

Artículos

Ansiedad, Depresión y Estrés Postraumático en Pacientes Sobrevivientes a COVID-19: Estudio Longitudinal

Anxiety, Depression and Stress Disorders, Post-Traumatic in Patients Surviving COVID-19: Longitudinal Study

Beatriz Alejandra Sanabria-Enríquez, Luz María Cardona-Torres, Rosalía Lira-Carmona, y Xóchitl Ramos-Ramos

Instituto Mexicano del Seguro Social

Resumen

La pandemia de COVID-19 trajo consecuencias psicológicas relevantes en la población. El objetivo del presente estudio fue evaluar la presencia de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT) en pacientes post COVID-19 de moderado a grave, al mes y tres meses del alta hospitalaria. Se realizó un estudio de cohorte prospectivo con 101 pacientes mayores de 18 años post COVID-19; se aplicó la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y la escala de trauma de Davidson (DTS). Los resultados arrojan que los porcentajes de depresión disminuyeron de 26.1 % a 10.9 %, la media de ansiedad disminuyó de 29.7 % a 15.8 %. La media del TEPT disminuyó de 26.7 % a 10.9 %. La media en la medición de depresión fue mayor en mujeres, personas con escolaridad básica y que no trabajan. Los análisis realizados mostraron que la depresión es la principal secuela psicológica en personas sobrevivientes de COVID-19, lo que podría tener consecuencias en la calidad de vida y salud del paciente.

Palabras clave: COVID-19, ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático, salud mental

Autores

Beatriz Alejandra Sanabria-Enríquez. Hospital General de Zona No. 4, Instituto Mexicano del Seguro Social. Celaya, Guanajuato

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1855-9027>

Luz María Cardona-Torres. Hospital General de Zona No. 4, Instituto Mexicano del Seguro Social. Celaya, Guanajuato

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5188-3996>

Rosalía Lira-Carmona. Unidad de Investigación Biomédica Oncológica Genómica, Hospital de Gineco Pediatría 3-A, Instituto Mexicano del Seguro Social, OOAD Cd Mx Norte, México

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6812-9471>

Xóchitl Ramos-Ramos. Instituto Mexicano del Seguro Social, OOAD Guanajuato, León.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2161-826X>

Autor para correspondencia: Luz M. Cardona-Torres email: cardonaluzmaria@outlook.com

Abstract

The COVID-19 pandemic brought relevant psychological consequences to the population. The objective of the present study was to evaluate the presence of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder (PTSD) in moderate to severe post-COVID-19 patients, one month and three months after hospital discharge. A prospective cohort study was carried out with 101 patients over 18 years of age post-COVID-19; The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Davidson Trauma Scale (DTS) were applied. The results show that the percentages of depression decreased from 26.1% to 10.9%, the average anxiety decreased from 29.7% to 15.8%. The mean PTSD decreased from 26.7% to 10.9%. The mean measurement of depression was higher in women, people with basic education and who do not work. The analyzes carried out showed that depression is the main psychological sequelae in COVID-19 survivors, which could have consequences on the patient's quality of life and health.

Key words: COVID-19, anxiety, depression, Stress Disorders Post-Traumatic, mental health

DOI <https://doi.org/10.36793/psicumex.v14i1.683>

Recibido 13 – Septiembre – 2023

Aceptado 09 – Septiembre – 2024

Publicado 08 – Noviembre – 2024



Introducción

En diciembre del 2019 se identificaron varios casos de neumonía viral causados por un coronavirus en personas expuestas a un mercado mayorista de mariscos y animales húmedos en Wuhan, Hubei, China (Huang et al., 2020). La Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés, 2022) llamó a esta enfermedad COVID-19 y el 11 de marzo se catalogó oficialmente como pandemia (Danet, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2020). La pandemia de COVID-19 generó un estado de alarma de salud pública sin precedentes, con consecuencias para la salud mental de la población general. La pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto profundo en la salud mental de los pacientes que sobrevivieron a la enfermedad. Los reportes previos mencionan entre las alteraciones psicológicas más frecuentes el estrés postraumático (TEPT), depresión y ansiedad (Alonso et al., 2021; Jafri et al., 2022; Liu et al., 2020).

Existen reportes de efectos psicológicos de la cuarentena por COVID-19, como síntomas de TEPT, confusión, miedo, ira y agotamiento emocional (Brooks et al., 2020). Se han notificado diferentes tasas de síntomas de ansiedad (6.33 a 50.9 %), depresión (14.6 a 48.3 %), TEPT (7 a 53.8 %), malestar psicológico (34.43 a 38 %) y estrés (8.1 a 81.9 %) en la población general durante la pandemia en China, España, Italia, Irán, Estados Unidos, Turquía, Nepal y Dinamarca (Xiong et al., 2020).

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – DSM-5* – (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) define la depresión como el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que se caracteriza por la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. La ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, se asocia a menudo con distensión muscular, vigilancia con relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos; y el TEPT es el malestar psicológico tras la exposición a un evento traumático o estresante (American Psychiatric Association, 2014).



En cuanto a los niveles de depresión y ansiedad de la población general durante la pandemia, 23.6 % puntuó por encima del punto de corte de depresión y 45.1 % puntuó por encima del punto de corte de ansiedad (Özdin y Özdin, 2020). En la población de China un mes después del brote de COVID-19, la prevalencia de TEPT fue del 4.6 % (Sun et al., 2021). El personal de salud en México, durante el primer brote de COVID-19, desarrolló depresión en un 28.1 %, pánico 24 %, ansiedad 22.5 % y TEPT 22.2 % (Alonso et al., 2021).

En pacientes recuperados de infección por COVID-19 se ha reportado que, mientras más severo fue el cuadro de la infección, más severos eran los síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático (Liu et al., 2020). Otros estudios han identificado tendencias de una mayor prevalencia de depresión comórbida con ansiedad en pacientes que experimentaron la infección por COVID-19 (Zhang et al., 2020), y porcentajes muy altos de depresión hasta en el 70.1 % (Jafri et al., 2022), de ansiedad 34.72 % (Kong et al., 2020) y TEPT 43 % (Alemanno et al., 2021) y 53 % (Jafri et al., 2022).

