

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología



**DEPRESIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN
TRABAJADORES DE UNA CLÍNICA OCUPACIONAL DE AREQUIPA
EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA DE COVID-19**

Tesis presentada por la Bachiller:

Ramos Benavente, Saida Gladys

para optar el Título Profesional de

Licenciada en Psicología

Asesor:

Dr. Guzmán Gamero Rufino Raúl

Lizandro

Arequipa- Perú

2022

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
PSICOLOGIA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 22 de Noviembre del 2022

Dictamen: 006071-C-EPSIC-2022

Visto el borrador del expediente 006071, presentado por:

2016600282 - RAMOS BENAVENTE SAIDA GLADYS

Titulado:

**DEPRESIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN TRABAJADORES DE UNA
CLÍNICA OCUPACIONAL DE AREQUIPA EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA DE COVID-19.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1653 - VILCHES VELASQUEZ FLOR ALEIDA
DICTAMINADOR**



**1903 - DELGADO PALO ROCIO SARA
DICTAMINADOR**



**2603 - PUMA HUACAC ROGER FREDDY
DICTAMINADOR**



Agradecimientos

*A Ntro. Padre Dios, por el don de atravesar adversidades y de disfrutar la
vida junto la más grande bendición mi familia*

*A mi familia Ramos-Benavente, que sin ellos no existiría las herramientas
para gozar la cosecha tras los esfuerzos.*

*A la Santísima Virgen de Chapi por acogernos en su santo manto,
protegiéndonos en cada paso.*

*A, mi asesor Dr. Raul Guzman Gamero, por su apoyo y confianza, el
sincero agradecimiento por compartir su experiencia y amplio
conocimiento*

Dedicatoria

A mis padres Eloy y Gladys, por brindarme su apoyo y esfuerzo sobrehumano para crecer y orientarme a ser una persona de bien; agradezco la confianza, el amor incondicional y su impulso cada mañana para continuar con mis estudios.

A mi hermano Alexander, por ser mi ejemplo, por enseñarme la importancia de ser autentico, tener paciencia y respeto por la familia.

A una persona que fue parte de mi vida universitaria y en la actualidad se convirtió en mi motivo especial, con quien espero disfrutar todos los logros; agradezco su tenacidad, por vivir cada proceso conmigo, a pesar de los días grises, fue mi impulso y mi amor.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y estrategias de afrontamiento al estrés en trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa en el contexto de pandemia de COVID-19; para ello se llevó a cabo el estudio desde el paradigma cuantitativo, nivel descriptivo-correlacional simple con un diseño no experimental de corte transversal donde se consideró la recolección de datos de tipo censal, teniendo una totalidad de 182 participantes, 117 mujeres que representan el 64% de la muestra y 65 hombres que representan el 36%; se utilizaron como instrumentos de medición la Escala de la auto medición de la Depresión de Zung y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés – CAE. Para el procesamiento de los datos recolectados se utilizó el programa estadístico SPSS V.28, aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov que expone valores $p < 0.05$ afirmando una distribución no paramétricos de los datos, por lo que se utilizó el coeficiente correlacional de Spearman. En los resultados se encontró relaciones positivas entre depresión y la estrategia de afrontamiento al estrés, en específico estrategias focalizadas en la solución ($p = .00$; $Rho = .30$ y $r^2 = .09$) y reevaluación positiva ($p = .00$; $Rho = .26$ y $r^2 = .07$).

Palabras clave: Depresión, afrontamiento al estrés, clínica ocupacional, pandemia, COVID-

Abstract

The study had the objective of determine the relationship between depression and stress coping strategies in workers of an occupational clinic in Arequipa in the context of the COVID-19 pandemic. The study was carried out from the quantitative paradigm, a simple descriptive-correlational level with a non-experimental cross-sectional design where the collection of census-type data was considered, having a totality of 182 participants Zung Depression and the Stress Management Questionnaire - CAE. For the processing of the data, the statistical program SPSS V.28 was used, applying the Kolmogorov-Smirnov test that exposes values $p < 0.05$ affirming a non-parametric distribution of the data, therefore, Spearman's correlational coefficient was used. In the results, positive relationships were found between depression and the stress coping strategy, specifically strategies focused on the solution ($p = .00$; $Rho = .30$ and $r^2 = .09$) and positive reassessment ($p = .00$; $Rho = .26$ and $r^2 = .07$).

