



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS  
“DEPRESIÓN ANTE LA COVID-19 EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL REZOLA  
CAÑETE LIMA, 2021”.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN  
**Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico**

Presentado por:  
**Pamela Lucero, Valcarcel Tonconi**  
**Lisbeht Julisa, Montes Alejos**

Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Docente asesor:  
Dr. Evelyn Alina Anicama Navarrete  
Código Orcid N°0000-0003-1164-2079

Chincha, 2022

**Asesor**

DRA. EVELYN ALINA ANICAMA NAVARRETE

**Miembros del jurado**

- Dr. Edmundo González Zavala
- Dr. Giorgio Aquije Cárdenas
- Dr. Elio Huamán Flores

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a todas las víctimas de este terrible virus, a todos los que lucharon por sus vidas y ganaron la batalla y a los que no pudieron sobrevivir un abrazo al cielo aquí mientras no los olvidemos siempre vivirán en nuestros corazones.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por tenernos aun en vida y haber sobrevivido a tan terrible enfermedad como es el COVID-19, a nuestras familias por haber sido nuestro motor y a nuestros hijos que son nuestra fortaleza.

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Describir el nivel de depresión ante la COVID-19 en el personal del Hospital Rezola Cañete Lima, en el segundo semestre del año 2021.

**Metodología:** Según su finalidad la presente investigación es básica, según su nivel de investigación corresponde al nivel descriptivo, basado en el control de la variable es de tipo no experimental. La técnica para la recolección de datos fue la encuesta y como instrumento se aplicó el cuestionario: Inventario de Depresión de Beck (BDI-2).

**Participantes:** La muestra está conformada por 120 personas entre personal de salud conformado por licenciados en enfermería y técnicos en enfermería de ambos sexos del Hospital Rezola Cañete.

**Resultados:** En cuanto a la variable depresión del 100% de, 96 trabajadores (89.7%) tienen depresión mínima, 5 trabajadores (4.7%) tienen depresión leve, 5 trabajadores (4.7%) tienen depresión moderada y finalmente un solo trabajador (0.9%) tiene depresión severa.

**Conclusiones:** Se ha logrado describir que del 100% de trabajadores de la salud compuesto por profesionales en enfermería y técnicas en enfermería del Hospital Rezola Cañete Lima, el 89.7% tienen depresión mínima, y solo el 0.9% tiene depresión severa.

**Palabras claves:** Depresión, cognitivo, afectivo y enfermera.

## ABSTRACT

**Objective:** Describe the level of depression in the face of COVID-19 in the staff of the Rezola Cañete Lima Hospital, in the first semester of the year 2021.

**Methodology:** According to its purpose, this research is basic, according to its research level it corresponds to the descriptive level, based on the control of the variable, it is of a non-experimental type. The technique for data collection was the survey and as an instrument the questionnaire was applied: Beck's Depression Inventory (BDI-2).

**Participants:** The sample is made up of 120 people among health personnel made up of nursing graduates and nursing technicians of both sexes from the Rezola Cañete Hospital.

**Results:** Regarding the depression variable of 100% of, 96 workers (89.7%) have minimal depression, 5 workers (4.7%) have mild depression, 5 workers (4.7%) have moderate depression and finally only one worker (0.9%) have severe depression.

**Conclusions:** It has been possible to describe that of the 100% of health workers made up of nursing professionals and nursing technicians at the Rezola Cañete Lima Hospital, 89.7% have minimal depression, and only 0.9% have severe depression.

**Keywords:** Depression, cognitive, affective and nursing.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v

PALABRAS CLAVE	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE TABLAS	x
I. INTRODUCCIÓN	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.1. Descripción del problema	13
2.2. Pregunta de investigación general	16
2.3. Preguntas de investigación específicas	16
2.4. Justificación e importancia	16
2.4.1. Justificación	16
2.4.2. Importancia	17
2.5. Objetivo general	17
2.6. Objetivos específicos	17
2.7. Alcances y limitaciones	17
2.7.1. Alcances	17
2.7.2. Limitaciones	18
III. MARCO TEÓRICO	19
3.1. Antecedentes	19
3.1.1. Internacionales	19
3.1.2. Nacionales	20
3.1.3. Regionales	22
3.2. Bases teóricas	23
3.2.1. Variable Depresión	23
3.2.1.1. Teorías de la Depresión	23
3.3. Marco conceptual	34
IV. METODOLOGÍA	37
4.1. Tipo y nivel de investigación	37
4.2. Diseño de investigación	37
4.3. Población – Muestra	38
4.3.1. Población	38
4.3.2. Muestra	38
4.3.3. Muestreo	39
4.4. Identificación de la variable	39
4.5. Operacionalización de la variable	40
4.6. Recolección de datos	41
4.6.1. Técnica	41
4.6.2. Instrumento	41
4.7. Técnica de análisis e interpretación de datos	42
V. RESULTADOS	43
5.1. Presentación de resultados	43
5.2. Interpretación de los resultados	51

VI.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	53
6.1.	Análisis descriptivo de los resultados	53
6.2.	Comparación de los resultados con el marco teórico	53
VII.	CONCLUSIONES	55
VIII.	RECOMENDACIONES	56
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
	ANEXOS	61
	Anexo 1: Matriz de consistencia	61
	Anexo 2: Instrumento de medición	62
	Anexo 3: Constancias	66
	Anexo 4: Consentimientos	71
	Anexo 5: Informe Turnitin al 20% de similitud	73



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	43
Estado civil de los encuestados.	
Figura 2	44
Edad de los encuestados.	
Figura 3	45
Sexo de los encuestados.	
Figura 4	46
Ocupación de los encuestados.	
Figura 5	47
Categorías y frecuencias del nivel de Depresión Somático – Motivacional.	
Figura 6	48
Categorías y porcentajes del nivel de Depresión Somático – Motivacional.	
Figura 7	49
Categorías y frecuencias del nivel de Depresión Cognitivo – Afectivo.	
Figura 8	49
Categorías y porcentajes del nivel de Depresión Cognitivo – Afectivo.	
Figura 9	50
Categorías y frecuencias del nivel de Depresión.	
Figura 10	51
Categorías y porcentajes del nivel de Depresión.	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	31
Análisis comparativo de los modelos propuestos.	
Tabla 2	40
Operacionalización de la variable.	
Tabla 3	43
Estado civil de los encuestados.	
Tabla 4	44
Edad de los encuestados.	
Tabla 5	45
Sexo de los encuestados.	
Tabla 6	46
Ocupación de los encuestados.	
Tabla 7	47
Resultados del nivel de Depresión Somático – Motivacional.	
Tabla 8	48
Resultados del nivel de Depresión Cognitivo - Afectivo.	
Tabla 9	50
Resultados del nivel de depresión en el personal de enfermería del Hospital Rezola Cañete Lima.	

## INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad común pero grave, que interfiere con la vida diaria de la persona que la padece, la cual afecta su capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar la vida, esta enfermedad es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

El presente estudio tiene como objetivo principal describir el nivel de depresión ante la COVID-19 en el personal del Hospital Rezola Cañete Lima, en el segundo semestre del año 2021.

El presente trabajo está estructurado considerando el esquema propuesto por la Dirección de Investigación y Producción Intelectual de la Universidad Autónoma de Ica, y está compuesto por los siguientes capítulos:

El capítulo uno está desarrollado la introducción el tema central de la investigación y los capítulos que se abordaran en la investigación.

El capítulo dos aborda la descripción del problema, la pregunta general, las preguntas específicas, el objetivo general, los objetivos específicos y la justificación de la investigación.

En el capítulo tres se plasman los antecedentes internacionales, nacionales, locales las bases teóricas y el marco conceptual.

La parte metodológica está desarrollada en el capítulo cuatro, como el enfoque, el tipo, nivel y diseño de investigación, junto a la operacionalización de la variable, la descripción de la población, muestra y muestreo, la técnica e instrumento de investigación y la técnica de análisis e interpretación de datos.

El capítulo cinco detalla el cronograma de actividades, para el desarrollo progresivo de la investigación.

El capítulo seis detalla el presupuesto de la investigación, detallando cada recurso a utilizar.

En el capítulo siete se describen las fuentes de información, que fueron utilizadas para el desarrollo, elaboradas empleando el formato APA.

Finalmente, en los anexos se desarrolla la matriz de consistencia.

*Las autoras*

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción del problema

En el mes de marzo del año 2020 se declara pandemia mundial por el brote del virus COVID-19, los centros de salud y hospitalarios no estaban preparados para este desafío, en países Sudamericanos cuyos servicios de salud no están en sus óptimas condiciones el impacto negativo fue aún mayor, los profesionales que estuvieron frente a tamaño desafío estuvieron sometidos a niveles altos de estrés afectando su salud mental, pudiendo tener síntomas de depresión y ansiedad.

A nivel internacional, según (Dasil, 2020) en el artículo de la Revista de Psiquiatría y Salud Mental de Barcelona, indicaron que la situación del personal que está en primera línea están expuestos directamente a estresores y riesgos, desarrollando sintomatología psicológica diversa, también indican en el artículo que es recomendable ofrecerles ayuda psicológica, para reducir su impacto emocional y asegurar su salud mental.

En relación a la depresión se vio incrementado desde el inicio de la pandemia, un estudio chino en una fase inicial de una muestra de 1210 personas, el 13,8% presentaba síntomas depresivos leves, el 12,2% síntomas moderados y el 4,3% síntomas graves, observándose niveles más elevados también en hombres Depresión (Huarcaya, 2020) Otro estudio pandémico, también realizado en México, reportó que en una muestra de 1508 participantes, el 27.5% presentaba síntomas de trastorno depresivo mayor (Galindo, 2020)

El problema de la pandemia a nivel mundial tiene el mismo impacto en la salud mental de los trabajadores de salud, sin distinción en qué país se encuentren, como lo describe a continuación (Lozano, 2020) en su artículo sobre el impacto de la epidemia de coronavirus en la salud mental de los trabajadores de la salud en China, describe el mismo impacto en la salud mental de los trabajadores de la salud, independientemente de su país. La tasa de ansiedad de los trabajadores de la salud en mi país era del 23,04%,

y eran principalmente mujeres, y las enfermeras eran más altas que los médicos. Los países vecinos también reportaron lo mismo, como el Centro de Salud de Chone en Ecuador, entre 70 profesionales que tuvieron contacto directo con pacientes de coronavirus, el 58,33% reportó ansiedad y estrés leve, el 86% mostró estrés moderado y el 28,57% exhibió depresión leve. (Tejeda & Solórzano, 2021)

La depresión afecta a cualquier persona, independientemente de su nivel económico y edad, y la enfermedad mental no discrimina, según datos del MINSA Perú, resultados de la Encuesta Poblacional de Salud Mental durante la Pandemia que involucró a 58.349 personas, el 28,5% planteó Síntomas asociados a depresión moderada y severa trastorno, con síntomas depresivos en el 30,8% de las mujeres y el 23,4% de los hombres, no cabe duda de que ha habido un aumento de los casos de depresión durante esta emergencia sanitaria, tema que tiene relación con los profesionales de la salud no son ajenos, tienen directa contacto con los pacientes y presenciar problemas físicos y mentales, por lo que los trabajadores de la salud en general deben ser conscientes de que sentir emociones desagradables o negativas no es una amenaza, sino una respuesta defensiva normal en situaciones de peligro y deben estar alerta ante posibles síntomas depresivos como tristeza, problemas de sueño, desesperación intrusiva de la memoria, etc.

A nivel nacional la pandemia ha afectado notablemente a los ciudadanos y personal de salud, según datos del (Perú, 2021) hasta el día 18 del mes de enero del presente año han fallecido 10 médicos, haciendo un total de 266 médicos en lo que va de la pandemia, sumada a una cifra de 12 mil 175 médicos infectados, con 42 de ellos en unidades de cuidados intensivos, igualmente el (Perú C. d., 2021) indico que al 19 de febrero del 2021 han fallecido 27 profesionales, haciendo un total hasta la fecha de 116 fallecidos, sin contar otras profesiones y personal de limpieza que trabajan en hospitales, los decesos hacen que el personal este sujeto constantemente a estrés, es innegable que la muerte de un compañero o varios compañeros de trabajo no afecte al personal, al igual que la muerte

de un paciente, generando un impacto emocional que influya en la salud mental.

A nivel local específicamente en la ciudad de Lima, los trabajadores de diversos hospitales también están sujetos a estrés, pudiendo tener secuelas en su bienestar emocional, Como se señala en el artículo titulado “Ansiedad, Estrés y Depresión en Enfermeras de Emergencia en Covid-19”, se identificaron 126 pacientes de dos hospitales públicos de tercer nivel de Lima y Callao mediante la escala DASS-21, los profesionales de enfermería de emergencia obtuvieron resultados que indicaron que 39.1 El % de las enfermeras tenía algún grado de ansiedad, el 24,6 % de las enfermeras tenía algún grado de depresión, el 8,8 % de las enfermeras tenía algún grado de estrés y, de manera más prominente, las mujeres estaban asociadas con las tres condiciones. (Obando, 2020 )

Si bien es cierto la depresión puede ser consecuencia de una atmósfera familiar negativa, por tristeza, desesperanza entre otros, como la muerte de un familiar por el problema de salud actual, en el caso de los trabajadores que están en primera línea, su depresión es por consecuencia del estrés al que se ven enfrentados en su trabajo, el estar en contacto con personas enfermas por la COVID-19 les produce un grado de preocupación por ser contagiados y llevar la enfermedad a sus hogares, además a ello se le debe sumar la tristeza como seres humanos que deben sentir al ver que pacientes y colegas han muerto producto de la enfermedad, provocando en ellos estrés y consecuentemente depresión, ya que todas las personas no reaccionan igual, existen profesionales de la salud emocionalmente fuertes pero otros no.