Los estudios previos han mencionado que las personas con mayor afectación psicológica son las mujeres, quienes tienen un mayor riesgo de presentar ansiedad (Kong et al., 2020), ansiedad y depresión (Özdin y Özdin, 2020), así como TEPT (Sun et al., 2021). Además, una proporción considerable de pacientes con COVID-19 todavía experimentaba angustia psicológica después del alta hospitalaria (Tomasoni et al., 2021). También se ha reportado que las personas con un nivel educativo bajo muestran mayor ansiedad y depresión (Kong et al., 2020). En población mexicana se han realizado pocos estudios respecto al impacto del COVID 19 en la salud mental. Un ejemplo ha sido el que encontró que pacientes mayores de 50 años recuperados de COVID-19 presentaron mayor depresión y ansiedad, y en mujeres, mayor ansiedad y TEPT (Maya Piña et al., 2022).

La hipótesis que nos planteamos es que las personas que fueron hospitalizadas por COVID-19 presentarán ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático después del alta hospitalaria. El



propósito del presente estudio fue evaluar la presencia de ansiedad, depresión y TEPT en pacientes post COVID-19 de moderado a grave, al mes y tres meses después del alta por mejoría en el hospital de 2.º nivel híbrido, en Celaya, Guanajuato, México, que cuenta con las 4 especialidades básicas y además atiende pacientes con COVID-19 en un área exclusiva.

Metodología

Estudio de cohorte prospectivo aprobado por el comité local de investigación y ética con número de registro R-2021-1008-015. El estudio se realizó en el Hospital General de Zona #4 (HGZ4) del IMSS, en Celaya, Guanajuato.

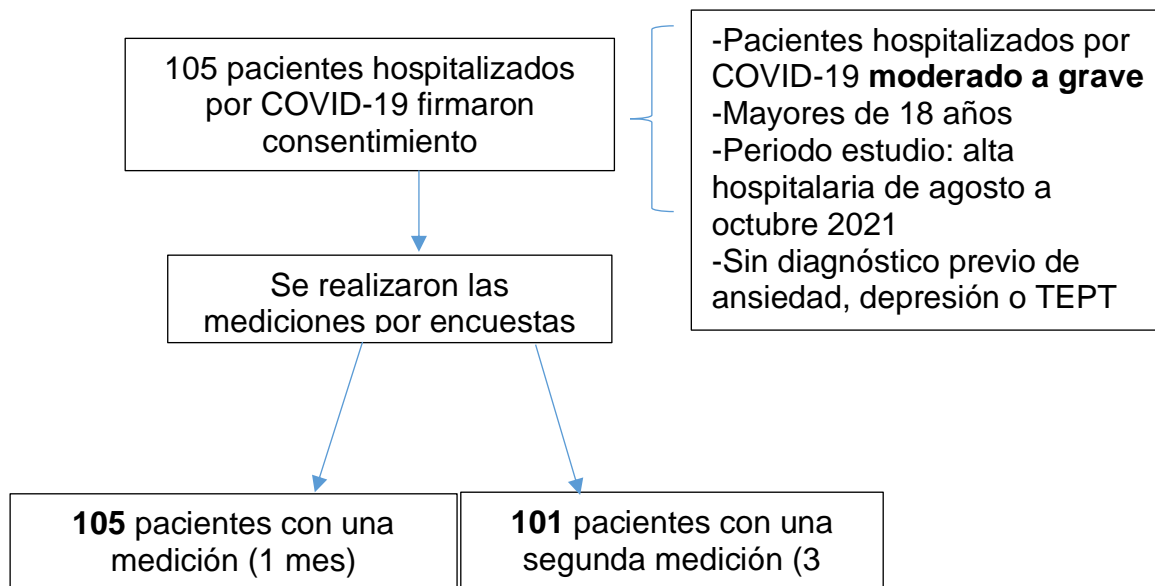
Participantes

Se incluyeron 101 personas mayores de 18 años de ambos sexos que hayan tenido COVID-19, diagnosticado por PCR o prueba de antígenos de SARS-COV-2, y que hayan requerido hospitalización por necesidad de sistema de presión positiva continua en las vías respiratorias, ventilación mecánica no invasiva o intubación orotraqueal. Es decir, se realizó un muestreo probabilístico por conveniencia incluyendo a las personas que enfermaron por COVID-19 de moderado a grave, dados de alta por mejoría clínica en los meses de agosto, septiembre y octubre de 2021 durante la tercera ola de la pandemia, previa firma de consentimiento informado. Se excluyeron a pacientes con diagnóstico previo de ansiedad, depresión o TEPT, y se eliminaron a pacientes que no cumplieron las dos mediciones (ver Figura 1).



Figura 1

Diagrama de flujo pacientes incluidos en el estudio y procedimiento



Instrumentos

Para estudiar la ansiedad y depresión se utilizó la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), la cual fue creada para la evaluación de los síntomas cognitivos y conductuales y no así los síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión como insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o apetito. Consiste en un cuestionario de autoaplicación de 14 reactivos integrado por dos subescalas de siete reactivos cada una, una de ansiedad (reactivos impares) y otra de depresión – reactivos pares – (Zigmond y Snaith, 1983). Las opciones de respuesta son tipo Likert que oscilan de cero a tres, dando un puntaje mínimo de cero y un puntaje máximo de 21 para cada subescala. Originalmente, los puntos de corte de 0 a 7 implican la *ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante*; de 8 a 10, que *requiere consideración*; y del 11 al 21, la *presencia de sintomatología relevante y un probable caso de ansiedad y/o depresión* (Snaith, 2003). Para el presente estudio y tomando como referencia el realizado por Tomasoni *et al.* (2021), se consideró la



escala de HADS de 0-7 puntos como *normal* y de 8 o más *con alteración*. La confiabilidad encontrada en el presente estudio con alfa de Cronbach para ansiedad en la primera y segunda medición fue de 0.842 y 0.718 respectivamente, y para depresión, primera medición 0.816 y segunda medición 0.806.