Key words: Depression, stress coping, occupational clinic, pandemic, COVID-19

Índice

Agradecimientos.....	III
Dedicatoria	IV
Resumen	V
Índice	VII
Índice de Tablas	IX
Capítulo I. Planteamiento Teórico	1
Introducción	1
Pregunta de investigación.....	6
Variables.....	6
Variable 1. Depresión	6
Variable 2. Estrategias de Afrontamiento al Estrés	6
Objetivos.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos	8
Salud Mental en Epidemias	9
Depresión.....	13
Modelo Cognitivo-Conductual de la Depresión	14
Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) de la Depresión	16
Estrategias de Afrontamiento al Estrés.....	17
Estrategias de Afrontamiento al estrés.....	20
Hipótesis	27
Capítulo II. Método	28
Método.....	28
Instrumentos	28
Instrumento de Medición de la Variable 1-Depresión	28
Instrumento de Medición de la Variable 2- Estrategias de Afrontamiento al Estrés.....	30

Instrumento 3- Ficha sociodemográfica.....	31
Participantes.....	31
Procedimiento.....	32
Consideraciones éticas.....	32
Análisis de datos.....	33
Capitulo III. Resultados.....	34
Discusión.....	44
Conclusiones.....	49
Sugerencias.....	51
Limitaciones.....	53
Referencias.....	54
Anexos.....	62

Índice de Tablas

Tabla 1	
<i>Niveles de Depresión según estado civil de los trabajadores</i>	34
Tabla 2	
<i>Niveles de depresión según sexo de los trabajadores</i>	35
Tabla 3	
<i>U de Mann-Whitney- Niveles de depresión según sexo de los trabajadores</i>	35
Tabla 4	
<i>Estrategia de afrontamiento al estrés predominante según sexo de los trabajadores</i>	36
Tabla 5	
<i>Prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov</i>	38
Tabla 6	
<i>Coefficiente de correlación de Spearman entre depresión y estrategias de afrontamiento en los trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa en el contexto de pandemia de COVID-19</i>	39
Tabla 7	
<i>Coefficiente de correlación de Spearman entre las variables depresión y estrategias de afrontamiento en los trabajadores con menos de un año de servicio</i>	40
Tabla 8	
<i>Coefficiente de correlación de Spearman entre las variables depresión y estrategias de afrontamiento en los trabajadores con 1-3 años de servicio</i>	41
Tabla 9	
<i>Correlación entre las variables depresión y estrategias de afrontamiento en los trabajadores con 3-5 años de servicio</i>	42
Tabla 10	
<i>Correlación entre las variables depresión y estrategias de afrontamiento en los trabajadores con más de 5 años de servicio</i>	43

Capítulo I. Planteamiento Teórico

Introducción

A finales de 2019 la Comisión municipal de Salud de Wuhan en China, notificó a la OMS la rápida propagación de una neumonía atípica ocasionado por un nuevo coronavirus el cual posteriormente sería denominado como Sars-CoV-2/COVID-19. Se le da la denominación como pandemia, en especial ésta por poseer características particulares siendo quizás la más resaltante por la existencia de pacientes asintomáticos los cuales al no presentar síntomas de enfermedad se convirtieron en los principales propagadores de la enfermedad, por lo que, lo que en un momento fue considerado un brote inusual con tintes de epidemia, es así como se convirtió rápidamente en una pandemia mundial, siendo declarada como tal el 11 de marzo de 2020 por la OMS.

Para evitar la propagación del virus, la saturación o colapsos de hospitales y camas UCI así como frenar la tasa de mortandad en lo que se desarrollaba una vacuna efectiva, la OMS y demás instituciones representantes de la promoción y cuidado de la salud de la población mundial, recomendaron adoptar una serie de estrategias como: imponer medidas estrictas de bioseguridad, aplicar el aislamiento social obligatorio de los pacientes, cuarentena general obligatoria y cuarentenas focalizadas, se suspendieron todas aquellas actividades consideradas no vitales.