Como se puede observar en los artículos citados a nivel internacional y nacional, la pandemia ha tenido un efecto negativo en la salud mental de los trabajadores del área de salud, que se encuentran en primera línea, siendo uno de los más relevantes la depresión, además ha evidenciado las vulnerabilidades en nuestro sistema de salud estructurales y preexistentes, como una muestra se aprecia la cantidad de muertes de médicos y

enfermeros, sin contar otras profesiones relacionados a la salud hospitalaria, es importante ahondar en investigaciones asociadas a la salud mental del profesional, para tener una data que sirva como herramienta para desarrollar propuestas en el campo de la psicología, y mejorar la calidad de vida de aquellos que dan la suya por el cuidado de la sociedad.

Para el caso de la presente investigación, se pretende describir la depresión ante la COVID-19 en el personal del Hospital Rezola Cañete Lima, en el segundo semestre del presente año, ya que se ha podido observar que la presión y el estrés son elevados, no existiendo un análisis adecuado del problema.

## **1.2. Pregunta de investigación general**

¿Cuál es el nivel de depresión ante la COVID-19 en el personal del Hospital Rezola Cañete Lima, en el segundo semestre del año 2021?

## **1.3. Preguntas de investigación específicas**

### **P.E.1:**

¿Cuál es el nivel de depresión Somático – Motivacional del personal de Enfermería en primera línea contra la COVID- 19, en el Hospital Rezola Cañete Lima en el segundo semestre del año 2021?

### **P.E.2:**

¿Cuál es el nivel de depresión Cognitivo – Afectiva del personal de Enfermería en primera línea contra la COVID- 19, en el Hospital Rezola Cañete Lima en el segundo semestre del año 2021?

## **1.4. Justificación e importancia**

### **1.4.1. Justificación**

La presente investigación tiene una justificación teórica, ya que se utilizará un modelo teórico para medir la depresión aportando con el



conocimiento científico y contrastar la teoría con la realidad en el caso del personal del Hospital Rezola Cañete Lima.

También tiene una justificación metodológica, porque se utilizará un cuestionario y métodos de investigación, para medir la variable, además de la aplicación del análisis estadístico por medio de tablas de distribución de frecuencias e histogramas.

Finalmente, también tiene una justificación práctica porque los resultados de la investigación servirán como una herramienta para conocer si existe depresión en el personal del Hospital Rezola Cañete Lima.

#### **1.4.2. Importancia**

Una buena salud mental en el personal del Hospital Rezola Cañete Lima, es importante para un mejor desempeño en sus labores diarias, así como para una mejor calidad de vida de los trabajadores.

#### **1.5. Objetivo general**

Describir el nivel de depresión ante la COVID-19 en el personal del Hospital Rezola Cañete Lima, en el segundo semestre del año 2021.

#### **1.6. Objetivos específicos**

##### **O.E.1:**

Describir nivel de depresión Somático – Motivacional del personal de Enfermería en primera línea contra la COVID- 19, en el Hospital Rezola Cañete Lima en el segundo semestre del año 2021.

##### **O.E.2:**

Describir el nivel de depresión Cognitivo – Afectiva del personal de Enfermería en primera línea contra la COVID- 19, en el Hospital Rezola Cañete Lima en el segundo semestre del año 2021.

#### **1.7. Alcances y limitaciones**

##### **1.7.1. Alcances**

**Espacial:** La presente investigación se realizó en Cañete en el Hospital Rezola Cañete Lima.

**Temporal:** La investigación se realizó el segundo semestre del año 2021.

**Conceptual:** El estudio presentará conceptos y teorías sobre la depresión en el personal de enfermería.

### **1.7.2. Limitaciones**

No se tuvo el acceso a la totalidad de la muestra, por el problema de los horarios, disponibilidad y restricciones por las medidas de seguridad ante la COVID- 19, por ello no se pudo aplicar el cuestionario a 13 profesionales de la salud, por tal motivo la cantidad de profesionales encuestados fue de 107.

## II. MARCO TEÓRICO

### 3.1. Antecedentes

Se revisaron fuentes físicas y virtuales en donde se ha podido identificar investigaciones que guardan una relación directa con la variable del presente estudio, siendo los siguientes:

#### 3.1.1. Internacionales

(Matovelle & Guapizaca, 2021) en su trabajo de posgrado titulado Intervención neuropsicológica en ansiedad y depresión en el personal médico a cargo del área de COVID en el Hospital Universitario del Río. Universidad del Azuay, trabajo de investigación para obtener el título de máster en neuropsicología, con una investigación de enfoque cuantitativo de diseño cuasi experimental transversal, de tipo descriptiva, la cual conto con la participación de doce personas, el instrumento empleado fue el Inventario de Depresión de Beck – II (DBI – II). Donde los resultados obtenidos indican que el 100% de personas manifestaron ansiedad muy baja, el 75% presento depresión mínima y el 25% depresión leve; con lo cual los autores llegaron a la conclusión que la intervención neuropsicológica es efectiva en la disminución de la ansiedad y depresión.

(Sanmartín, 2020) en su tesis titulada Efectos psicológicos asociados a la pandemia COVID 19 en el personal de salud y administrativo del hospital Monte Sinaí de la ciudad de Cuenca. Universidad del Azuay, tesis para obtener el título de psicología clínica, con un estudio cuantitativo de tipo correlacional de corte transversal, el cual se aplicó a una muestra de 83 personas, como instrumento se aplicó el test de depresión, ansiedad y estrés, conocido como DASS 21, y una encuesta sociodemográfica vía virtual, en un plazo máximo de 2 semanas, los resultados indican que no existe un valor estadísticamente significativo que demuestre relación entre las variables, o que compruebe la hipótesis planteada, pero en relación a la variable sexo ansiedad no se obtuvo un valor estadísticamente significativo que demuestre la correlación entre estas variables o que se compruebe las

hipótesis planteadas, sin embargo, la variable sexo – ansiedad muestra un resultado estadísticamente significativo.

(Londoño, Velázquez, & Redondo, 2020) en su trabajo titulado Ansiedad y depresión durante la emergencia sanitaria del COVID-19 en personal asistencial activo en instituciones de salud en Santander, Universidad Cooperativa de Colombia, trabajo de investigación para obtener el título profesional en psicología, la investigación es de enfoque cuantitativo, el tamaño de muestra utilizado fue de 75 personas que son parte del personal de salud del departamento de Santander con edades entre 20 años y 50 años de edad, como instrumentos se utilizó el inventario de depresión estado / rasgo IDER, la escala de ansiedad manifestada en adultos AMAS, los resultados generales evidencian que los trabajadores de salud durante la emergencia sanitaria presentaron niveles de ansiedad altos, lo cual indica que los trabajadores presentan pensamientos errados sobre sí mismos, los demás y por el futuro, manifestándose de forma fisiológica mediante el estrés, por otro lado no se manifiesta una predisposición a la depresión alta.

### **3.1.2. Nacionales**

(Zafra, 2021) en su trabajo de pregrado titulado Prevalencia de ansiedad y depresión en internos de ciencias de la salud de la región Lambayeque durante la pandemia por COVID-19, 2020 – 2021, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, trabajo de investigación para obtener el título profesional de médica cirujana, con un estudio transversal analítico, para la investigación participaron 184 internos de las profesiones de enfermería, obstetricia y tecnología médica, para la investigación se utilizó tres encuestas, una para la información socioeconómica – biológica y académico – laboral, otra para la depresión y otra para la ansiedad, como resultado se obtuvo una prevalencia de ansiedad de 79.34%, para la depresión 88.04%, el 46.2% una baja satisfacción con el tiempo de duración del internado, , más del 50% tienen una satisfacción baja – media sobre el equipo de protección brindado, el 93.48% tienen un nivel de preocupación media – alta por contagiarse y el 78.26% tienen un nivel alto de preocupación por contagiar a su familia.

(Valdivia, 2021) en su trabajo de pregrado titulado Depresión, ansiedad e insomnio asociados a exposición al COVID 19 en médicos de los hospitales de la Región Piura, Universidad Cesar Vallejo, con el cual obtuvo el título de médico cirujano, el método del estudio es observacional, transversal y retrospectivo, participaron 170 médicos que laboran en tres hospitales COVID 19, de la Región Piura, el instrumento utilizado son el PHQ 9, GAD 7 e ISI, para sintomatología y severidad; el resultado indica que el 71% presente depresión moderada, el 74% ansiedad leve, el 65% insomnio sub clínico, la investigación concluye que existe relación de síntomas como depresión, ansiedad e insomnio en los médicos.

(Guerrero, 2021 )En su tesis “Ansiedad En Personal Asistencial De Enfermería De La Región Lambayeque, 2020” tienen como labor el cuidado y atención a pacientes están expuestos a diversos estresores psicosociales y estos suponen factores de riesgo para su salud mental, el personal de salud, especialmente quienes imparten su profesión en el ámbito de la enfermería se han visto afectados por múltiples razones las cuales disminuyen el rendimiento óptimo en sus labores y esto se ve reflejado en las diferentes manifestaciones de ansiedad que se suscitan por el horario de trabajo. La presente investigación tuvo como objetivo identificar los niveles de ansiedad de manera general, por edades y por áreas en personal asistencial de enfermería, fue de tipo descriptiva y con un diseño no experimental. Se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el cual constó de 21 afirmaciones con una escala de tipo Likert de 0 a 4 puntos, el rango de puntuación osciló entre 0 y 34 y presentó un alpha de Cronbach de 0,917. Se obtuvo un nivel moderado de ansiedad, de manera general en personal asistencial de enfermería. Además, se observaron niveles graves en cuanto a otras áreas de servicio y, en el rango de Adultez Media, se obtuvieron niveles normales de ansiedad.

(Caceres Valdez & Gutierrez Lima, 2020) que tiene como Objetivo: Determinar el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en pacientes que acuden a la Clínica de la Alegría Madre Coraje en Ventanilla, 2020. Material y método: Esta investigación es de enfoque cuantitativo por sus características en su forma de recolectar los datos y medir la variable. En relación al diseño, es una investigación descriptiva-transversal. La técnica para recolectar datos fue la encuesta y el instrumento de medición la escala DASS-21 de 21 enunciados. Resultados: En cuanto al impacto psicológico en pacientes que acuden a la Clínica de la Alegría Madre Coraje en Ventanilla, predominó el nivel normal con 23% (n=47), seguido del moderado en un 21,6% (n= 44). El impacto psicológico según dimensión depresión, predominó el nivel normal con 27% (n=55), seguido del severo en un 22,5% (n= 46). El impacto psicológico según dimensión ansiedad, predominó el nivel normal con 24% (n= 49), seguido del severo en un 21,6% (n= 44). El impacto psicológico según su dimensión estrés, predominó el nivel leve con 25,5% (n=52), seguido del normal en un 22,1% (n= 45). Conclusiones: En cuanto a la salud mental en pacientes que acuden a la Clínica de la Alegría Madre Coraje en Ventanilla, predominó el nivel normal, seguido de moderado, severo, leve y extremadamente severo.

### **3.1.3. Regionales**

(Silva, 2021) en su trabajo titulado Factores asociados a depresión en enfermeros del hospital emergencias Grau que atienden la emergencia nacional por COVID-19, Lima 2020, Universidad Norbert Wiener, trabajo de investigación para obtener el título de licenciado en enfermería, con una investigación de enfoque cuantitativo de carácter no experimental, descriptivo, relacional de corte transversal, utilizando una recolección de 80 datos para el análisis estadístico, en el análisis general se utilizó el instrumento Nivel de Síntomas de Depresión Severa (PHQ-9), los resultados obtenidos de los 80 enfermeros(as) indican que el 56.3% (45) afirman el síntoma de mínimo, el 22.5% (18) indican el síntoma de moderado y el 21.3% (17) manifiestan el síntoma de depresión leve, la investigación concluye que

los profesionales de la salud, en general, no presentan síntomas de depresión severa.

(Rodríguez, 2018) en su trabajo titulado El síndrome de Bournout como factor de riesgo para el desarrollo de la depresión en internos y residentes de medicina del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz en el año 2017, Universidad Ricardo Palma, trabajo para obtener el título de médico cirujano, con un estudio observacional, analítico, transversal, con un muestreo por conveniencia compuesto por 120 personas, los datos fueron obtenidas por, medio de una encuesta, se utilizó como herramienta la escala de autoevaluación para la depresión de Zung, y la encuesta Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MIB-HSS) versión validada en español, los resultados indican que el 57.5% de los encuestados presento síndrome de Burnout mientras que el 40.8% presento depresión, el autor concluye que el síndrome de Burnout es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión en internos y residentes de medicina, presentando asociación estadísticamente significativa, el sexo femenino y el área quirúrgica mostraron de igual manera significancia estadística.

## **3.2. Bases teóricas**

A continuación de desarrollan los aspectos teóricos relacionados a la variable única.