La Escala de trauma de Davidson (DTS) es una escala autoadministrada que mide la frecuencia y la gravedad de los síntomas del TEPT en personas que han experimentado un trauma; también puede utilizarse para evaluar el tratamiento (Davidson et al., 1997). Está constituida por 17 ítems que se corresponden y evalúan cada uno de los 17 síntomas recogidos en el DSM-IV. Los ítems referentes a la intrusión y evitación se relacionan directamente con el acontecimiento (criterio B, ítems 1-4 y 17), mientras que, en los ítems sobre el embotamiento, aislamiento (criterio C ítems 5-11) e *hiperarousal* (criterio D, ítems 12-16), se requiere únicamente precisar su ausencia o presencia sin relacionarlos directamente con el acontecimiento. Para cada ítem la persona puntúa la frecuencia durante la semana anterior de una escala de 5 puntos (0 a 4 puntos; 0 = nunca, 1 = a veces, 2 = 2-3 veces, 3 = 4-6 veces, 4 = diario) y la gravedad en escala de 5 puntos (0 a 4 puntos; 0 = nada, 1 = leve, 2 = moderada, 3 = marcada, 4 = extrema) en un puntaje total posible de 136 puntos. El punto de corte es 40, < 40 *no existe TEPT*, > o igual a 40 *existe TEPT*. A mayor puntuación, mayor gravedad (Davidson et al., 1997). La consistencia interna encontrada en este estudio según alfa de Cronbach para la subescala de frecuencia de estrés en la primera y segunda medición fue de 0.951 y 0.935 respectivamente; y de gravedad del estrés en la primera medición, 0.945 y 0.930.

Procedimiento

Para evaluar la depresión y ansiedad así como el TEPT, aplicando los instrumentos mencionados anteriormente se realizó el siguiente procedimiento: a los pacientes hospitalizados por COVID en el HGZ 4, al alta hospitalaria se les invitaba a participar en el estudio y se les explicaba que se requería su número telefónico para poder hacer la evaluación al mes y a los tres meses de alta mediante llamada. Si el paciente aceptaba, se obtenía el consentimiento informado y el número telefónico y se les indicaba que nos



comunicaríamos con ellos (ver Figura 1). Las llamadas telefónicas fueron realizadas siempre por la misma investigadora quien, hacia la llamada, se presentaba y les pedía a los pacientes estar lo más tranquilos posible para poder contestar las preguntas con precisión.

Análisis estadístico

El análisis de datos categóricos se realizó por medio de tablas de frecuencias y porcentajes. La comparación de los porcentajes de la presencia de ansiedad, depresión y estrés en la primera y segunda medición se realizó con la prueba de McNemar, los datos numéricos se analizaron por medio de la media y desviación estándar. Se comprobó la normalidad de los puntajes con la prueba de Saphiro-Wilk. Dependiendo de la normalidad y número de grupos se eligió la prueba estadística. Para la comparación entre grupos, se utilizaron la prueba *t* y la prueba de Wilcoxon para grupos dependientes. Para la comparación dentro de grupos, se utilizaron la prueba *t* para grupos independientes, Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. El nivel de significancia fue de 0.05 para todas las pruebas estadísticas y se utilizó el software IBM SPSS versión 25 para el análisis de datos.

Resultados

Se reclutaron 104 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, pero cuatro de ellos no completaron la segunda medición, por lo que los análisis se realizaron solo con 101 pacientes a quienes se les aplicó la primera medición, y, después de tres meses, la segunda. Se tuvieron los siguientes datos descriptivos de la muestra: la media de la edad fue de 40.98 años con una desviación estándar de 13.47 años, el 54.5 % fueron mujeres, 67.3 % casados, 53.5 % con educación superior, 71.3 % con trabajo, además, la mayoría estuvo de 1 a 10 días hospitalizado (80.2 %), y el 62.4 % usó mascarilla como dispositivo ventilatorio (ver Tabla 1).



Tabla 1

Presencia de ansiedad, depresión y estrés en las variables sociodemográficas de pacientes hospitalizados por COVID 19 al primer y tercer mes del alta hospitalaria