Al ser un virus nuevo, se carecía de vacunas, estudios científicos que señalen tratamientos efectivos y además la forma improvisada en que tuvo que ser abordada la

pandemia es que han sido cuantiosas las pérdidas humanas derivadas de la pandemia. A ello se suman los impactos a nivel social y económico, siendo que en Perú se ha suscitado un notable auge en los índices de desempleo e informalidad (Barrutia et al., 2021), problemas que ya aquejaban al país desde tiempo atrás pero que se han visto drásticamente incrementados a raíz de la crisis sanitaria. Ante la escasez de personal asistencial y sanitario, el gobierno optó también por convocar voluntariados para atender a adultos mayores y poblaciones vulnerables, proporcionarles soporte emocional y propiciar la participación ciudadana en el manejo de la crisis social originada por la pandemia.

El personal de salud se ha visto expuesto al contagio desde el inicio de la pandemia, siendo también uno de los sectores más golpeados y también con múltiples pérdidas humanas. Ante tal problemática, los gobiernos de los ex presidentes Vizcarra y Sagasti se: reforzó los servicios de salud de primer nivel, se implementó la telemedicina y plantas de oxígeno (Acosta et al., 2020), recursos que buscaban cubrir la alta demanda de los usuarios y reducir la tasa de mortalidad. Asimismo, durante los gobiernos ya mencionados, se gestionó los primeros lotes de vacunas. Por otro lado, se debe hacer hincapié que, durante las primeras etapas de la pandemia en Perú, si bien los servicios de atención primaria se reforzaron para atender los casos de COVID-19, se descuidó también una gran cantidad de especialidades que contribuyeron a contrarrestar la elevada la mortalidad.

Queda claro entonces que la pandemia dio un giro radical al Estrategia y calidad de vida de la población mundial. Dichos cambios pueden acarrear efectos psicológicos

adversos para la salud mental (Jeong et al, 2016, como se citó en Buitrago et al., 2020).

Debido a ello, la OMS señala que, a raíz de ésta, se podría suscitar un incremento masivo de casos de psicopatologías (Chávez et al., 2021).

Si bien existe una afectación psicológica en la población en general, existen sectores especialmente vulnerables o que pueden haberse visto especialmente afectados, siendo este el caso del personal de salud debido a factores biológicos y psicosociales que podrían afectar negativamente en su salud física y emocional. Diversos estudios realizados a nivel mundial alertan de un incremento significativo de psicopatologías en el personal de salud (Pazmiño et al., 2021). A nivel latinoamericano, Samaniego et al. (2020), en Paraguay encontraron que: 32% presentaba depresión moderada a severa; 41% ansiedad; 39% estrés; 3% insomnio, y 64% fatiga. Los ataques de pánico también es una manifestación del estrés laboral excesivo al que se vio sometido de pronto el personal de salud debido al brote de coronavirus (Lee et al., 2007). Asimismo, se espera que esta pandemia genere altas tasas de burnout, TEPT y depresión (Kang et al., 2020).

En relación a los factores psicosociales, el conflicto familia-trabajo se ha visto agravado, se aplicaron largas jornadas laborales, climas laborales hostiles, estigma social y elevado riesgo de infección han sido constantemente reportados y relacionados con psicopatologías (Aguilar, 2020). La estigmatización social según Goffman (1963), implicaría un trato diferente y generalmente despectivo hacia la persona portadora del estigma por parte del resto de personas que conforman una sociedad. Investigaciones

realizadas durante pandemias previas, encontraron que 20 - 49% experimentó estigma social, ello probablemente al temor experimentado por el resto de la población a ser contagiado por ellos (Aguilar, 2020).

Es por lo mencionado previamente que se debe velar por la salud mental del personal sanitario, para ello, se debe destinar mayores recursos, invertir en EPPS y contratar más personal, así como la promoción de interacciones adecuadas de los trabajadores entre sí y de estos con los usuarios, lo que, en conjunto permitirá dar abasto a la cada vez mayor demanda de servicios de salud.