### **3.2.1. Variable Depresión**

#### **3.2.1.1. Teorías de la Depresión**

##### **A. La teoría de la depresión de Beck**

Según (Beltrán, 2012) esta teoría es considerada una de las representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión, está basada en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el cual se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que la persona percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el presente y el futuro, y con ello se inicia los síntomas depresivos; a partir de ese argumento surge el Inventario de

Depresión de Beck, el cual sirve para detectar si existen síntomas depresivos, y su gravedad en adolescentes y adultos.

El Inventario de Depresión de Beck (DBI) fue desarrollado originalmente por Beck y sus colaboradores en el año 1961, cuenta con más de 500 estudios que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica; el DBI – IA, contempla seis de los nueve criterios de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales “DSM III” que se mide mediante 21 ítems, en una escala de cuatro puntos y cuya suma total se encuentra entre 0 y 63 puntos.

Para la teoría de Beck la depresión se explica por tres conceptos específicos, el primero la triada cognitiva, formada por la visión negativa de sí mismo al interpretar sus experiencias de forma negativa, y la negatividad hacia el futuro, segundo los esquemas cognitivos, los cuales relativamente estables, constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones, pueden haber estado inactivos un periodo largo y haber sido activados en situaciones de ansiedad, en tercer lugar los errores al procesar la información, los cuales se presentan en el paciente enfermo depresivo y que mantienen la creencia en los esquemas cognitivos a pesar de la existencia de evidencia contraria, estos errores son: el catastrofismo, inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva y el pensamiento dicotómico.

Por otro lado, (Rivadeneira, 2013) explica que el modelo de Beck no solo es un sistema explicativo de la depresión y cuadros relacionados, sino que además incluyen u tratamiento fuertemente sistematizado, Beck propone un modelo estructural para explicar el funcionamiento psicológico tanto normal como patológico; postula una existencia de suerte de filtro o plantilla mental, con la cual el paciente abordaría las diferentes situaciones, los cuales serían en última instancia los responsables de la regularidad en las interpretaciones cotidianas.



El esquema central propuesto por Aaron Beck se denomina triada cognitiva, con ella se refiere a una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, el paciente que padece de depresión, aplica un sesgo negativo del futuro, se conoce como desesperanza y se encuentra fuertemente relacionada con el riesgo del suicidio, también subraya aspectos negativos de su entorno incluyendo las personas que lo rodean, el sujeto es pesimista, con la creencia de que el futuro de su vida no cambiará y seguirá padeciendo sufrimientos.

El modelo de Beck es uno de los que mayor influencia tienen a lo que a tratamiento se refiere, tienen una efectividad probada en reiteradas ocasiones, resultando en algunos casos incluso superior a los tratamientos con fármacos, el tratamiento con terapia cognitiva para la depresión contempla un conjunto de aspectos, cuya técnica consiste en un cuestionamiento de tipo socrático, orientado primero a detectar y posteriormente discutir las ideas del paciente, se inicia con los pensamientos automáticos ya que ellos constituyen la arista visible del sistema, es decir que con esfuerzo consciente de autoevaluación el paciente los capta, mientras se lleva a cabo la discusión, el paciente y terapeuta van delineando los significados más frecuentes de los pensamientos automáticos conduciendo naturalmente al trabajo sobre las distorsiones cognitivas, finalizando con las estructuras menos evidentes.

## **B. Modelo cognitivo conductual**

(Padilla, 2011, págs. 251-257) indican que es un modelo que aborda el trastorno de una forma más holística y biopsicosocial, el modelo está conformado por un grupo de intervenciones que se ponen en práctica las cuales son: Triadas cognitivas: son patrones de ideas y actitudes negativas de sí mismo, del mundo y del futuro. Esquemas negativos: son patrones de pensamientos estables y duraderos que representan las generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas. Distorsiones cognitivas: tales como la inferencia

arbitraria, abstracción selectiva, sobre generalización, magnificación, minimización, personalización y pensamiento dicotómico, en resumen, las personas que padecen de este tipo de depresión tienden a responder a su ambiente de manera rígida y negativa, desde una perspectiva lógica pero inadecuada, interpretando experiencias antiguas y nuevas de forma inexacta.

También (Carmelo, Laura, & Nuria, 2010) explica que las experiencias tempranas como la educación, pobreza, abuso emocional, abuso físico, estilo de apego inseguro son capaces de generar esquemas cognitivos que determinan la forma de procesar información, manifestándose sesgos cognitivos produciendo fases de procesamiento, atención, memoria, atribuciones causales interpretación etc., y los intentos de suprimir estos pensamientos repetitivos son estrategias ineficaces.

Según la teoría cognitiva, la persona con depresión malinterpreta toda la información relacionada a su persona, porque tiene una severa distorsión sobre su auto percepción en relación al mundo que lo rodea, encontrando sentimientos de inferioridad, torpeza, disfuncionalidad y cree que su vida no tiene sentido, esta interpretación negativa sobre su mundo y futuro, afecta la totalidad de los elementos vitales de la persona que lo sufre, presentando malestar corporal intenso ya que no encontrará seguridad en nada (Gómez, 2021).

Por otro lado, (Ayuso, 2014) describe que los psicólogos han estudiado en ATM (pensamientos negativos automáticos) que son una peligrosa fuente de emociones perturbadoras, las cuales general una situación de inseguridad y se repiten una y otra vez, los pensamientos negativos automáticos hacen que la persona entre en un círculo negativo vicioso, haciendo pensar que todo irá mal incluyendo sobre cosas en las que no han tenido ninguna responsabilidad.

Así mismo (Camacho, 2003) explica que el individuo que tiene la visión negativa de las experiencias o sobre el mundo que lo rodea,

considera las relaciones en términos de derrota, estas personas sienten que no pueden hacer frente a exigencias de la vida, las pequeñas actividades se transforman en un esfuerzo terrible y ven problemas y obstáculos constantemente. También describe que el individuo que tiene pensamientos negativos sobre el futuro próximo tiende a ver el porvenir como negro, sólo vendrán cosas peores, le cuesta mucho proyectarse con un sentido realista u optimista, en los pacientes depresivos el síntoma principal es la desesperanza por eso el futuro se ve como algo sombrío.

Además, (Hernández, 2012) indica que cuando la persona no alcanza el logro existencial, se sienten frustrado y con desesperanza, caracterizado por la duda y un vacío existencial, manifestado en un estado de aburrimiento, la desesperanza por causa existencial acentúa el riesgo de suicidio, y más en personas con problemas económicas, de salud y sociales.

### **C. Teoría de la depresión por desesperanza**

(Abramson, Metalsky, Alloy, Joiner, & Sandín, 1997) establecen que las personas que tienen estilos inferenciales negativos son propensos a desarrollar depresión, de acuerdo con la Teoría de la Depresión la vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos: la primera es la tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) causan los sucesos negativos; la segunda es la tendencia a inferir que los sucesos negativos conducen a eventos negativos futuros y finalmente el tercero es tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo.

Por otro lado, (López, 2017) argumenta que uno de los elementos sobresalientes en este tipo de depresión corresponde a los sentimientos de desesperanza, entendidos como un sistema de esquemas cognitivos en los cuales existe expectativa negativa sobre el futuro, los sentimientos de desesperanza se caracterizan por la

ausencia del “yo espero”, la desesperanza hace alusión a las tinieblas del alma, enfermedad, separación, exilio, frustración, fracaso; lo contrario a la desesperanza es la esperanza.

También (Erikson, 1978) explica que las personas se ven agobiadas por la desesperanza al descubrir que el tiempo es demasiado corto para buscar nuevos caminos para la integridad del yo; es inevitable algún tipo de desesperanza sobre todo en personas mayores, si esta crisis se quiere superar la integridad debe superar la desesperanza, sin embargo, las personas mayores necesitan desahogarse de sus infortunios, oportunidades, vulnerabilidad y transitoriedad de la condición humana.

#### **D. Nueva teoría sobre la depresión**

(Ramírez, 2018) argumenta que las causas de la depresión basada en la acción de la serotonina y el sistema inmunológico, propone tipos de estrés, como el causado por una infección o el psicológico, que activan receptores de tipo TOLL, causando síntomas generales de la enfermedad que aparecen como una infección, o síntomas característicos de la depresión como disforia y anhedonia.

Según (Pérez, 2019) indican que los estímulos antígenos negativos incitan el eje del hipotálamo hipófisis adrenal generando la cascada neurohormonal de depresión, induciendo sueño, fiebre, fatiga, pérdida de peso, disminución de la libido, estrés psicológico desencadenando en una depresión que puede influir en el sistema inmune.

Igualmente, (Lima, 2001) indica que las situaciones de origen externo o interno, resulta de la activación de una vía neuronal transináptica hasta la médula suprarrenal, y de una vía humoral a través del eje hipotálamo hipófisis suprarrenal HHS, esto eleva la producción de catecolaminas medulares y ocasionan hipersecreción de

glucocorticoides y de citoquinas proinflamatorias, desencadenando depresión y alteraciones en el sistema inmunológico.

### **E. Teoría interpersonal de la depresión**

(Heerlein, 2002, págs. 63-76) indica que la depresión interpersonal proviene de cinco líneas de investigación: acontecimientos vitales, soporte social, epidemiología evolución infanto juvenil, y la experimentación animal.

Por otro lado, (Carrasco, 2017, págs. 181-189 ) indica que el modelo MIP tiene como principio fundamental que eventos de la infancia temprana influyen en la subsecuente psicopatología, este modelo se diferencia de planteamientos psicoanalíticos clásicos que proponían que las vivencias tempranas se excluyen en la historia de vida posterior, el modelo también indica que la enfermedad mental es compleja y usa la conexión entre los actuales eventos de la vida y la aparición de los síntomas depresivos.

### **F. Dimensiones de la variable Depresión**

En la presente investigación se utilizará Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – III) que se mide mediante 21 ítems, en el cual se identifican dos dimensiones: el Somático – Motivacional y Cognitivo – Afectiva.

#### **Dimensión 01: Cognitivo – Afectivo**

Según (Beck, Robert, & Gregory, 2006) Esta dimensión está relacionada con las dificultades en el procesamiento de información, lo cual produce distorsiones en el pensamiento, así como también dificultades de concentración que pueden generar tristeza, irritabilidad, el malestar también se presenta con sentimientos de pesimismo, culpa fracaso e insatisfacción consigo mismo.

Según los coeficientes de regresión estandarizados prominentes, es decir aquellos mayores o iguales a 0.35 fueron para:

- Tristeza.
- Pesimismo.
- Fracaso.
- Pérdida de placer.
- Sentimientos de culpa.
- Sentimientos de castigo.
- Disconformidad con uno mismo.
- Autocrítica.
- Pensamientos o deseos suicidas.
- Llanto.
- Pérdida de interés.
- Desvalorización.
- Cambios de apetito.

Las cargas más importantes en este factor representan síntomas cognitivos y afectivos, dicho factor indica una dimensión Cognitiva – Afectiva de la Depresión Autoinformada.

### **Dimensión 02: Somático – Motivacional**

Según (Beck, Robert, & Gregory, 2006) Esta dimensión está relacionada con la presencia de síntomas como alteraciones y malestares fisiológicos, sobre todo relacionados al sueño y apetito, también caracterizado por una falta de voluntad para el desarrollo de actividades, el deseo de escape a situaciones que generan frustración y malestar en el individuo de manera que esta va reduciendo su actividad.

Los síntomas prominentes del segundo factor fueron para:

- Agitación.
- Indecisión.
- Pérdida de energía.
- Cambio de hábitos de sueño.
- Irritabilidad.
- Dificultad de concentración.
- Cansancio o fatiga.

- Pérdida de interés en el sexo.

Este factor se le dio el nombre de dimensión Somática de Depresión Autoinformada.

**Tabla 1**

*Análisis comparativo de los modelos propuestos.*

*Análisis comparativo de los modelos propuestos.*

Teoría de la depresión por desesperanza.	Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico.	La teoría interpersonal de la depresión.	Modelo cognitivo conductual.	Teoría de la depresión de Beck.
Las personas que tienen estilos inferenciales negativos, son más propensos a desarrollar síntomas depresivos, cuando experimentan sucesos vitales negativos que las personas que no poseen dichos estilos.	Este proceso puede ser iniciado por las interleucinas estimuladas por una infección, así como por algunas vacunas o por un estrés psicológico excesivo que active el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal simultáneamente con la respuesta inmunológica innata, con lo que se provocaría un proceso de inflamación estéril en el sistema nervioso central.	Indica que eventos en la infancia temprana influyen en la subsecuente psicopatología, dicho modelo presume que la etiología de la enfermedad mental es compleja, conectando eventos actuales de la vida y la aparición de síntomas depresivos.	Consiste en la suma de varias experiencias aversivas producidas por computaciones inconscientes complejas diseñadas para abstraer significados comunes de experiencias repetidas.	Esta teoría se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos.

*Nota: Elaboración propia, con información con las teorías propuestas en la presente investigación, el modelo seleccionado para el desarrollo es el de Beck.*

Por otro lado (Benavides, 2017) describe que: La depresión es un trastorno funcional, reversible y recurrente que se manifiesta por cambios estructurales que, si no se tratan, conducen a cambios neurodegenerativos, trastornos hormonales y susceptibilidad a cambios patológicos en el sistema nervioso, que se han descrito sugieren que la depresión es una desregulación cuantitativa del sistema nervioso. la maquinaria homeostática del cerebro, que a su vez es responsable de los cambios físicos que ocurren en la depresión, en la que las actividades más pequeñas, como hablar, caminar, pensar y concentrarse son imposibles, por lo que el paciente deprimido no solo se siente triste, sino también siente náuseas, y esta pretensión de condición física conduce a delirios, preocupación por la salud física y miedo a la enfermedad; esto ilustra que la depresión es un concepto de enfermedad física.