	Totales	Ansiedad			Depresión			Estrés		
		Primera	Segunda	p	Primera	Segunda	p	Primera	Segunda	p
Edad M ± DT	40.98 ± 13.47									
Total	101	30 (29.7%)	16 (15.8%)	.004**	27 (26.7%)	21 (20.8%)	.263	27 (26.7%)	11 (10.9%)	<.001***
Edad (años)										
Joven (18 - 29)	21 (20.8%)	6 (28.6%)	2 (9.5%)	.125	4 (19.0%)	3 (14.3%)	1.00	6 (28.6%)	2 (9.5%)	.125
Adulto (30- 59)	65 (64.4%)	17 (26.2%)	12 (18.5%)	.267	18 (27.7%)	14 (21.5%)	.424	17 (26.2%)	8 (12.3%)	.022*
Adulto mayor (> 60)	15 (14.9%)	7 (46.7%)	2 (13.3%)	.063	5 (33.3%)	4 (26.7%)	1.00	4 (26.7%)	1 (6.7%)	.25
Género										
Hombre	46 (45.5%)	11 (23.9%)	5 (10.9%)	.031*	12 (26.1%)	5 (10.9%)	.039*	10 (21.7%)	1 (2.2%)	.004**
Mujer	55 (54.5%)	19 (34.5%)	11 (20.0%)	.077	15 (27.3%)	16 (29.1%)	1.00	17 (30.9%)	10 (18.2%)	.065
Estado civil										
No casado	33 (32.7%)	8 (24.2%)	2 (6.1%)	.031*	9 (27.3%)	9 (27.3%)	1.00	9 (27.3%)	3 (9.1%)	.031*
Casado	68 (67.3%)	22 (32.4%)	14 (20.6%)	.077	18 (26.5%)	12 (17.6%)	.18	18 (26.5%)	8 (11.8%)	.013*
Escolaridad										
Básica	47 (46.5%)	17 (36.2%)	9 (19.1%)	.039*	14 (29.8%)	14 (29.8%)	1.00	17 (36.2%)	7 (14.9%)	.006**
Superior	54 (53.5%)	13 (24.1%)	7 (13.0%)	.109	13 (24.1%)	7 (13.0%)	.109	10 (18.5%)	4 (7.4%)	.07
Ocupación										
No trabaja	29 (28.7%)	12 (41.4%)	7 (24.1%)	.18	10 (34.5%)	12 (41.4%)	.727	9 (31.0%)	6 (20.7%)	.375
Trabaja	72 (71.3%)	18 (25.0%)	9 (12.5%)	.022*	17 (23.6%)	9 (12.5%)	.039*	18 (25.0%)	5 (6.9%)	<.001***
Días de hospitalización										
1-10 días	81 (80.2%)	26 (32.1%)	15 (18.5%)	.019*	23 (28.4%)	17 (21.0%)	.238	23 (28.4%)	10 (12.3%)	.002**
11+ días	20 (19.8%)	4 (20.0%)	1 (5.0%)	.25	4 (20.0%)	4 (20.0%)	1.00	4 (20.0%)	1 (5.0%)	.25
Dispositivo ventilatorio										
Puntas nasales	34 (33.7%)	11 (32.4%)	8 (23.5%)	.375	13 (38.2%)	8 (23.5%)	.125	13 (38.2%)	5 (14.7%)	.021*
Máscara	63 (62.4%)	17 (27.0%)	8 (12.7%)	.035*	13 (20.6%)	12 (19.0%)	1.00	13 (20.6%)	6 (9.5%)	.039*
CPAP	4 (4.0%)	2 (50.0%)	0 (0.0%)	----	1 (25.0%)	1 (25.0%)	1.00	1 (25.0%)	0 (0.0%)	----

Nota: Las frecuencias y porcentajes de la ansiedad, depresión y estrés son respecto a la columna totales, escolaridad básica hasta bachillerato, escolaridad superior con licenciatura o más.

En todas las comparaciones se uso prueba de McNemar con corrección por continuidad, donde * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < .001

El porcentaje de personas con algún nivel de ansiedad, depresión y estrés disminuyó de la primera a la segunda medición. De acuerdo con la prueba de McNemar esta disminución fue significativa para ansiedad ($p = 0.004$) y estrés ($p < 0.001$), mientras que la depresión se mantuvo sin cambio significativo. Analizando los porcentajes para las categorías de las variables descriptivas, es importante observar que la ansiedad se mantuvo sin cambios significativos en la edad, en mujeres, en aquellos con 11 o más días de hospitalización, en los que usaron puntas nasales y en otras categorías. Con respecto a los resultados para la depresión, se mantuvo sin cambios significativos en la mayoría de las categorías, solo hubo disminución significativa en



los hombres ($p = 0.039$) y en aquellos que trabajan ($p = 0.039$). En cuanto al estrés postraumático, se mantuvo con disminuciones significativas en la mayoría de las categorías. Es de notar que, en los adultos mayores, mujeres, personas con educación superior, los que no trabajan y aquellos que estuvieron 11 o más días hospitalizados, no hubo disminución significativa (ver Tabla 2).

Tabla 2

Seguimiento de la ansiedad en pacientes hospitalizados por COVID-19 al primer mes y tercer mes del alta hospitalaria

	Ansiedad					
	Primera medición (M ± DT)	p_1	Segunda medición (M ± DT)	p_1	d_z de Cohen	p_2
Ansiedad total	5.94 ± 3.49		5.12 ± 2.88		-0.55	.013*
Edad						
Joven	5.95 ± 3.50	0.342	4.14 ± 2.78	0.218	-0.56	0.019*
Adulto	5.66 ± 3.37		5.37 ± 2.91		-0.16	0.461
Adulto mayor	7.13 ± 3.96		5.40 ± 2.72		-0.45	0.059
Género						
Masculino	5.63 ± 3.70	0.417	4.65 ± 2.57	0.137	-0.48	0.032*
Femenino	6.20 ± 3.32		5.51 ± 3.08		-0.32	0.146
Estado civil						
No casado	5.18 ± 3.24	0.129	4.33 ± 2.72	0.055	-0.35	0.119
Casado	6.31 ± 3.57		5.50 ± 2.89		-0.43	0.052
Escolaridad						
Básica	6.45 ± 3.54	0.175	5.72 ± 2.70	0.048*	-0.34	0.122
Superior	5.50 ± 3.41		4.59 ± 2.94		-0.43	0.053
Ocupación						
No trabaja	6.72 ± 3.47	0.153	6.10 ± 2.72	0.028*	-0.21	0.338
Trabaja	5.63 ± 3.47		4.72 ± 2.86		-0.52	0.019*
Días de hospitalización						
1 – 10	6.04 ± 3.47	0.579	5.17 ± 3.03	0.706	-0.51	0.023*
11 +	5.55 ± 3.62		4.90 ± 2.17		-0.22	0.324
Dispositivo ventilatorio						
Puntas nasales	6.15 ± 3.73	0.407	5.03 ± 3.44	0.935	-0.44	0.050
Mascarilla	5.70 ± 3.28		5.19 ± 2.60		-0.27	0.213
CPAP	8.00 ± 4.90		4.75 ± 2.22		-0.36	0.198



Nota: N=101, p1 significancia de la prueba t o ANOVA para la comparación de medias entre las categorías de cada variable; p2 significancia de la prueba t para comparación de medias entre la primera y segunda medición.