Es por los motivos anteriormente mencionados que nos planteamos la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la relación entre depresión y estrategias de afrontamiento al estrés en trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa en el contexto de pandemia de COVID-19?

Es relevante el conocer los niveles de depresión, así como las estrategias de afrontamiento aplicados por el personal de salud de una clínica ocupacional de Arequipa durante la pandemia de COVID-19, 2022. El estudio aporta evidencia científica que señala que el personal de salud es uno de los grupos ocupacionales con mayor incidencia de casos de depresión, ansiedad y estrés lo cual va acorde con estudios previos que también señalan niveles altos de depresión y estrés. Son escasos los estudios a nivel nacional y local con objetivos similares, por tanto, los resultados que se obtengan contribuirán con llenar un vacío en el conocimiento y se constituyen como antecedentes para futuros estudios.

El estudio es relevante socialmente ya que dará cuenta del estado psicológico y las estrategias de afrontamiento adoptadas por el personal sanitario durante la pandemia siendo que es cada vez mayor la cantidad de variantes presentes en el ambiente. Asimismo, dicha información podría tener un efecto positivo en la calidad de atención de los usuarios en caso se adopten medidas que busquen aminorar la incidencia de trabajadores con depresión y con estrategias de afrontamiento desadaptativas.

Los resultados obtenidos pueden servir como base por gerencia y recursos humanos para desarrollar estrategias que permitan la detección temprana de casos de depresión severa y de trabajadores con estrategias de afrontamiento desadaptativas. Además, se podrían desarrollar programas de entrenamiento en estrategias adecuadas de afrontamiento al estrés, de esta manera se estaría procurando el bienestar psicológico de los trabajadores, incrementando así su productividad y engagement. Asimismo, la imagen institucional de la organización también se vería beneficiada ya que la calidad de atención sería mejor.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre depresión y estrategias de afrontamiento al estrés en trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa en el contexto de pandemia de COVID-19?

Variables

Variable 1. Depresión

El estudio se basará en la teoría psicológica de Beck et al. (2010), quienes señalan que la depresión sería un cuadro psicopatológico del estado de ánimo caracterizado por: intensos sentimientos de melancolía y tristeza; pérdida de interés por las obligaciones diarias; cansancio, dificultades en la concentración, insomnio, culpa; problemas sexuales e ideación suicida. Para su medición se aplicará la escala de auto medición de Depresión de Zung (1965), el cual ha sido validado en Perú por Arquero (2019), el instrumento se compone de 20 ítems tipo Likert, los cuales se encuentran distribuidos en 3 indicadores: Afectos persistentes y penetrantes; Concomitantes fisiológicos; Concomitantes psicológicos.

Variable 2. Estrategias de Afrontamiento al Estrés

Nos basaremos en la teoría psicológica propuesta por Sandín & Chorot (2003), quienes señalan que las estrategias de afrontamiento al estrés es un constructo multidimensional referido a los esfuerzos conductuales y cognitivos desplegados para enfrentar el estrés, así como superar el malestar psicológico que lo acompaña. Para su medición, se aplicará el Cuestionario de afrontamiento al estrés – CAE desarrollada por

Sandin y Chorot (2002) y posteriormente validada en Perú por Abad (2017), el cual se compone de 42 ítems tipo Lickert, distribuidos en 7 dimensiones: Focalización en la solución del problema; Auto focalización negativa; Reevaluación positiva; Expresión emocional abierta; Evitación; Búsqueda de apoyo social; Religión.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre depresión y estrategias de afrontamiento al estrés en trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa en el contexto de pandemia de COVID-19.

Objetivos Específicos

Describir los niveles de depresión según estado civil de los trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa en el contexto de pandemia de COVID-19.

Determinar si existe diferencia según sexo en los niveles de depresión de los trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa en el contexto de pandemia de COVID-19.

Determinar la estrategia de afrontamiento al estrés predominantemente aplicado según sexo de los trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa en el contexto de pandemia de COVID-19.

Determinar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y la depresión según tiempo de servicio de los trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa en el contexto de pandemia de COVID-19.