Nueva teoría para la depresión: Equilibrio emocional entre los sistemas nervioso e inmunológico, vía modulación de los ejes serotonina-quinurenina e hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, presentada en un artículo de Ramírez et al (2018) *"Se basan hipótesis sobre la causa de la depresión". sobre el papel de la serotonina y el sistema inmunitario, lo que sugiere que ciertos tipos de estrés distorsionan la relación entre la actividad del sistema inmunitario innato y la actividad del sistema nervioso central. El estrés por infección o estrés psicológico excesivo activa los receptores tipo Toll, como TLR-4, factor de transcripción NF-kB, el inflammasoma NLRP3, así como la interleucina 1 beta (IL-1 $\beta$ ) y la interleucina 6 (IL-6); síntomas de enfermedad, pero también conducen a síntomas característicos de depresión, como inquietud y anhedonia"* (p. 437)

(Carrasco, 2017) describe que la teoría interpersonal de la depresión, describe que esta teoría está basada en ideas emanadas de la escuela de psiquiatría interpersonal, de la teoría del apego y de los roles sociales, el modelo interpersonal (MIP) indica que eventos en la infancia temprana influyen en la subsecuente psicopatología, dicho modelo presume que la etiología de la enfermedad mental es compleja, conectando eventos actuales de la vida y la aparición de síntomas



depresivos, eventos perturbadores precipitan trastornos en individuos vulnerables, y a su vez el ánimo depresivo lleva al retraimiento social, fatiga, pobre concentración y otros eventos negativos.

En el modelo cognitivo conductual, Brewin la depresión se atribuye a grupos complejos de pensamientos negativos sobre uno mismo o el mundo externo que se activan en una variedad de situaciones, incluida la suma de varias experiencias aversivas producidas por cálculos inconscientes complejos diseñados para abstraerse de experiencias repetidas. Significado compartido, corrientes conductuales en la cognición, comprensión e interpretación de los hechos, depende de nuestros planes, que son elementos fundamentales de la personalidad, y cuando se activan, las personas interpretan estos hechos según el lente de estos planes, utilizados para la selección y clasificación de la experiencia. (Carrasco, 2017)

La depresión es un trastorno de la mente que se presenta frecuentemente, que tiene como características la presencia de tristeza, carencia de interés o placer, emociones de culpa, muy poca autoestima, perturbaciones del sueño o del apetito, impresión de cansancio y ausencia de concentración (OMS, 2016)

En cuanto a la décima edición del manual de Clasificación Internacional de Enfermedades elaborado por la Organización Mundial de la Salud, establece que los estados depresivos suelen ser detectados por 02 características esenciales, ya que la primera característica es la falta de interés y disfrute de situaciones previas atractivas o encantadoras, como La segunda característica, al producir una reducción de la energía necesaria para las tareas diarias, se traduce en un alto grado de fatiga ante el mínimo esfuerzo. (Orellana & A, 2015)

Se considera un rasgo dominante en los cuadros depresivos, primero debe tener una duración de al menos dos semanas, y eventualmente puede volverse crónico o recurrente, lo que conducirá a

dificultades en el desempeño laboral y en la capacidad para afrontar la vida cotidiana. Lo peor que puede pasar es el suicidio. Si hablamos de un nivel leve, se puede tratar sin necesidad de medicación, pero si se trata de un nivel moderado o grave, este requiere una atención más individualizada y especializada, donde se debe proporcionar medicación y psicología especializada. (OMS, 2016).

### **3.3. Marco conceptual**

- **Ambiente**

El ambiente es el lugar en el que se desenvuelve los seres vivos, es el entorno en el que los sujetos se desarrollan, junto a los estímulos que lo condicionan (Consuegra, 2010) en términos generales el ambiente son las condiciones físicas, económicas y culturales de un grupo de personas, conformado por factores naturales y artificiales.

- **Burnout**

Es la reacción del cuerpo frente al estrés provocado por el trabajo, se caracteriza por fatiga emocional, sensación de impotencia e incapacidad de logros laborales, es una reacción común en personas que se dedican ayudar a otras personas profesionalmente. (Consuegra, 2010)

- **Cognición**

Pensamientos e imágenes de eventos temporales presentes, pasados o futuros, las cuales el individuo puede ser consiente o no, (Consuegra, 2010) la cognición permite a las personas percibir su entorno, aprender como es y recordarlo con la información obtenida, también a la solución de problemas y la comunicación con otras personas.

- **Conducta**

Forma de comunicación que provoca una respuesta del individuo frente a diversas situaciones (Consuegra, 2010) en ese sentido se podría argumentar que es toda acción que se realiza en un ambiente.

- **Depresión**

Trastorno afectivo conductual que se caracteriza por sentimientos de profunda tristeza, pesimismo y falta de confianza en uno mismo, desinterés entre otros, puede también manifestarse por alteraciones en la alimentación, relaciones sociales y familiares (Ander, 2016) para algunas personas un entorno familiar negativo, una pareja tóxica, pobreza, violencia pueden conducir a que la gente se deprima.

- **Entrevista**

Es una técnica utilizada para la recopilación de información, término utilizado comúnmente en metodología de la investigación científica, por ello según el propósito profesional la entrevista se puede utilizar para obtener información de individuos, facilitar información, ejercer un efecto terapéutico, entre otros (Ander, 2016) para que la entrevista se logre debe existir dos actores, el entrevistados y el entrevistado, de lo contrario no se podría realizar, existen dios tipos de entrevistas, las estructuradas y las no estructuradas o libres.

- **Hospital**

Institución pública o privada destinada a la atención de la salud, en el cual se asiste a personas enfermas desde el punto de vista ético y organizacional, en donde se estudia, vigila y asiste a pacientes con dolencias (Ander, 2016)

- **Percepción**

Mecanismo cognitivo por el cual el individuo aprende los objetos de la realidad por medio de los sentidos, es una función psíquica, organizando e interpretando sus emociones de modo significativo en su mente (Ander, 2016), en tal sentido es un proceso de la persona en la cual al recibir la información de su entorno la almacena en su memoria y luego crea una imagen basada en la realidad.

- **Problema**

Se entiende como la dificultad empírica o teórica que tiene una solución incierta (Ander, 2016), es una incógnita que se plantea para hallar explicaciones a partir de datos conocidos, acompañado de un método sistematizado para obtener la explicación o resultado, es común utilizarlos en el método científico.

- **Psicología**

Disciplina científica que se encarga de estudiar los procesos psíquicos del individuo, acompañada de técnicas, métodos y procedimientos para actuar sobre ellos. (Ander, 2016)

- **Psicología de la salud**

Es un campo de la psicología encargada de estudiar factores psicofisiológicos, conductuales, cognitivos, también se ocupa de estudiar el estado psicológico del individuo antes, durante y después del tratamiento. (Ander, 2016)

- **Síntoma**

Expresión subjetiva descrita por el individuo como síntomas, observados por el interventor (Vera, s.f) en el común es un problema físico o mental que presenta una persona que puede indicar una afección o algún tipo de enfermedad.

- **Variable**

Es un factor descrito de forma literal que se puede cuantificar, adoptando un valor o magnitud (Vera, s.f) como su propio nombre lo indica es un adjetivo que significa que puede variar, que es inestable, en el método científico es muy conocido, existiendo variables dependientes o independientes, las cuales sirven para explicar el fenómeno de estudio por medio de técnicas, como por ejemplo la entrevista.

### III. METODOLOGÍA

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, porque lo que se busca es la descripción de la variable Depresión basado en la medición numérica, así lo afirman (Mendoza, 2018) “Los planteamientos cuantitativos están asociados a un rango amplio de propósitos de investigación tales como explorar y describir fenómenos, variables, hechos etc.” (p. 41)

#### 4.1. Tipo y nivel de investigación

Según su finalidad la presente investigación es básica, que de acuerdo con (Landeau, 2007) *este tipo de Investigación es conocida también como pura o teórica, tiene como finalidad la generación de nuevos conocimientos sin un fin inmediato o específico, es decir crear nuevos conocimientos sin la necesidad de preocuparse de llevar a cabo una aplicación práctica. Está orientada a conocer y busca aportar a la resolución de problemas grandes y con una validez general.*

*Según su nivel de investigación, corresponde al nivel descriptivo el cual “Busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o Población. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)*

Basado en el control de la variable es de tipo no experimental, (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) “Son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de las variables y en los que solo se observa los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos” (p. 152)

#### 4.2. Diseño de investigación

El diseño es descriptivo simple porque no se manipulará la variable, solo se recopilará la información. Según (Mego, 2017) *en este diseño el investigador busca y recoge data directamente para la toma de decisiones.*

### 4.3. Población – Muestra

#### 4.3.1. Población

La población está conformada por un conjunto de elementos compuesto por personas, organizaciones, comunidades, datos etc., según (Chávez, 2007) la población es el universo de estudio de la investigación, sobre la cual se pretende generalizar resultados, constituida por características que le permiten distinguir los sujetos, unos de otros. La población estará conformada por 200 enfermeras de primera línea ante la COVID-19, que trabajan Hospital Rezola Cañete Lima, 2021.

#### 4.3.2. Muestra

Según Hernández et al (2014) la muestra es un sub conjunto del universo o población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de esta. Según la ecuación de población finita la muestra quedara conformada por 120 personas entre personal de salud conformado por licenciados en enfermería y técnicos en enfermería del Hospital Rezola Cañete.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + Z^2 p \cdot q}$$

**Donde:**

N: (Población) = 200

p: proporción estimada. 50% = 0.5

q: (1 – p) = 0.5

Z: Nivel de confianza (95%) = 1.96

e: error máximo admisible. 5.7% = 0.057

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5(0.5) * 200}{0.057^2 * (200-1) * + (1.96)^2 * 0.5(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) * 0.25 * 200}{0.003249 * (199) + (3.8416) * 0.25}$$

$$n = \frac{192.08}{0.646551 + 0.9604}$$

$$n = \frac{192.08}{1.606952}$$

$$n = 120 -13(\text{no participan}) = 107$$

NOTA\* Solo personal Enfermería que se tomará la encuesta son 107 personal enfermero. (participan)

#### **4.3.3. Muestreo**

El muestreo a trabajar es el probabilístico de tipo aleatorio simple.

#### **4.4. Identificación de la variable**

Como indica (Benavides, 2017) es su *artículo Epression, Evolution Of The Concept From Melancholy To Depression As Physical Illness* describe que: La depresión es un trastorno funcional, reversible y recurrente que se manifiesta por cambios estructurales que, si no se tratan, conducen a cambios neurodegenerativos, trastornos hormonales y susceptibilidad a cambios patológicos en el sistema nervioso, que se han descrito sugieren que la depresión es una desregulación cuantitativa del sistema nervioso. la maquinaria homeostática del cerebro, que a su vez es responsable de los cambios físicos que ocurren en la depresión, en la que las actividades más pequeñas, como hablar, caminar, pensar y concentrarse, son imposibles, por lo que la persona deprimida no solo se siente triste, sino también siente náuseas, y esta pretensión de estado físico conduce a delirios, preocupación por la salud física y miedo a la enfermedad; esto ilustra que la depresión es un concepto de enfermedad física.

#### 4.5. Operacionalización de la variable

**Tabla 2**

*Operacionalización de la variable.*

Variable	Definición Conceptual.	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición.
Depresión	La depresión es un declive en el estado de ánimo, en el cual el individuo distorsiona sus pensamientos respecto a sí mismo, al mundo que lo rodea y respecto al futuro, poniendo en riesgo su salud mental. (Beck, 1983)	Para conocer la depresión en el objeto de estudio se utilizará el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – III) que se mide mediante 21 ítems, en el cual se identifican dos dimensiones: el Somático – Motivacional y Cognitivo – Afectiva. Beck, Robert y Gregory (2006)	D 1: Somático – Motivacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitación.</li> <li>• Indecisión.</li> <li>• Pérdida de energía.</li> <li>• Cambio de hábitos de sueño.</li> <li>• Irritabilidad.</li> <li>• Dificultad de concentración.</li> <li>• Cansancio o fatiga.</li> <li>• Pérdida de interés en el sexo.</li> </ul>	Ordinal.  De 0 a 3.
			D 2: Cognitivo Afectiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza.</li> <li>• Pesimismo.</li> <li>• Fracaso.</li> <li>• Pérdida de placer.</li> <li>• Sentimientos de culpa.</li> <li>• Sentimientos de castigo.</li> <li>• Disconformidad con uno mismo.</li> <li>• Autocrítica.</li> <li>• Pensamientos o deseos suicidas.</li> <li>• Llanto.</li> <li>• Pérdida de interés.</li> <li>• Desvalorización.</li> <li>• Cambios de apetito.</li> </ul>	

*Nota:* Elaboración propia, basado en el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Robert, y Gregory, 2006).



## **4.6. Recolección de datos**

### **4.6.1. Técnica**

Como técnica se utilizará la encuesta, según Casas et al (2003) define a la encuesta como una técnica que utiliza procedimientos estandarizados, mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra, del que se puede explorar, describir, predecir y explicar sus características.