* $p < 0.05$

En la comparación entre primera y segunda medición, el puntaje medio de la ansiedad total disminuyó en forma significativa de 5.94 (DE = 3.49) a 5.12 (DE = 2.88) con $p = 0.024$, también disminuyó en forma significativa en los jóvenes ($p = 0.019$), hombres ($p = 0.032$), los que trabajan ($p = 0.028$) y en aquellos con 1 a 10 días de hospitalización ($p = 0.036$). Analizando los puntajes de ansiedad dentro de las categorías, en la mayoría no hubo diferencias significativas; solo en la segunda medición el puntaje de ansiedad fue significativamente mayor en aquellos con escolaridad básica que en aquellos con escolaridad superior ($p = 0.048$), y también significativamente mayor en aquellos que no trabajan con respecto a los que trabajan ($p = 0.028$) – ver Tabla 3 – .



Tabla 3

Seguimiento de la depresión en pacientes hospitalizados por COVID-19 al primer mes y tercer mes del alta hospitalaria

	Primera medición		Segunda medición		d _z de Cohen	
	(M ± DT)	p ₁	(M ± DT)	p ₁	Cohen	p ₂
Depresión total	4.91 ± 3.29		4.68 ± 3.27		-0.15	0.502
Edad ¹						
Joven	4.57 ± 2.79	0.686	3.67 ± 3.41	0.149	-0.25	0.265
Adulto	4.88 ± 3.34		4.75 ± 3.18		-0.06	0.774
Adulto mayor	5.53 ± 3.83		5.80 ± 3.26		0.08	0.735
Género						
Masculino	4.70 ± 3.29	0.550	3.59 ± 3.02	0.002**	-0.51	0.024*
Femenino	5.09 ± 3.31		5.60 ± 3.21		0.24	0.271
Estado civil						
No casado	4.97 ± 3.63	0.901	4.67 ± 3.65	0.972	-0.12	0.595
Casado	4.88 ± 3.14		4.69 ± 3.10		-0.10	0.653
Escolaridad						
Básica	5.60 ± 3.21	0.050	5.96 ± 3.01	< 0.001***	0.18	0.418
Superior	4.31 ± 3.27		3.57 ± 3.10		-0.33	0.141
Ocupación						
No trabaja	5.83 ± 3.40	0.075	6.90 ± 2.60	< 0.000***	0.38	0.089
Trabaja	4.54 ± 3.19		3.79 ± 3.09		-0.42	0.060
Días de hospitalización						
1 - 10	4.79 ± 3.42	.461	4.72 ± 3.31	0.840	-0.04	0.850
11 +	5.40 ± 2.70		4.55 ± 3.19		-0.29	0.196
Dispositivo ventilatorio						
Puntas nasales	5.21 ± 3.66	.780	4.59 ± 3.33	0.965	-0.22	0.312
Mascarilla	4.73 ± 3.10		4.71 ± 3.27		-0.01	0.971
CPAP	5.25 ± 3.59		5.00 ± 3.56		-0.09	0.718

Nota: N=101, p₁ significancia de la prueba t o ANOVA para la comparación de medias entre las categorías de cada variable. p₂ significancia de la prueba t para comparación de medias entre la primera y segunda medición.

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001



El puntaje de depresión total no tuvo diferencia significativa entre la primera medición (media = 4.91, DE = 3.29) y la segunda (media = 4.68, DE = 3.29) con $p = 0.576$; solo se tuvo una disminución significativa en los hombres ($p = 0.024$). En la comparación entre categorías no hubo diferencias significativas en la primera medición, mientras que en la segunda medición el puntaje fue significativamente mayor en mujeres que en hombres ($p = 0.003$), en escolaridad básica contra escolaridad superior ($p < 0.001$), y en aquellos que no trabajan contra aquellos que trabajan ($p = < 0.001$) (Tabla 4).

Tabla 4

Seguimiento del estrés en pacientes hospitalizados por COVID-19 al primer mes y tercer mes del alta hospitalaria

	Estrés					
	Primera medición		Segunda medición		d _z de	
	(M ± DT)	p ₁	(M ± DT)	p ₁	Cohen	p ₂
Estrés total	27.92 ± 24.63		18.11 ± 18.55		-1.02	<0.001***
Edad ¹						
Joven	25.52 ± 24.72	0.560	13.81 ± 13.10	0.479	-0.59	0.014*
Adulto	27.28 ± 24.27		19.49 ± 20.89		-0.62	0.006**
Adulto mayor	34.07 ± 26.76		18.13 ± 13.45		-0.70	0.006**
Género						
Masculino	22.41 ± 22.56	0.039*	12.37 ± 12.23	0.003**	-0.75	0.001**
Femenino	32.53 ± 25.53		22.91 ± 21.48		-0.69	0.002**
Estado civil						
No casado	27.03 ± 22.23	0.802	17.64 ± 21.17	0.869	-0.61	0.009**
Casado	28.35 ± 25.86		18.34 ± 17.31		-0.81	<0.001***
Escolaridad						
Básica	35.66 ± 28.72	0.004**	20.79 ± 20.74	0.177	-0.90	<0.001***
Superior	21.19 ± 18.15		15.78 ± 16.26		-0.53	0.019*
Ocupación						
No trabaja	34.90 ± 30.57	0.123	22.83 ± 19.53	0.105	-0.65	0.006**
Trabaja	25.11 ± 21.40		16.21 ± 17.93		-0.79	0.001**



Días de hospitalización						
1 - 10	28.43 ± 24.75	0.677	19.09 ± 19.67	0.289	-0.84	<0.001***
> 11 +	25.85 ± 24.63		14.15 ± 12.75		-0.62	0.011*
Dispositivo ventilatorio						
Puntas nasales	32.15 ± 25.84	0.445	21.12 ± 25.11	0.257	-0.62	0.008**
Mascarilla	26.05 ± 24.24		17.25 ± 14.20		-0.73	0.001**
CPAP	21.50 ± 20.09		6.00 ± 7.66		-0.54	0.089

Nota: N=101, p1 significancia de la prueba t o ANOVA para la comparación de medias entre las categorías de cada variable. p2 significancia de la prueba t para comparación de medias entre la primera y segunda medición.

