2	123. Soy una persona feliz
			124. En los últimos 6 meses, aproximadamente ¿cuántas veces por día consumió tabaco (incluyendo tabaco sin humo)? _____ veces por día.
			125. En los últimos 6 meses, ¿cuántos días estuvo borracho(a)? _____ días.
			126. En los últimos 6 meses, ¿cuántos días consumió drogas sin razón médica (incluyendo marihuana, cocaína, y otras drogas, sin incluir alcohol o tabaco)? _____ días.



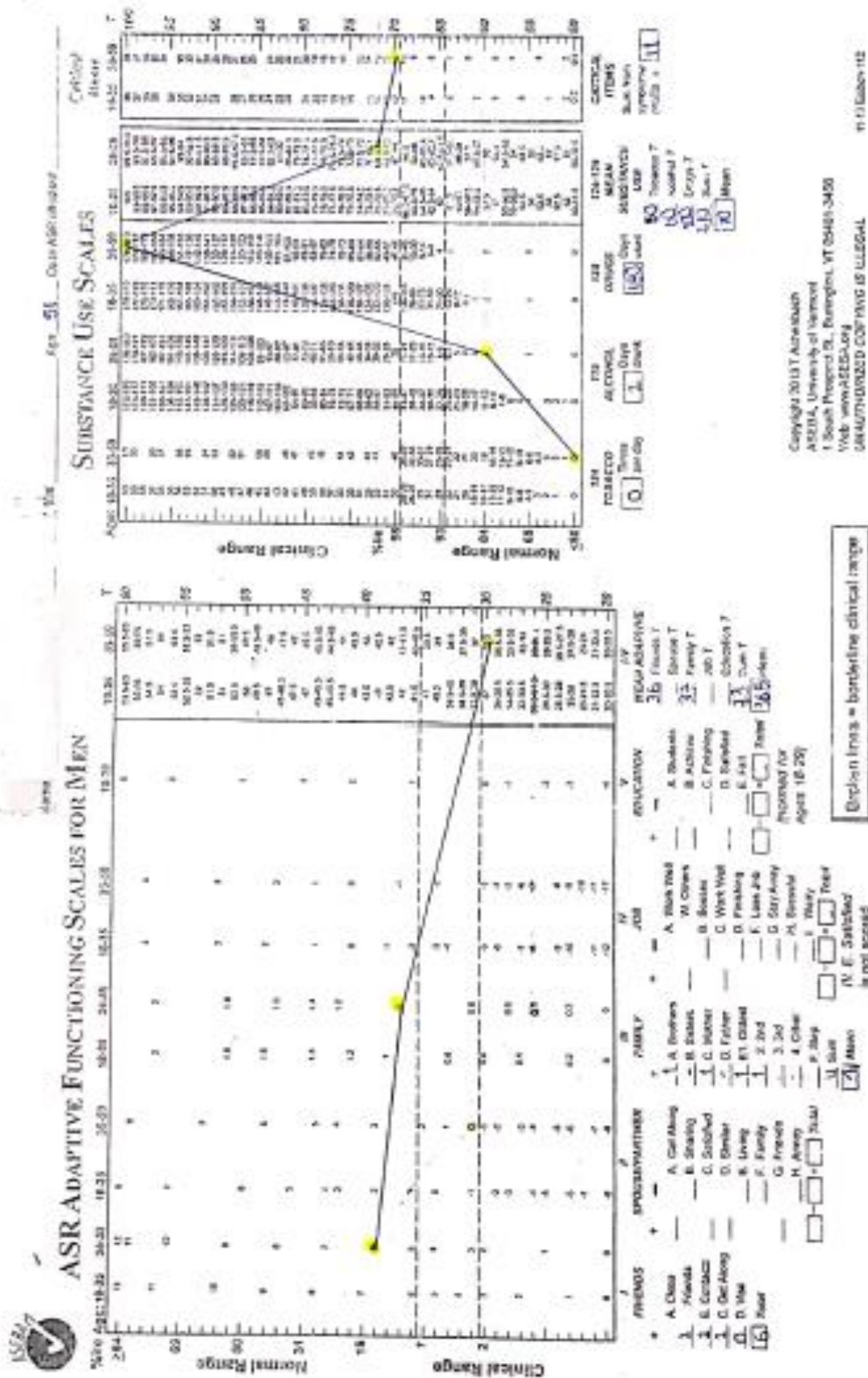
**Anexo 4** Test aplicado, persona de sexo femenino con niveles normales en las escalas psicológicas



**Anexo 5** Test aplicado, persona de sexo femenino con niveles normales en las escalas de adaptación y consumo de sustancias



**Anexo 6** Test aplicado, persona de sexo masculino con niveles bajos de adaptación y elevado consumo de sustancias



**Anexo 7** Test aplicado, persona de sexo masculino con niveles de riesgo y atención clínica en algunas escalas