### **4.6.2. Instrumento**

Como instrumento se utilizará el Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple.

#### **Ficha técnica del instrumento.**

Nombre del instrumento:	Inventario de Depresión de Beck (BDI II)
Autor:	Aaron T. Beck (1983)
Adaptado:	Lic. María Elena Brenlla
Objetivo del estudio:	Describir el nivel de depresión ante la COVID-19 en el personal del Hospital Rezola Cañete Lima, en el segundo semestre del año 2021.
Procedencia:	Estados Unidos.
Administración:	Individual / Físico
Duración:	10 y 15 minutos
Muestra:	120 enfermeras del Hospital Rezola Cañete Lima (107 personal)
Dimensiones:	D 1: Somático – Motivacional. D 2: Cognitivo _ Afectiva.
Escala valorativa:	Puntajes de 0 a 3 por pregunta.

#### **4.7. Técnica de análisis e interpretación de datos**

Para el procesamiento de datos se utilizarán tablas de distribución de frecuencias e histogramas, para analizar las frecuencias absolutas, las frecuencias relativas y las frecuencias porcentuales, por cada pregunta y dimensión.

## IV. RESULTADOS

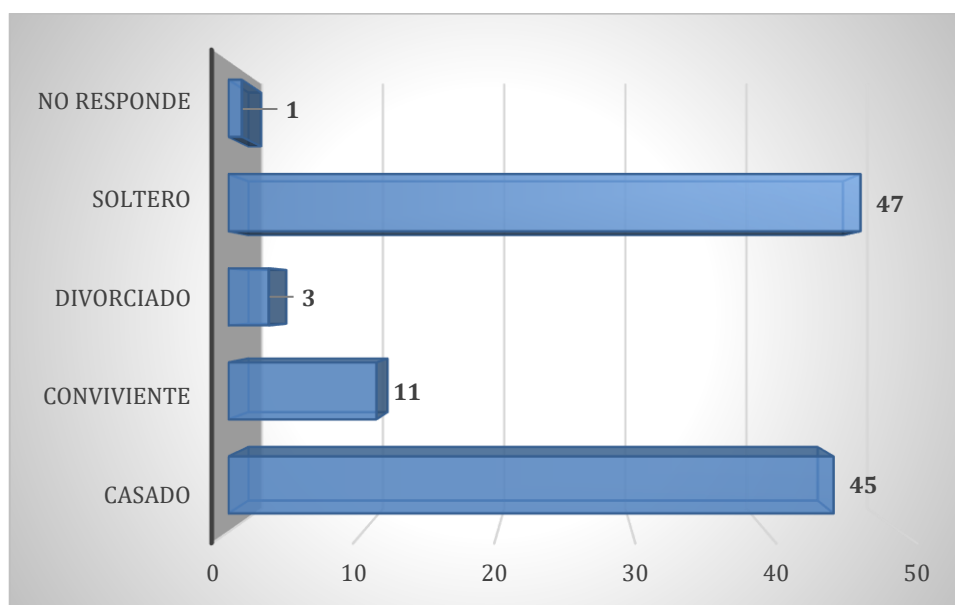
### 5.1. Presentación de resultados

**Tabla 3:** Estado civil de los encuestados.

Estado civil	Fi	%
Casado	45	42.1
Conviviente	11	10.3
Divorciado	3	2.8
Soltero	47	43.9
No responde	1	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100.0</b>

Elaboración propia.

**Figura 1:** Estado civil de los encuestados.



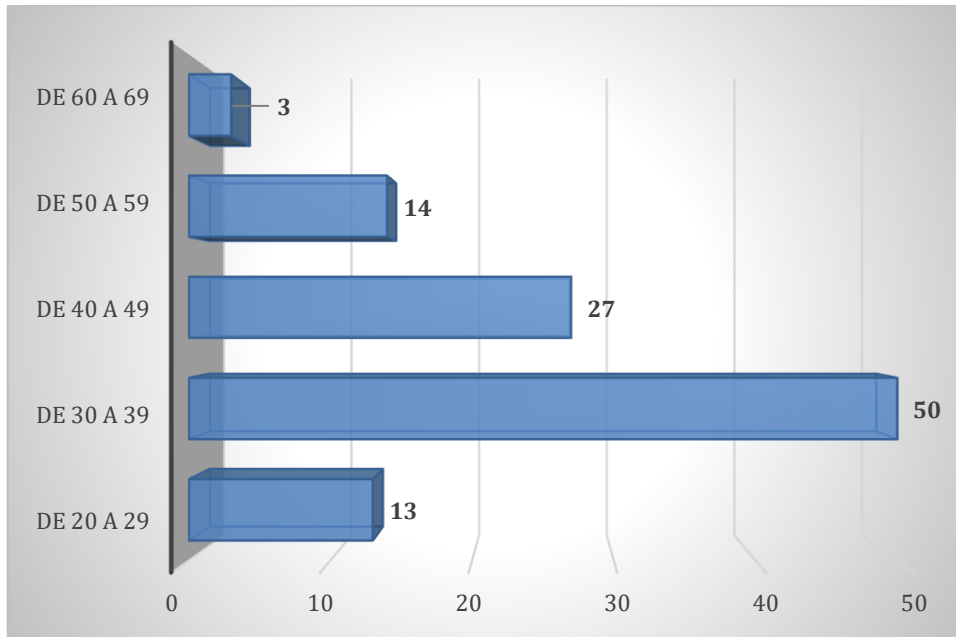
Elaboración propia.

**Tabla 4:** Edad de los encuestados.

<b>Edad</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
De 20 a 29	13	12.1
De 30 a 39	50	46.7
De 40 a 49	27	25.2
De 50 a 59	14	13.1
De 60 a 69	3	2.8
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100.0</b>

Elaboración propia.

**Figura 2:** Edad de los encuestados.



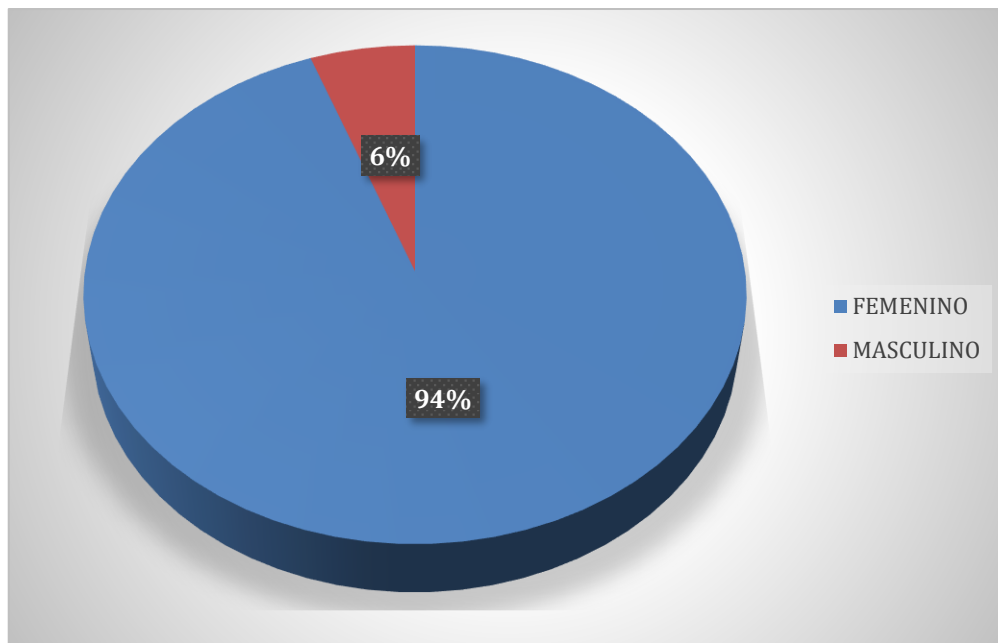
Elaboración propia.

**Tabla 5:** Sexo de los encuestados.

Sexo	Fi	%
FEMENINO	101	94.4
MASCULINO	6	5.6
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100.0</b>

Elaboración propia.

**Figura 3:** Sexo de los encuestados.



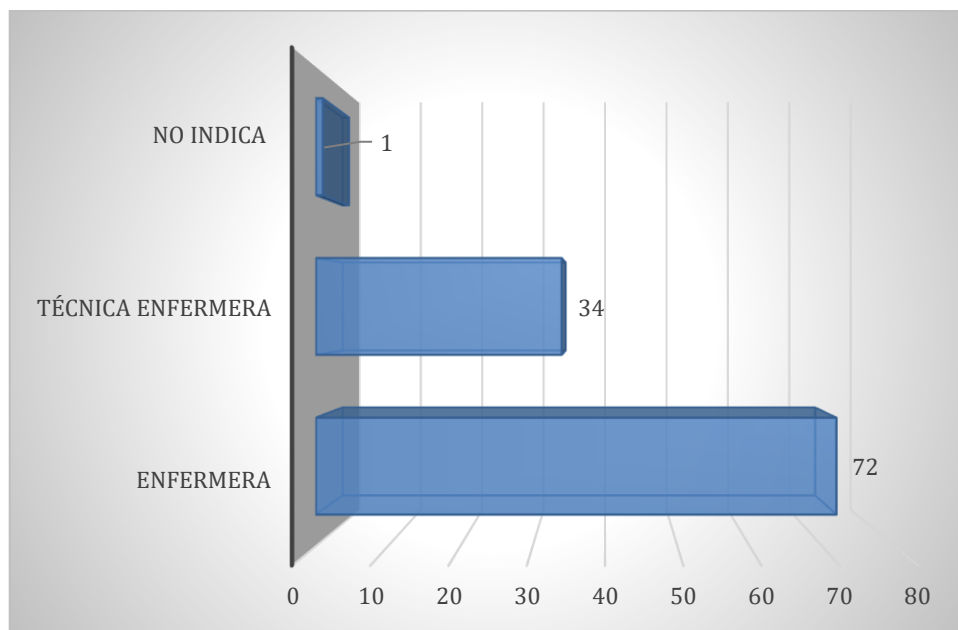
Elaboración propia.

**Tabla 6:** Ocupación de los encuestados.

Ocupación	Fi	%
Enfermera	72	67.3
Técnica enfermera	34	31.8
No indica	1	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100.0</b>

Elaboración propia.

**Figura 4:** Ocupación de los encuestados.



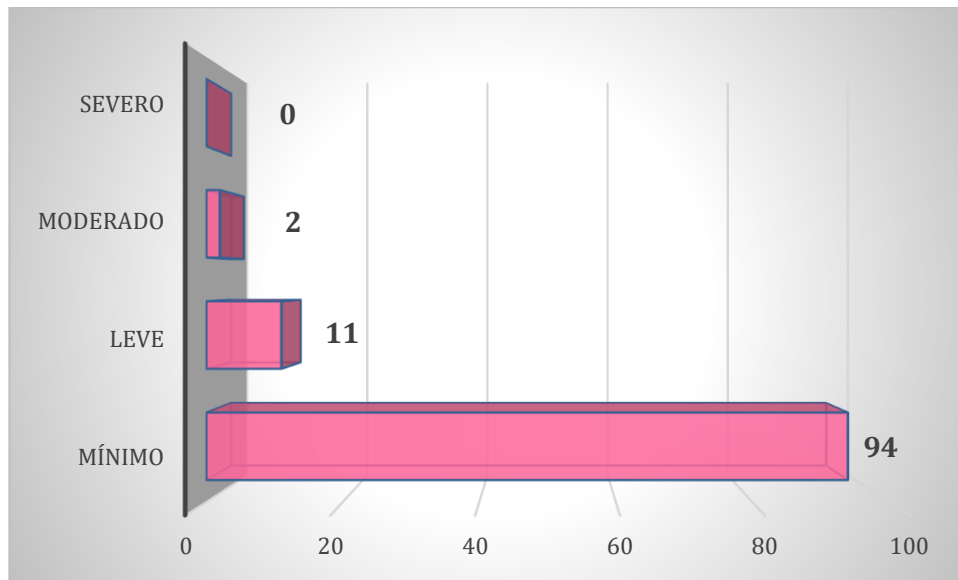
Elaboración propia.

**Tabla 7:** Resultados del nivel de Depresión Somático – Motivacional.

<b>Categoría</b>	<b>Rango</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mínimo	[0 - 5]	94	87.9
Leve	[6 - 11]	11	10.3
Moderado	[12 - 17]	2	1.9
Severo	[18 – 24]	0	0.0
<b>TOTAL</b>		<b>107</b>	<b>100.0</b>

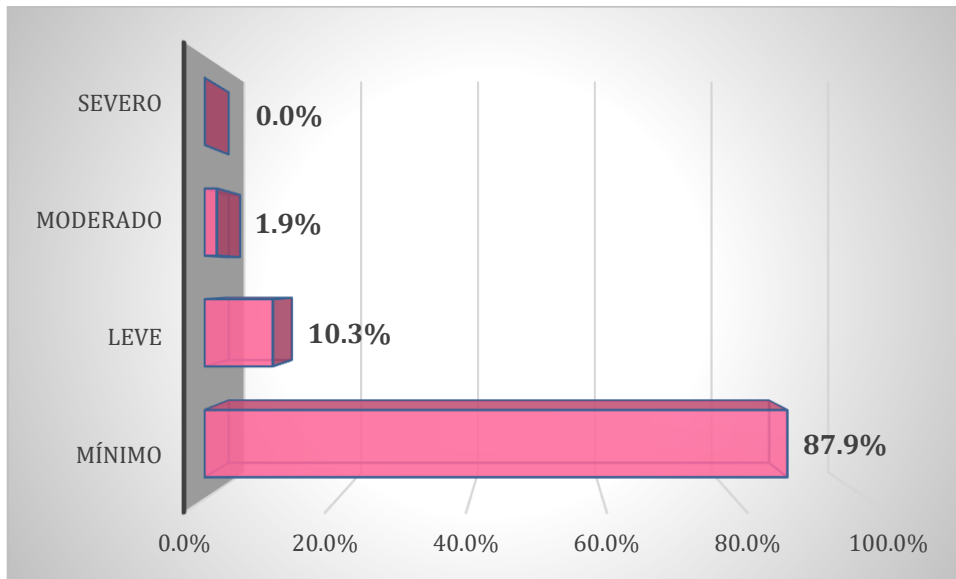
Elaboración propia.