Antecedentes teóricos-investigativos

Salud Mental en Epidemias

Debido a la pandemia, se espera que la población que se encontraba mentalmente sana previa a la pandemia, desarrolle psicopatologías a consecuencia de ésta; también, se espera un gran número de descompensaciones agudas en pacientes con trastornos psicopatológicos previos (Ciria y Día, 2021) y que se eleven las tasas de suicidio (Cósic et al., 2020, como se citó en García, 2020). Reportes locales informan un incremento de casos atendidos en atención primaria, los centros de salud mental comunitarios, así como un incremento significativo de casos de violencia familiar y contra la mujer. Al respecto, el Diario Gestión (2021), informa que, según el MIMP, en Perú los casos de violencia de género se han visto incrementados en un 130% durante el año 2020.

Otro aspecto a tener en cuenta es el estrés postraumático que ha generado en miles de personas y por fenómenos multicausales (pérdidas repentinas de familiares, pérdidas de empleo, rompimiento de relaciones de pareja, ser víctimas de actos violentos, etc). Todo ello implica el riesgo de desarrollar una sintomatología emocional con el potencial de hacerse crónico (González y Labad, 2020).

Los factores señalados anteriormente, se traducen en sobrecarga laboral para el personal de salud, especialmente el personal que se desempeña en el COVID y UCI, afrontando la pandemia en primera línea.

Wu et al. (2009), señalan que las actividades propias del personal de salud, implica

el interactuar constantemente con personas infectadas. Asimismo, la falta de equipos necesarios para la atención, así como la carencia de medicamentos y áreas específicas para atención de casos, incrementa significativamente la carga mental de los trabajadores (Wang et al., 2020). Experiencias previas de epidemias, como la de 2003 con el SARS, nos demuestran que el personal de salud experimentaba síntomas de ansiedad y depresión que podían seguir presentes, incluso un año después de la epidemia (Lee et al., 2007).

Los familiares de los pacientes se constituyen también como fuentes de estrés, ya que debido a la alta incidencia de casos y ante la posibilidad de no poderles dar buenas noticias o informar avances en el tratamiento, generan mucha presión sobre la personal salud, ya sea directa como indirectamente (Acosta et al., 2020). Un fenómeno relacionado estrechamente con lo señalado anteriormente, es el trauma vicario, el cual se refiere a la afectación involuntaria del personal de salud, los cuales desarrollan síntomas similares a los de sus pacientes (Aguilar, 2020), por ejm: depresión, ansiedad, estrés post traumático.

Mejia et al. (2019), desde del paradigma cuantitativo, con un nivel relacional-causal y con un corte transversal realizaron el estudio titulado “Factores asociados al estrés laboral en trabajadores de seis países de Latinoamérica” para determinar los factores sociolaborales generadores de estrés en trabajadores de 6 países latinoamericanos. Participaron 2608 trabajadores, a quienes se aplicó un cuestionario diseñado por los investigadores para evaluar situaciones generadoras de estrés que podrían acontecer en el lugar de trabajo. Se determinó que el país con mayores niveles de estrés fue Venezuela, seguido por Perú.

Schaurich et al. (2017), desde del paradigma cuantitativo, con un nivel descriptivo-comparativo-relacional y con un corte transversal realizaron el estudio titulado “Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde”. Participaron 182 trabajadores (92 trabajaban en el sector público y 90 en el sector privado), a quienes se aplicó 5 instrumentos: Un cuestionario sociodemográfico y laboral; el AUDIT; el Inventario Beck de Depresión; el MBI y la Escala de Evaluación del Contexto del Trabajo. Se determinó que los trabajadores del sector público evaluaban el contexto de trabajo de una manera significativamente más negativa en comparación con sus colegas del sector privado.

En relación con la incidencia de psicopatologías en el personal de salud, Hinojosa (2021), desde el enfoque cuantitativo, con un nivel correlacional y transversal realizó la investigación titulada: “Burnout y depresión en trabajadores del centro de salud mental comunitaria en contexto Covid-19 en la ciudad de Arequipa, 2020” para determinar la relación entre las variables. Participaron 157 trabajadores a quienes se aplicó las escalas de Beck Depression Inventory y el MBI en noviembre de 2020. Se encontró una relación directa y de intensidad moderada entre las variables.