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

En la comparación entre grupos, el TEPT total disminuyó en forma significativa de la primera (media = 27.9, DE = 24.6) a la segunda medición (media = 18.1, 18.6) con $p < 0.001$. Con respecto a las características de la muestra, este puntaje disminuyó significativamente en todas a excepción del uso de CPAP ($p = 0.089$). En la comparación entre las categorías, en la primera medición de TEPT se tuvieron mayores puntajes significativos: en las mujeres contra los hombres ($p = 0.01$), en la escolaridad básica contra la escolaridad superior ($p = 0.012$). En la segunda medición, el puntaje de TEPT se conservó más alto significativamente en las mujeres contra los hombres ($p = 0.004$), en la escolaridad ya no hubo diferencia significativa, y fue mayor en aquellos que no trabajan contra aquellos que trabajan ($p = 0.035$) – ver Tabla 4 – .

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar el comportamiento de las alteraciones psicológicas más frecuentes en una cohorte prospectiva de pacientes sobrevivientes a COVID-19 de moderado a grave, en dos mediciones, a un mes y a tres meses después del alta hospitalaria. La tasa de ansiedad encontrada fue de 29.7 %, en la primera medición, bajando de forma significativa en la segunda medición a 15.8 %. Nuestros resultados son similares a estudios previos que utilizaron el mismo instrumento. En un estudio realizado en pacientes italianos recuperados de COVID-19 se reportó una tasa de ansiedad del 29 % (Tomasoni *et al.*,



2021). Sin embargo, en China se reportaron tasas más altas de ansiedad, alcanzando el 34.72 % (Kong et al., 2020). En contraste, en otros países, como en Turquía durante el brote de COVID-19, se reportaron tasas de ansiedad de hasta 45.1 % en población general (Özdin y Özdin, 2020). No obstante, en estos estudios se realizó solo una valoración de los pacientes post COVID-19, y se incluyeron personas con COVID-19 leve.

El porcentaje de depresión en el presente estudio fue de 26.7 % en la primera medición y de 20.8 % en la segunda, sin diferencia estadísticamente significativa. Existen reportes de tasas de depresión muy parecidas en una sola medición en China con pacientes hospitalizados por COVID-19, de 28.47 % (Kong et al., 2020), en la población general turca con un 23.6 % (Özdin y Özdin, 2020). Por el contrario, tasas de depresión más bajas fueron en personas italianas recuperadas de COVID-19, con solo 11 %, teniendo el mismo punto de corte para depresión que el presente estudio (Tomasoni et al., 2021). Los estudios que utilizan escalas diferentes al HADS reportan porcentajes más altos; en un estudio con pacientes italianos recuperados de COVID-19 se reportó depresión leve a moderada en un 40 % (Alemanno et al., 2021), al igual que personas de Pakistán recuperadas de COVID-19 sintomáticas, con depresión leve 40.4 %, depresión moderada 12.7 %, depresión moderadamente severa 4.3 % y depresión severa 12.7 % (Jafri et al., 2022). El 29.2 % de la población china recuperada de COVID-19 también presentó depresión sin especificar la gravedad (Zhang et al., 2020). Otro estudio en población china recuperada de COVID-19 reportó depresión leve en 46.7 % y moderada a severa en 19 % a los 36.75 días en promedio después del alta (Liu et al., 2020).

En el presente estudio, el porcentaje de TEPT en la primera medición fue de 26.7 %, bajando el porcentaje de forma significativa en la segunda medición al 10.9 %, por debajo de los reportes en estudios previos, con diferentes instrumentos de evaluación (Alonso et al., 2021; Alemanno et al., 2021). Aun así, otro estudio que utiliza el mismo instrumento reportó una tasa muy superior de TEPT en un 96.2 % (Bo et



al., 2020), que podría deberse a que los autores realizan la valoración antes de que los pacientes sean dados de alta, a diferencia de nuestras valoraciones que fueron realizadas a los 30 y 90 días posterior al alta.

El género femenino muestra más altos puntajes en las dos mediciones de las tres valoraciones, lo que coincide con reportes previos (Kong *et al.*, 2020; Özdin y Özdin, 2020; Sun *et al.*, 2021). Se ha mencionado que podría ser porque las mujeres tienen una mayor sensibilidad y conciencia de las sensaciones de sus cuerpos (Özdin y Özdin, 2020).

Las personas con escolaridad básica muestran niveles más altos de ansiedad, depresión y TEPT que las personas con nivel académico superior en las dos mediciones, lo que coincide con lo reportado previamente por Wang *et al.* (2020), quienes reportan que, en comparación con los profesionales, los trabajadores de servicios industriales tenían un riesgo de depresión de 0.31 veces mayor. También, en el estudio de Kong *et al.* (2020), se menciona que las personas con un nivel educativo bajo muestran mayor ansiedad y depresión. Por el contrario, existen estudios donde el nivel educativo no está relacionado con los síntomas de TEPT durante el brote con COVID-19 (Sun *et al.*, 2021).

Nuestros resultados mostraron que los adultos mayores muestran mayores niveles de ansiedad, depresión y TEPT en comparación con las personas jóvenes. Esto concuerda con lo encontrado por Kong *et al.* (2020) y Maya Piña *et al.* (2022) y, otro estudio donde se reportó que personas mayores de 35 años están más asociadas con la depresión (Ngasa *et al.*, 2021). Además, los pacientes de mayor edad y con menor saturación de oxígeno tienden a presentar síntomas de ansiedad y depresión (Kong *et al.*, 2020).

En personas recuperadas de COVID-19, se observa un incremento en los niveles de ansiedad, depresión y TEPT, incluso si no requirieron hospitalización (Al-Aly, 2022). En otros estudios se ha registrado que, a mayor gravedad de la enfermedad de COVID-19 en pacientes recuperados, mayor riesgo de TEPT, ansiedad y depresión (Liu *et al.*, 2020).