**Figura 5:** Categorías y frecuencias del nivel de Depresión Somático – Motivacional.



Elaboración propia.

**Figura 6:** Categorías y porcentajes del nivel de Depresión Somático – Motivacional.



Elaboración propia.

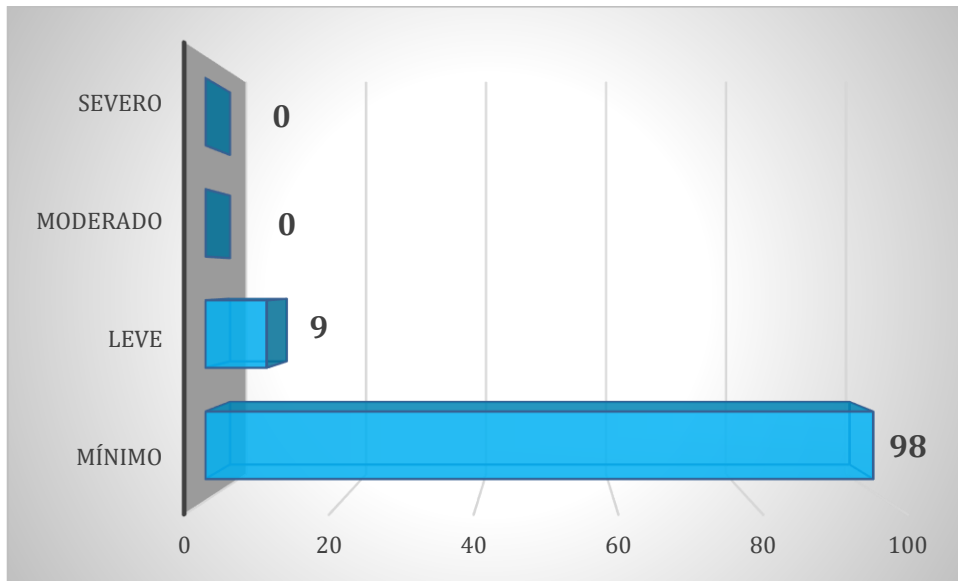
**Tabla 8:** Resultados del nivel de Depresión Cognitivo - Afectivo.

<b>Categoría</b>	<b>Rango</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mínimo	[0 - 10]	98	91.6
Leve	[11 - 20]	9	8.4
Moderado	[21 - 30]	0	0.0
Severo	[31 – 39]	0	0.0
<b>TOTAL</b>		<b>107</b>	<b>100.0</b>

Elaboración propia.

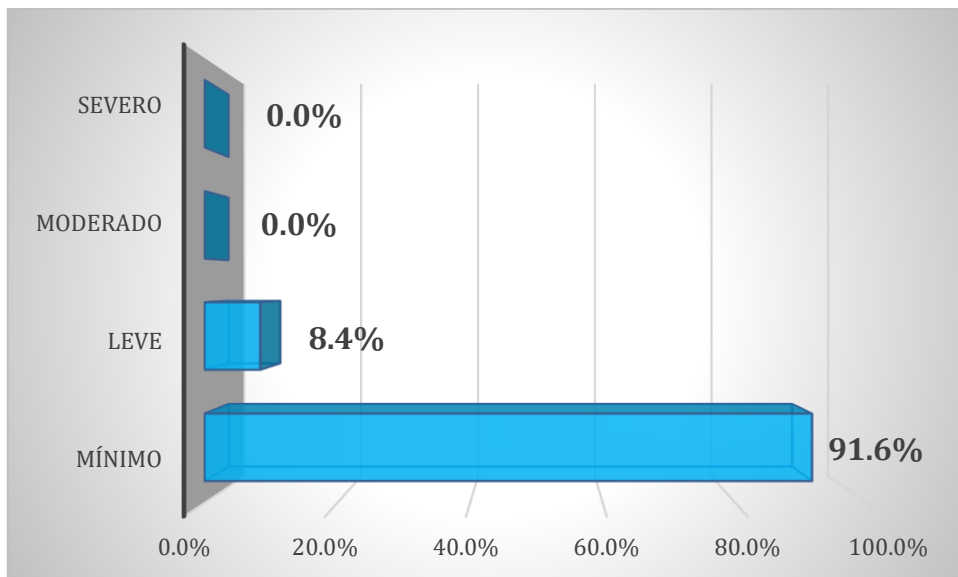


**Figura 7:** Categorías y frecuencias del nivel de Depresión Cognitivo – Afectivo.



Elaboración propia.

**Figura 8:** Categorías y porcentajes del nivel de Depresión Cognitivo – Afectivo.



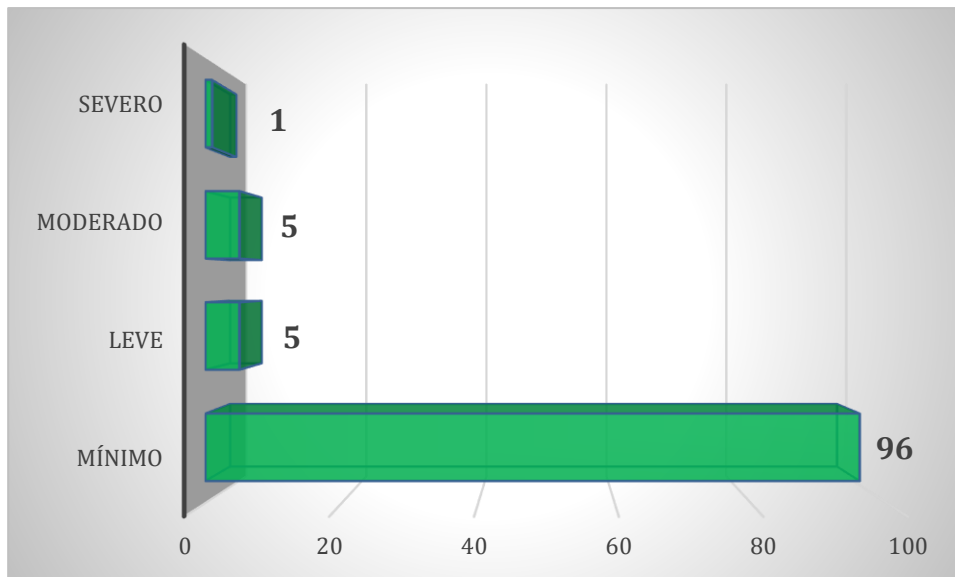
Elaboración propia.

**Tabla 9:** Resultados del nivel de depresión en el personal de enfermería del Hospital Rezola Cañete Lima.

<b>Categoría</b>	<b>Rango</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
Mínimo	[0 - 13]	96	89.7
Leve	[14 - 19]	5	4.7
Moderado	[20 - 28]	5	4.7
Severo	[29 – 63]	1	0.9
<b>TOTAL</b>		<b>107</b>	<b>100.0</b>

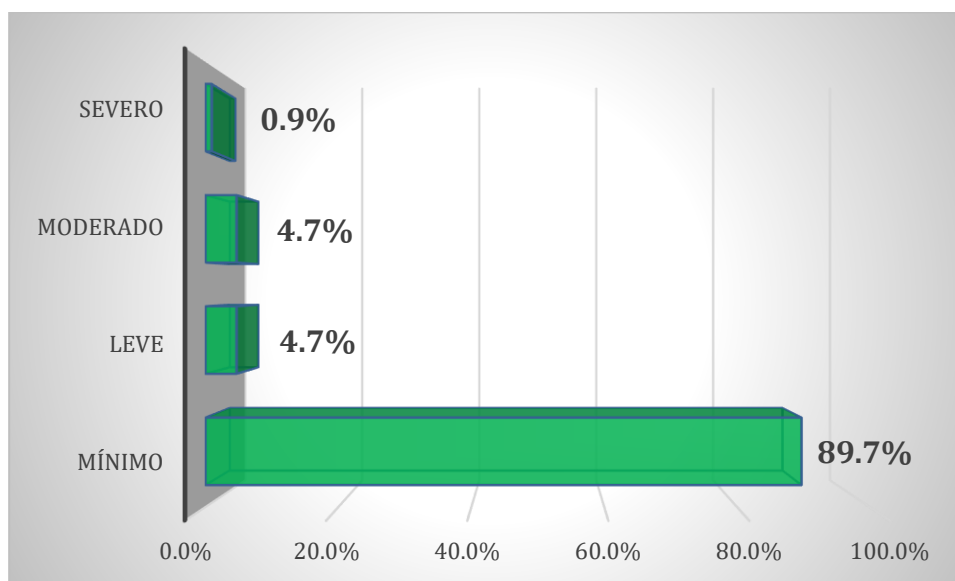
Elaboración propia.

**Figura 9:** Categorías y frecuencias del nivel de Depresión.



Elaboración propia.

**Figura 10:** Categorías y porcentajes del nivel de Depresión.



Elaboración propia.

## 5.2. Interpretación de los resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento de recolección de datos y expresados en la estadística descriptiva.

1. En la tabla número 3 y figura número 1 se interpreta que, del total de encuestados 45 son casados (42.1%), 11 son convivientes (10.3%), 3 son divorciados (2.8%) y solo un encuestado no responde (0.9%).
2. En la tabla número 4 y figura número 2 se interpreta que, del total de trabajadores del hospital 13 de ellos (12.1%) sus edades oscilan entre 20 y 29 años de edad, 50 de los encuestados (46.7%) sus edades oscilan entre los 30 y 39 años de edad, 27 trabajadores (25.2%) sus edades oscilan entre los 40 a 49 años de edad, 14 encuestados (13.1%) sus edades oscilan entre los 50 q 59 años de edad y solo 3 trabajadores (2.8%) sus edades oscilan entre los 60 a 69 años de edad.
3. En la tabla número 5 y figura número 3 se interpreta, que del total de trabajadores del área de enfermería 101 de ellos (94.4%) son de sexo femenino y 6 de los trabajadores (5.6%) son del sexo masculino.

4. En la tabla número 6 y figura número 4, se interpreta que 72 encuestados (67.3%) indicaron que son enfermeras, 34 encuestados (31.8%) indicaron que son técnicos en enfermería y uno de los encuestados (0.9%) no indica.
5. En la tabla número 8 y figuras número 5 y 6, se observa que 94 encuestados (87.9%) tienen un nivel de Depresión Somático – Motivacional mínima, 11 encuestados (10.3%) tienen un nivel de Depresión Somático – Motivacional leve, 2 encuestados (1.9%) tienen un nivel de Depresión Somático – Motivacional moderado y ningún encuestado tiene un nivel de Depresión Somático – Motivacional severo.
6. En la tabla número 10 y figuras número 7 y 8, se observa que 98 encuestados (91.6%) tienen un nivel de Depresión Cognitivo – Afectivo mínima, 9 encuestados (8.4%) tienen un nivel de Depresión Cognitivo – Afectivo leve y ningún encuestado tiene un nivel de Depresión Cognitivo – Afectivo moderado ni severo.
7. En la tabla número 12 y figuras número 9 y 10 se interpreta que, de los 107 encuestados, 96 trabajadores (89.7%) tienen depresión mínima, 5 trabajadores (4.7%) tienen depresión leve, 5 trabajadores (4.7%) tienen depresión moderada y finalmente un solo trabajador (0.9%) tiene depresión severa.

## **V. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **6.1. Análisis descriptivo de los resultados**

La comparación de resultados obtenidos se determina mediante el análisis de los resultados obtenidos con los resultados de los antecedentes y contrastándolo con el marco teórico.

El presente trabajo se encuentra dentro del segundo nivel de investigación y su diseño corresponde a un diseño no experimental según sus variables, de acuerdo al nivel de diseño corresponde a un diseño descriptivo simple; siendo una investigación descriptiva no requiere de una formulación de hipótesis.

### **6.2. Comparación de los resultados con el marco teórico**

En la presente investigación se describió el nivel de Depresión el cual del 100% de encuestados, el 89.7% tienen depresión mínima, el 4.7% tienen depresión leve, el 4.7% tienen depresión moderada y finalmente solo el 0.9% tiene depresión severa.

Estos resultados son similares a las investigaciones internacionales de Guapizaca F. & Matovelle R. (2021) refiere en su investigación que del 100% de personas manifestaron ansiedad muy baja, el 75% presentaron depresión mínima y el 25% depresión leve; con lo cual los autores llegaron a la conclusión que la intervención neuropsicológica es efectiva en la disminución de la ansiedad y depresión; ante ello la teoría de relacionada a la depresión descrita por Beltrán et al (2012) indica que en la depresión se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que la persona percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el presente y el futuro, y con ello se inicia los síntomas depresivos, igualmente Rivadeneira et al (2013) toma como referencia la teoría de Aaron Beck, el cual el paciente que padece de depresión, aplica un sesgo negativo del futuro, se conoce como desesperanza y se encuentra fuertemente relacionada con el riesgo del suicidio.

Por otro lado, a nivel nacional (Caceres Valdez & Gutierrez Lima, 2020) que tiene como Objetivo: Determinar el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en pacientes que acuden a la Clínica de la Alegría Madre Coraje en Ventanilla, 2020. Material y método: Esta investigación que tiene como resultados: el nivel normal con 23% (n=47), seguido del moderado en un 21,6% (n= 44). El impacto psicológico según dimensión depresión, predominó el nivel normal con 27% (n=55), seguido del severo en un 22,5% (n= 46). El impacto psicológico según dimensión ansiedad, predominó el nivel normal con 24% (n= 49), seguido del severo en un 21,6% (n= 44). El impacto psicológico según su dimensión estrés, predominó el nivel leve con 25,5% (n=52), seguido del normal en un 22,1% (n= 45). Conclusiones: En cuanto a la salud mental en pacientes que acuden a la Clínica de la Alegría Madre Coraje en Ventanilla, predominó el nivel normal, seguido de moderado, severo, leve y extremadamente severo.

En el caso de los trabajos desarrollados a nivel regional, los obtenidos por Silva C. (2021) sobre la depresión en enfermeros del hospital emergencias Grau por COVID-19, los resultados obtenidos de los 80 enfermeros(as) indican que el 56.3% afirman el síntoma de mínimo, el 22.5% indican el síntoma de moderado y el 21.3% manifiestan el síntoma de depresión leve, estos resultados se contraponen con los obtenidos en la presente investigación en el cual del 100% de encuestados, el 89.7% tienen depresión mínima, el 4.7% tienen depresión leve, el 4.7% tienen depresión moderada y finalmente solo el 0.9% tiene depresión severa, ante ello Erikson (1987) explica que las personas se ven agobiadas por la desesperanza al descubrir que el tiempo es demasiado corto para buscar nuevos caminos para la integridad del yo; es inevitable algún tipo de desesperanza sobre todo en personas mayores, si esta crisis se quiere superar la integridad debe superar la desesperanza, sin embargo, las personas mayores necesitan desahogarse de sus infortunios, oportunidades, vulnerabilidad y transitoriedad de la condición humana;

## VI. CONCLUSIONES

**PRIMERA** Se ha logrado describir que el 87.9% de encuestados tienen un nivel de Depresión Somático – Motivacional mínima, 10.3% tienen un nivel de Depresión Somático – Motivacional leve, 1.9% tienen un nivel de Depresión Somático – Motivacional moderado y ningún encuestado tiene un nivel de Depresión Somático – Motivacional severo.

**SEGUNDA** Se ha logrado describir que el 91.6% de encuestados tienen un nivel de Depresión Cognitivo – Afectivo mínima, 8.4% tienen un nivel de Depresión Cognitivo – Afectivo leve y ningún encuestado tiene un nivel de Depresión Cognitivo – Afectivo moderado ni severo.

**TERCERA** Se ha logrado describir que del 100% de trabajadores de la salud compuesto por profesionales en enfermería y técnicas en enfermería del Hospital Rezola Cañete Lima, el 89.7% tienen depresión mínima, el 4.7% tienen depresión leve, 4.7% tienen depresión moderada y finalmente un solo el 0.9% tiene depresión severa.

## VII. RECOMENDACIONES

- Se recomiendan para fomentar la salud mental estrategias globales de autocuidado para disminuir los efectos negativos en la salud mental, que se debe considerar una parte importante del bienestar y la salud en general.
- Se recomienda Apoyar las necesidades diarias básicas de los profesionales sanitarios fomentando un estilo de vida saludable y el autocuidado, con una alimentación balanceada con requerimientos adecuados de antioxidantes como frutas y hortalizas, descansar y hacer pausas durante el trabajo o entre turnos, hacer ejercicio domiciliario a pesar del distanciamiento social, evitar el exceso de redes sociales.
- Se recomienda el, incluir el uso de técnicas como la relajación muscular progresiva o la meditación, para evitar pensamientos negativos, además, evitar el consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y demás drogas.
- Se recomienda Fortalecer y mantener la resiliencia personal permite al trabajador de salud gestionar sus experiencias negativas y la discriminación por su entorno, para detener los ciclos negativos de pensamientos, controlar los factores estresantes, gestionar adecuadamente el tiempo, técnicas de autoayuda con terapias en línea, terapias de conversación, grupos de apoyo o psicoterapia e intervenciones organizacionales.



## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, Metalsky, Alloy, Joiner, & Sandín. (5 de julio de 1997). *Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes*. Obtenido de Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica, 2(3), 211–222.:  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3845>
- Ander. (5 de julio de 2016). *Diccionario de psicología, - 3a ed.* Obtenido de Córdoba: Brujas, 2016. Libro digital, PDF. ISBN 978-987-591-758-3. :  
<http://104.207.147.154:8080/bitstream/54000/1214/1/Ander-Psicolog%C3%ADa%203ra%20ed.pdf>
- Apaza. (5 de junio de 2021). *Nivel de ansiedad, estrés y depresión en personal de la Microred San Martín de Socabaya en tiempos de COVID-19, Arequipa 2020, Universidad Privada Autónoma del Sur*. Obtenido de  
<http://repositorio.upads.edu.pe/xmlui/handle/UPADS/213>
- Ayuso. (6 de julio de 2014). *Los 10 pensamientos negativos más comunes y cómo debes neutralizarlos. Alma, corazón y vida.* . Obtenido de  
[https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2014-09-04/los-10-pensamientos-negativos-mas-comunes-y-como-debes-neutralizarlos\\_174635/](https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2014-09-04/los-10-pensamientos-negativos-mas-comunes-y-como-debes-neutralizarlos_174635/)
- Beck, A., Robert, S., & Gregory, B. (2006). *Beck, A., Robert, S. y Gregory, B. (2006). Inventario de Depresión de Beck*. Argentina, Buenos Aire: GrAfica MPS.
- Beltrán, F. y. (5 de julio de 2012). *El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente.* . Obtenido de Terapia Psicológica. Chile. Ter Psicol vol.30 no.1 Santiago abr. 2012: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-4808201200010000>
- Benavides. (6 de julio de 2017). *Epression, Evolution Of The Concept From Melancholy To Depression As Physical Illness. Pontificia Universidad Católica del Ecuador,* . Obtenido de Facultad de Psicología, Quito, Ecuador. :  
<https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>
- Caceres Valdez, I., & Gutierrez Lima, M. (3 de julio de 2020). *Impacto psicológico de la pandemia de Covid-19 en pacientes que acuden a la Clínica de la Alegría Madre Coraje en Ventanilla, 2020*. Obtenido de  
<https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/532>
- Camacho. (6 de julio de 2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva.* . Obtenido de ACADEMIA.: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56599800/archivo23-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1627621770&Signature=Fxue0KRyA8ZE2DeutCwu3dkJwb4DEs1pEjxeDs9GeAaS4BO42DagbZ5ZKTkfvOWqPSXs0EaJC3IDNZZ~hAhxavBO4>
- Carmelo, Laura, G., & Nuria. (5 de julio de 2010). *Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. Behavioral Psychology* . Obtenido de Psicología Conductual, Vol. 18, Nº 1, 2010, pp. 139-165 : <https://www.behavioralpsycho.com/>

- Carrasco. (6 de julio de 2017). *Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado*. . Obtenido de Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology (IJP), Vol., 51, No. 2: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28454546004>
- Chávez, N. (2007). *Introducción a la Investigación Educativa* . Maracaibo: Tercera ed La Columna .
- Consuegra. (6 de julio de 2010). *Diccionario de psicología*. Obtenido de Bogotá: Ecoe Ediciones, 2010.: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38726988/Diccionario\\_de\\_Psicologia-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1625887436&Signature=JvfwMDBEqcHC9WBh0a8Li2XEXS4ZyX7JXVzITi7QOeEA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38726988/Diccionario_de_Psicologia-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1625887436&Signature=JvfwMDBEqcHC9WBh0a8Li2XEXS4ZyX7JXVzITi7QOeEA)
- Dosil, O. R. (24 de julio de 2020). *Revista de psiquiatría y salud mental (Barcelona)*. Obtenido de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2173505021000224?token=DAF07EA5F9CCB3B2A58519FBD3A333D7D0752CCBBD275A318D3E66F2A8B79E6E2>
- Erikson, H. (1978). *La Adultez*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Galindo, R. C. (5 de julio de 2020). *Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general*. . Obtenido de [https://www.gacetamedicademexico.com/frame\\_eng.php?id=442](https://www.gacetamedicademexico.com/frame_eng.php?id=442)
- Gómez. (6 de julio de 2021). *Tríada cognitiva de Beck: el modelo teórico más famoso sobre la depresión*. . Obtenido de Revistadigital INESEM. : <https://revistadigital.inesem.es/educacion-sociedad/triada-cognitiva-de-beck/>
- Guerrero, M. E. (6 de mayo de 2021 ). *“Ansiedad En Personal Asistencial De Enfermería De La Región Lambayeque, 2020”* . Obtenido de [https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/3480/1/TL\\_BacaGuerreroMaritha.pdf](https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/3480/1/TL_BacaGuerreroMaritha.pdf)
- Heerlein. (4 de noviembre de 2002). *Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor*. . Obtenido de Revista Chilena de Neuro – Psiquiatría. 40(Supl. 1), : <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500005>
- Hernández, Fernández, & Baptista. (2014). *Metodología de la Investigación*. . México.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Obtenido de ISBN: 978-1-4562-2396-0. México.
- Hernández, G. y. (6 de julio de 2012). *La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes, análisis desde el modelo de Beck. Enseñanza e Investigación en Psicología*, . Obtenido de vol. 17, núm.2, pp. 313-327. : <https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015>
- Huarcaya. (5 de marzo de 2020). *Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19*. Obtenido de Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Landeau. (7 de julio de 2007). *Elaboración de trabajos de investigación*. . Obtenido de Editorial Alfa. Venezuela.: [books.google.com.ec/books?id=M\\_N1CzTB2D4C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=M_N1CzTB2D4C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false)

- Lima. (6 de enero de 2001). *Modificaciones del sistema inmunológico en la depresión*. . Obtenido de Laboratorio de Neuroquímica del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas y Servicio de Psiquiatría del Hospital Vargas de Caracas. : <https://zoepost.com/wp-content/uploads/modif>
- Londoño, Velázquez, & Redondo. (8 de marzo de 2020). *Ansiedad y depresión durante la emergencia sanitaria del COVID-19 en personal asistencial activo en instituciones de salud en Santander*. Obtenido de Universidad Cooperativa de Colombia,: <http://hdl.handle.net/20.500.12494/28301>
- López, E. y. (6 de julio de 2017). *Desesperanza y vulnerabilidad en el adulto mayor*. *Revista Reflexiones y Saberes*, 4(7), 34-52. . Obtenido de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaRyS/article/view/861/1379>
- Lozano. (7 de agosto de 2020). *Revista de Neuro-Psiquiatría Rev Neuropsiquiatr* . Obtenido de vol.83 no.1 Lima ene. 2020 : <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972020000100051](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051)
- Matovelle, & Guapizaca. (8 de julio de 2021). *Intervención neuropsicológica en ansiedad y depresión en personal médico a cargo del área Covid en el Hospital Universitario del Río*. Obtenido de Universidad del Azuay. Cuenca – Ecuador.: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/10718>
- Mego. (6 de julio de 2017). *Los Diseños Descriptivos*. Obtenido de <http://expresioncorporalinicial.blogspot.com/2017/09/los-disenos-descriptivos.html>
- Mendoza, H. y. (5 de julio de 2018). *Metodología de la investigación, las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V. México df: ISBN: 978-1-4562-6096-5. .
- Obando, A. A. (6 de julio de 2020 ). *INDEX de Enfermería, Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19*. . Obtenido de INDEX de Enfermería, Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. (V. 29 N. 4): <http://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e13056>
- OMS. (4 de julio de 2016). OMS. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Orellana, C., & A, G. (6 de julio de 2015). *Evaluación de Síntomas de Depresión, Ansiedad, Estrés: Estructura y Dimensionalidad de la Escala DASS-21*. Obtenido de <http://dspace.ugal.cl:8888/psicologia/68985.pdf>
- Padilla, P. y. (2 de julio de 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*. Obtenido de Duazary, vol. 8, núm. : . <https://www.redal>
- Pérez, M. G. (6 de julio de 2019). *La Psiconeuroendocrinoinmunología: reclamo de una visión integral en los estudios médicos*. . Obtenido de EduMeCentro. 11(3):254-26. ISSN 2077-2874. : <https://www.medigraphic.com/pdfs/edumecentro/ed-2019/ed193t.pdf>
- Perú, C. d. (5 de marzo de 2021). *Colegio de Enfermeros del Perú* . Obtenido de <https://www.cep.org.pe/cep-rinde-homenaje-a-enfermeras-os-fallecidos-por-covid-19/>