Respecto al tiempo de hospitalización, no encontramos diferencias significativas en los días de hospitalización entre los grupos en las dos mediciones, posiblemente porque todos los pacientes tenían COVID-19 de moderado a grave y no se incluyó un grupo de control que no haya requerido hospitalización.

Uno de los grupos con mayor afectación psicológica que encontramos fueron las personas que no trabajan en comparación con las que sí tienen empleo. Esto podría ser porque, al no tener una actividad laboral, presentan rumiación psicológica respecto a la enfermedad por COVID-19. Se realizó una búsqueda intencionada para comparar con estudios previos, pero no se encontraron datos al respecto.

Los resultados obtenidos también fueron analizados utilizando diferentes modelos logísticos binarios para la ansiedad, depresión y TEPT como variables dependientes y las variables sociodemográficas como variables independientes. No se encontró ningún modelo significativo.

Conclusiones

La ansiedad, la depresión y el TEPT disminuyeron de la primera a la segunda medición; las mujeres y las personas que no trabajan y con escolaridad básica presentan mayores secuelas psicológicas. Se recomienda para futuras investigaciones dar seguimiento a la muestra actual después de los 12 meses para determinar si se presentó la recuperación total.

Esta investigación tiene como limitaciones no haber contado con una valoración de salud mental previa a que estas personas enfermaran de COVID-19 (solo excluimos de la muestra a los pacientes con diagnóstico previo de enfermedades psicológicas o psiquiátricas) y que las dos valoraciones fueron vía telefónica, por lo que no se tiene una valoración clínica completa. No obstante, se optó la vía telefónica por ser más viable y mostrar mayor disponibilidad los pacientes.

Entre otros factores asociados se han considerado las enfermedades crónico-degenerativas, y la exposición frecuente a las redes sociales y noticias relacionadas con la COVID-19 (Xiong et al., 2020). Si bien en el presente trabajo no estudiamos estas variables ni la presencia o ausencia de enfermedades crónico-



degenerativas, no podemos descartar que pudieran haber influido en los resultados obtenidos. No evaluamos si había relación entre la presencia de una variable u otra en menor o mayor proporción. Es importante que futuros estudios consideren incluir estos aspectos en el cuestionario.

El impacto psicosocial en los pacientes hospitalizados por COVID-19 ha sido evaluado en varios estudios. Aunque la infección por SARS-CoV-2 se considera un riesgo para complicaciones de salud mental, existen diferentes variables que podrían inducir estos síntomas. Se ha sugerido que los problemas de salud mental pueden deberse a la acción directa del virus en el cerebro y el sistema nervioso central (Liu *et al.*, 2021). Alternativamente, pueden surgir del estrés causado por la hospitalización y experiencias como la exposición a la muerte de otros pacientes del hospital y miembros de la familia, así como el impacto psicológico del aislamiento durante la hospitalización, el estigma asociado con la enfermedad y la incapacidad causada por la misma enfermedad (Beach *et al.*, 2020). Al-Aly (2022) afirma que existe evidencia de un mayor riesgo de trastornos por uso de sustancias, deterioro neurocognitivo y problemas para dormir, incluso entre aquellas personas cuya enfermedad era leve y no requería ingreso hospitalario por COVID-19.

Estos problemas emergentes de salud mental requieren del apoyo de la comunidad y deben incluir intervenciones psicológicas promovidas a nivel mundial (Torales *et al.*, 2020; WHO, 2022). Aunque no se debe exagerar el verdadero impacto de la pandemia por COVID-19, tampoco se deben ignorar los conocimientos sobre la carga psicológica más allá de los resultados clínicos. Como hemos aprendido de infecciones virales anteriores con potenciales pandémicos similares (Ngasa *et al.*, 2021), la crisis por COVID-19 ha generado progresivamente problemas psicológicos y secuelas de salud, incluyendo estrés, ansiedad, depresión, frustración y suicidio (Algahtani *et al.*, 2022).

Como fortalezas se menciona el hecho de agregar dos valoraciones y no solo una como los estudios previos, además de ser realizada en personas atendidas en el hospital de concentración de 2.º nivel de



atención del IMSS en el estado de Guanajuato, que tuvo las condiciones para seguir los protocolos de seguridad para limitar la diseminación del virus y los protocolos de tratamiento en los pacientes COVID-19. El HGZ-4 recibió el mayor número de pacientes en toda la región que incluye 11 municipios en el estado: Celaya, Comonfort, Cortázar, Salvatierra, San Miguel de Allende, Acámbaro, Apaseo el Alto, Apaseo el Grande, Soria, Tarimoro y Villagrán, por lo que la muestra se considera muy representativa. Las personas del estudio fueron personas con COVID-19 de moderado a grave, y muchos de los estudios previos incluyen población en general y personas con COVID-19 leve, lo que elimina el efecto psicológico de la hospitalización en un área con solo pacientes infectados por COVID-19.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento externo.

Agradecimientos

El grupo de investigadores agradece a los pacientes que participaron en el estudio.

Referencias

- Al-Aly, Z. (2022). Mental Health in People with COVID-19. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 376, o415. <https://doi.org/10.1136/bmj.o415>
- Alemanno, F., Houdayer, E., Parma, A., Spina, A., Del Forno, A., Scatolini, A., Angelone, S., Brugliera, L., Tettamanti, A., Beretta, L., & Iannaccone, S. (2021). COVID-19 Cognitive Deficits After Respiratory Assistance in the Subacute Phase: A COVID-Rehabilitation Unit Experience. *PloS One*, 16(2), e0246590. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246590>



- Algahtani, J. S., Almamary, A. S., Alghamdi, S. M., Komies, S., Althobiani, M., Aldhahir, A. M., & Naser, A. Y. (2022). Effect of the COVID-19 Pandemic on Psychological Aspects. In M. Hadi., R. Rao., & S. Roy. (Eds.), *COVID-19 and the Sustainable Development Goals* (pp. 235-258). <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91307-2.00007-9>
- Alonso, J., Vilagut, G., Mortier, P., Ferrer, M., Alayo, I., Aragón-Peña, A., Aragonès, E., Campos, M., Cura-González, I. D., Emparanza, J. I., Espuga, M., Forjaz, M. J., González-Pinto, A., Haro, J. M., López-Fresneña, N., Salázar, A., Molina, J. D., Ortí-Lucas, R. M., Parellada, M., Pelayo-Terán, J. M., Pérez-Zapata, A., Pijoan, J., Plana, N., Puig, M., Rius, C., Rodríguez-Blázquez, C., Sanz, F., Serra, C., Kessler, R., Bruffaerts, R., Vieta, E., Pérez, V., & MINDCOVID Working Group. (2021). Mental Health Impact of the First Wave of COVID-19 Pandemic on Spanish Healthcare Workers: A Large Cross-Sectional Survey. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *14*(2), 90–105. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.12.001>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Medica Panamericana.
- Beach, S. R., Praschan, N. C., Hogan, C., Dotson, S., Merideth, F., Kontos, N., Fricchione, G. L., & Smith, F. A. (2020). Delirium in COVID-19: A Case Series and Exploration of Potential Mechanisms for Central Nervous System Involvement. *General Hospital Psychiatry*, *65*, 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.05.008>
- Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Wu, X., & Xiang, Y. T. (2020). Posttraumatic Stress Symptoms and Attitude Toward Crisis Mental Health Services Among Clinically Stable Patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*, *51*(6), 1052–1053. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>



- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. J. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo: Revisión rápida de la evidencia. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3532534>
- Danet, A. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A Systematic Review. *Medicina Clinica*, 156(9), 449–458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
- Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. E. (1997). Assessment of a New Self-Rating Scale for Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychological Medicine*, 27(1), 153–160. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004229>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., Gao, H, Guo, L., Xie, J., Wang, G., Jiang, R., Gao, Z., Jin, Q., Wang, J., Gao, Z., Jin, Q., Wang, J. y Cao, B. (2020). Características clínicas de pacientes infectados con el nuevo coronavirus 2019 en Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Jafri, M. R., Zaheer, A., Fatima, S., Saleem, T., & Sohail, A. (2022). Mental Health Status of COVID-19 Survivors: A Cross Sectional Study. *Virology Journal*, 19(1), Art. 3. <https://doi.org/10.1186/s12985-021-01729-3>
- Kong, X., Zheng, K., Tang, M., Kong, F., Zhou, J., Diao, L., Wu, S., Jiao, P., Su, T., & Dong, Y. (2020, preprint). Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with COVID-19. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20043075>



- Liu, D., Baumeister, R. F., & Zhou, Y. (2021). Mental Health Outcomes of Coronavirus Infection Survivors: A Rapid Meta-Analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 137(11), 542–553. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.015>
- Liu, D., Baumeister, R. F., Veilleux, J. C., Chen, C., Liu, W., Yue, Y., & Zhang, S. (2020). Risk Factors Associated with Mental Illness in Hospital Discharged Patients Infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Research*, 292, 113297. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113297>
- Maya Piña, L.-V., Barbosa-Cobos, R.-E., Lugo-Zamudio, G.-E., Chacón-Abril, K.-L., Padrón-Ramírez, M., Jiménez-Jiménez, X., Vuelvas-Olmos, C.-R., Cortés-Álvarez, N. Y. y Jiménez Jiménez, S. (2022). Impacto en la salud mental en una muestra de pacientes hospitalizados por COVID-19 en la Ciudad de México. *Annals of Psychology*, 38(3), 448-457. <https://doi.org/10.6018/analesps.502711>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020, 11 de marzo). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. *Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Ngasa, S. N., Tchouda, L. A. S., Abanda, C., Ngasa, N. C., Sanji, E. W., Dingana, T. N., & Babila, C. S. (2021). Prevalence and Factors Associated with Anxiety and Depression Amongst Hospitalised COVID-19 Patients in Laquintinie Hospital Douala, Cameroon. *PlosOne*, 16(12), e0260819. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260819>
- Özdin, S., & Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and Predictors of Anxiety, Depression and Health Anxiety During COVID-19 Pandemic in Turkish Society: The Importance of Gender. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504–511. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32380879/>
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), Art. 29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>



- Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., Jia, Y., Gu, J., Zhou, Y., Wang, Y., Liu, N., & Liu, W. (2021). Prevalence and Risk Factors for Acute Posttraumatic Stress Disorder During the COVID-19 Outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 283, 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.050>
- Tomasoni, D., Bai, F., Castoldi, R., Barbanotti, D., Falcinella, C., Mulè, G., Mondatore, D., Tavelli, A., Vegni, E., Marchetti, G., & d'Arminio Monforte, A. (2021). Anxiety and Depression Symptoms After Virological Clearance of COVID-19: A Cross-Sectional Study in Milan, Italy. *Journal of Medical Virology*, 93(2), 1175–1179. <https://doi.org/10.1002/jmv.26459>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The Outbreak of COVID-19 Coronavirus and Its Impact on Global Mental Health. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317–320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the Public Psychological States and its Related Factors During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Some Regions of China. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 13–22. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>
- World Health Organization. (WHO, 2022, march 02th). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health in the General Population: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 277(1), 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>



Zhang, J., Lu, H., Zeng, H., Zhang, S., Du, Q., Jiang, T., & Du, B. (2020). The Differential Psychological Distress of Populations Affected by the COVID-19 Pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87(395), 49–50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.031>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Cómo citar este artículo: Sanabria Enríquez, B. A., Cardona Torres, L. M., Lira Carmona, R., & Ramos Ramos, X. (2024). Ansiedad, Depresión y Estrés Postraumático en Pacientes Sobrevivientes a COVID-19: Estudio Longitudinal. *Psicumex*, 14(1), 1–24, e683. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v14i1.683>