- Perú, C. M. (6 de marzo de 2021). *Colegio Médico del Perú* . Obtenido de <https://www.cmp.org.pe/diez-medicos-fallecieron-durante-los-primeros-dias-del-2021/>
- Ramírez, P. G. (5 de julio de 2018). *Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina - quinurenina y el eje hipotálamo – hipófiso – suprarrenal*. Obtenido de Revista Biomédica. Bogotá – Colombia.: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i3.3688>
- Rivadeneira, D. y. (6 de julio de 2013). *El modelo cognitivo de la depresión*. Revista de terapia cognitivo conductual. Obtenido de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion.pdf>
- Rodríguez. (2 de setiembre de 2018). *El síndrome de Bournout como factor de riesgo para el desarrollo de la depresión en internos y residentes de medicina del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz en el año 2017*, . Obtenido de Universidad Ricardo Palma : <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstre>
- Sanmartín, C. y. (2020). *Efectos psicológicos asociados a la pandemia COVID – 19 en el personal de salud y administrativo del hospital Monte Sinaí de la ciudad de Cuenca*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/1>
- Silva. (5 de julio de 2021). *Factores asociados a depresión en enfermeros del hospital emergencias Grau que atienden la emergencia nacional por COVID-19, Lima 2020*. Obtenido de Universidad Norbert Wiener. Lima – Perú. : <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4417>
- Tejeda, & Solórzano. (7 de agosto de 2021). *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. Obtenido de DOI: 10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.387-397 RECIMUNDO VOL. 5 N° 2 (2021): <https://www.recimundo.com/index> <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1086>
- Valdivia. (5 de junio de 2021). *titulado Depresión, ansiedad e insomnio asociados a exposición al COVID-19 en médicos de los hospitales de la Región Piura* . Obtenido de Universidad Cesar Vallejo,; <https://hdl.handle.net/20.500.12692/60798>
- Vásquez. (6 de junio de 2020 ). *Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID-19 durante el año 2020*. Obtenido de Universidad Cesar Vallejo. Piura – Perú: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/49971>
- Vera, G. R. (s.f). *Vértices psicólogos*. Obtenido de Diccionario de psicología. Vértices psicólogos.: <http://www.verticespsicologos.com/sites/default/files/Diccionario-de-psicologia.pdf>
- Zafra. (5 de junio de 2021). *Prevalencia de ansiedad y depresión en internos de ciencias de la salud de la región Lambayeque durante la pandemia por COVID-19, 2020 – 2021*. Obtenido de Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque – Perú. : <https://hdl.handle.net/20.500.12893/9223>

### Anexo 01: Matriz de consistencia

**Título:** Depresión ante la COVID-19 en el personal del Hospital Rezola Cañete Lima, 2021.

**Responsables:** Pamela Lucero Valcarcel Tonconi y Lisbeht Julisa Montes Alejos

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><b>Problema general</b> ¿Cuál es el nivel de depresión ante la COVID-19 en el personal del Hospital Rezola Cañete Lima, en el segundo semestre del año 2021?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Describir el nivel de depresión ante la COVID-19 en el personal del Hospital Rezola Cañete Lima, en el segundo semestre del año 2021.</p>	<p><b>Variable única</b> Depresión</p>	<p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Tipo de investigación:</b> Básica</p> <p><b>Diseño de Investigación:</b> Descriptivo - Simple</p> <p><b>Diseño:</b> Descriptivo – no experimental de corte transversal.</p> <p><b>Población:</b> La población está compuesta por los trabajadores del Hospital Rezola Cañete Lima.</p> <p><b>Muestra:</b> La muestra es no probabilística y está compuesta por los trabajadores del área de enfermería.</p> <p><b>Técnica e instrumentos:</b> <b>Técnica:</b> La encuesta. <b>Instrumentos:</b> Cuestionario.</p> <p><b>Métodos de análisis de datos</b> Tablas de distribución de frecuencias, histogramas y la regresión lineal.</p>
<p><b>Problemas específicos</b></p> <p><b>P.E.1:</b> ¿Cuál es el nivel de depresión Somático – Motivacional del personal de Enfermería en primera línea contra la COVID- 19, en el Hospital Rezola Cañete Lima en el segundo semestre del año 2021?</p>	<p><b>Objetivos específicos</b></p> <p><b>O.E.1:</b> Describir nivel de depresión Somático – Motivacional del personal de Enfermería en primera línea contra la COVID- 19, en el Hospital Rezola Cañete Lima en el segundo semestre del año 2021.</p>	<p><b>Dimensiones:</b></p> <p><b>D.1:</b> Somático – Motivacional.</p> <p><b>D 2:</b> Cognitivo – Afectiva.</p>	
<p><b>P.E.2:</b> ¿Cuál es el nivel de depresión Cognitivo – Afectiva del personal de Enfermería en primera línea contra la COVID- 19, en el Hospital Rezola Cañete Lima en el segundo semestre del año 2021?</p>	<p><b>O.E.2:</b> Describir el nivel de depresión Cognitivo – Afectiva del personal de Enfermería en primera línea contra la COVID- 19, en el Hospital Rezola Cañete Lima en el segundo semestre del año 2021.</p>		

## Anexo 02: Instrumento de recolección de datos

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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

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

**1. Tristeza**

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

**2. Pesimismo**

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

**3. Fracaso**

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

**4. Pérdida de Placer**

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

**5. Sentimientos de Culpa**

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

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

**8. Autocrítica**

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

**11 Agitación**

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12 Pérdida de Interés**

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

#### 14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

#### 15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

#### 16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

#### 17. Irritabilidad

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

#### 18. Cambios en el Apetito

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

#### 19. Dificultad de Concentración

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



**20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

---

### Anexo 03: Constancias

CAR60

SOLICITO: Permiso para realizar Trabajo de Investigación

SEÑOR DR. RODRIGO FALERO SANCHEZ  
DIRECTOR DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE



Nosotras, PAMELA LUCERO VALCARCEL TONCONI identificada con DNI N° 47457324 y LISBEHT JULISA MONTES ALEJO con DNI N°41971342 ante Ud. respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que habiendo culminado la carrera profesional de PSICOLOGIA HUMANA y ambas cursando el taller de titulación en la Universidad Autónoma de Ica, solicitamos a Ud. permiso para realizar trabajo de investigación sobre "DEPRESION ANTE LA COVID 19 EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL RESOLA DE CAÑETE, LIMA 2021" para optar el Título profesional de Psicología Humana.

POR LO EXPUESTO

Rogamos a usted acceder a nuestra solicitud.

Cañete, 14 de junio de 2021

PAMELA LUCERO  
VALCARCEL TONCONI  
DNI N°47457324

LISBEHT JULISA  
MONTES ALEJO  
DNI N°41971342



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
Dirección Regional de Salud  
HOSPITAL REZOLA CAÑETE

**"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"**

Cañete, 13 de agosto del 2021

**CARTA N° 081-2021-DIRESA-L-HRC-UADI**

**Pamela Lucero Valcarcel Tonconi**  
Bach. Psicología Humana

Presente. -

**ASUNTO:** Aceptación de Trabajo de Investigación

De mi mayor consideración:

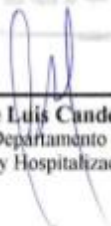
Es grato dirigirme a Usted, para expresarle un cordial saludo y en atención al documento de la referencia a la vez informarle que la Unidad de Docencia del Hospital Rezola Cañete dan la aceptación para que pueda desarrollar su trabajo de investigación en la recolección de datos, Titulada: **"DEPRESIÓN ANTE LA COVID 19 EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE, LIMA"**.

Asimismo, solicitamos lo siguiente:

- Que remita a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación el proyecto de Investigación.
- Que el investigador realice informe periódico acerca de los avances del proceso de recolección de información a la Unidad de Apoyo a la Docencia.
- Que el investigador garantice el cumplimiento con los criterios éticos en la investigación.
- Que se comprometa a presentar los resultados de la investigación en una reunión con los Jefes de Departamento del Hospital Rezola-Cañete.
- Que el investigador se comprometa a entregar una copia de su informe final de la de investigación de manera física y digital.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

  
**MC. Jose Luis Candela Campos**  
Jefe del Departamento de Consulta  
Externa y Hospitalización



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
Dirección Regional de Salud  
HOSPITAL REZOLA CAÑETE

**"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"**

Cañete, 13 de agosto del 2021

**CARTA N° 081-2021-DIRESA-L-HRC-UADI**

***Lisbeth Julisa Montes Alejo***

*Bach. Psicología Humana*

Presente. -

**ASUNTO:** Aceptación de Trabajo de Investigación

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle un cordial saludo y en atención al documento de la referencia a la vez informarle que la Unidad de Docencia del Hospital Rezola Cañete dan la aceptación para que pueda desarrollar su trabajo de investigación en la recolección de datos, Titulada: **"DEPRESIÓN ANTE LA COVID 19 EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE, LIMA"**.

Asimismo, solicitamos lo siguiente:

- Que remita a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación el proyecto de Investigación.
- Que el investigador realice informe periódico acerca de los avances del proceso de recolección de información a la Unidad de Apoyo a la Docencia.
- Que el investigador garantice el cumplimiento con los criterios éticos en la investigación.
- Que se comprometa a presentar los resultados de la investigación en una reunión con los Jefes de Departamento del Hospital Rezola-Cañete.
- Que el investigador se comprometa a entregar una copia de su informe final de la de investigación de manera física y digital.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

**MC. Jose Luis Candela Campos**  
Jefe del Departamento de Consulta  
Externa y Hospitalización



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

# CONSTANCIA

LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL  
HOSPITAL REZOLA CAÑETE, HACE CONSTAR QUE:

## **MONTES ALEJOS LISBEHT JULISA**

Identificada con DNI N° 41971342, Bachiller en Psicología de la Universidad Autónoma de Ica ha realizado su proyecto de INVESTIGACION que titula **"DEPRESIÓN ANTE LA COVID-19 EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE, LIMA 2021"** aplicando 107 encuestas al personal asistencial en el Departamento de Enfermería del Hospital Rezola Cañete.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Cañete, 05 de noviembre del 2021.



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL REZOLA CAÑETE



Dr. Andres Herbozo Gonzalez  
Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

# CONSTANCIA

LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL  
HOSPITAL REZOLA CAÑETE, HACE CONSTAR QUE:

## **VALCARCEL TONCONI PAMELA LUCERO**

Identificada con DNI N° 41971342, Bachiller en Psicología de la Universidad Autónoma de Ica ha realizado su proyecto de INVESTIGACION que titula **"DEPRESIÓN ANTE LA COVID-19 EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE, LIMA 2021"** aplicando 107 encuestas al personal asistencial en el Departamento de Enfermería del Hospital Rezola Cañete.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Cañete, 05 de noviembre del 2021.



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL REZOLA CAÑETE



*Dr. Andrés Herbozo González*  
Dr. Andrés Herbozo González  
Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación

## Anexo 04: Consentimientos


### CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 22 / SEP / 2021

YO: Monica Hernandez Levano identificada(o) con DNI N° 15421188 acepto participar voluntariamente de la investigación titulada "Depresión ante la COVID-19 en el personal del Hospital Rezola Cañete, 2021; con ella autorizo se me pueda entrevistar y aplicar el instrumento compuesto por un cuestionario de 21 preguntas, que dura un promedio de 5 a 10 minutos aproximadamente, comprometiéndome a responder con veracidad cada uno de ellos.

Además se me informo que dicho instrumento es anónimo y solo se usara los resultados para fines del estudio. Con respecto a los riesgos, el estudio no representara ningún riesgo para mi salud, así como tampoco se me beneficiara económicamente por él, por ser una decisión voluntaria en ayuda de la investigación.

  
FIRMA DEL PARTICIPANTE

  
FIRMA DE LA INVESTIGADORA  
Nombre: Pamela Lucero Valcarcel Tonconi  
DNI: 47457324

  
FIRMA DE LA INVESTIGADORA  
Nombre: Lisbeth Julisa Montes Alejos  
DNI: 41971342

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 23 /SEP/2021

YO: Ysabel Guerra Quipe identificada(o) con DNI N° 46817959.....acepto participar voluntariamente de la investigación titulada "Depresión ante la COVID-19 en el personal del Hospital Rezola Cañete, 2021; con ella autorizo se me pueda entrevistar y aplicar el instrumento compuesto por un cuestionario de 21 preguntas, que dura un promedio de 5 a 10 minutos aproximadamente, comprometiéndome a responder con veracidad cada uno de ellos.

Además se me informo que dicho instrumento es anónimo y solo se usara los resultados para fines del estudio. Con respecto a los riesgos, el estudio no representara ningún riesgo para mi salud, así como tampoco se me beneficiara económicamente por él, por ser una decisión voluntaria en ayuda de la investigación.

  
FIRMA DEL PARTICIPANTE

  
FIRMA DE LA INVESTIGADORA  
Nombre: Pamela Lucero Valcarcel Tonconi  
DNI: 47457324

  
FIRMA DE LA INVESTIGADORA  
Nombre: Lisbeth Julisa Montes Alejos  
DNI: 41971342



## Anexo 05: Informe de Turnitin

### Depresión ante la COVID-19 en el personal del Hospital Rezola Cañete Lima, 2021

#### INFORME DE ORIGINALIDAD



#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.autonomadeica.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>4%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.ucl.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>tesis.usat.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>5</b>	<b>renati.sunedu.gob.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.grafiati.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>9</b>	<b>Submitted to Unviersidad de Granada</b> Trabajo del estudiante	