Chavez y Pazos (2021), quienes, desde el enfoque cuantitativo, con un nivel descriptivo-comparativo y transversal realizaron la investigación titulada: “Diferencias en la frecuencia de depresión en personal de salud del Hospital Central Militar de Lima y población general durante la pandemia por COVID-19”. Se determinó los niveles de

sintomatología depresiva del personal de salud de un hospital en Lima con los niveles de depresión en la población en general, durante un contexto de pandemia de COVID-19.

También se realizaron comparaciones según sexo, estado civil y grado de instrucción.

Participaron 300 personas (150 trabajadores de salud y 150 personas de la población en

general), a quienes se aplicó el PHQ-9. Se encontró que los trabajadores de salud

presentaban mayor incidencia de depresión (59%) que la población en general (43%). En

relación con el sexo, los hombres presentaban una incidencia del 62% de sintomatología

depresiva, mientras que el 46% de las mujeres presentaba sintomatología depresiva. No se

encontró diferencia según edad, estado civil, grado de instrucción.

También se consultó a Pereira et al. (2021), quienes desde del paradigma cuantitativo, con un nivel descriptivo y con un corte transversal realizaron el estudio titulado “Depression symptoms in nursing professionals during the COVID-19 pandemic” con el objetivo de identificar los niveles de depresión en enfermeras brasileñas durante la pandemia de COVID-19. Participaron 3249 profesionales, a quienes se aplicó mediante un formulario virtual una ficha sociodemográfica y el PHQ-9 para medir síntomas depresivos. Se determinó que el 64,4% no presentaron síntomas depresivos; 18,6% informó síntomas moderados; 10,2% informó síntomas moderados a graves y 6,9% informó síntomas graves. Se encontró que las mujeres, los trabajadores del norte, los adultos jóvenes, las personas solteras y aquellos con un ingreso de hasta cuatro salarios mínimos, presentaban niveles más elevados de depresión.

Quispe (2018), desde el enfoque cuantitativo, con un nivel comparativo y con un corte transversal realizó la investigación titulada: “Prevalencia de ansiedad y depresión en personal de salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, diciembre 2017”, para determinar los niveles de ansiedad y depresión en el personal asistencial de salud del hospital mencionado realizando, además, comparaciones según sexo, grupo ocupacional y estado civil. Participaron 150 profesionales, a quienes se aplicó las escalas de depresión y ansiedad de Goldberg. Se encontró que el 44% presentaba ansiedad y 59% depresión; El servicio de medicina presentaba una mayor incidencia de ansiedad y depresión que el personal de enfermería. En relación con el estado civil, se encontró que la depresión fue mayor en solteros. No se encontraron diferencias según sexo en ninguna de las variables.

Depresión

Beck et al. (2010), señalan que la depresión sería un cuadro psicopatológico del estado de ánimo caracterizado por: intensos sentimientos de melancolía y tristeza; pérdida de interés por las obligaciones diarias; cansancio, dificultades en la concentración, insomnio, culpa; problemas sexuales e ideación suicida. Es una psicopatología frecuente y común en todo el mundo, teniendo una incidencia aproximada de 300 millones de personas (Aguilar, 2020) y se espera que ocupe el primer lugar en 2030 (Malhi, 2018, como se citó en Loli, 2021).

Este cuadro psicopatológico, dependiendo del grado, puede limitar las interacciones

sociales y reducir la calidad de vida de quien la padece. Respecto al origen del mismo, no existe consenso científico. Por su parte, las teorías biológicas, suponen que la causa de la depresión sería genética y se debería a un mal funcionamiento fisiológico (Chavez y Pazos, 2021).

Por otro lado, la perspectiva biológica, hipotetiza que la depresión se debería a un incremento de corticotropina en plasma y líquido cefalorraquídeo; disminución de la actividad neuronal y en el tamaño neuronal y del tejido glial (Aguilar, 2020). Asimismo, se observa una predominancia de la depresión en las mujeres, especialmente en aquellas que tienen entre 20 y 50 años (Loli, 2021).

Los climas laborales hostiles, así como todos los factores ya desarrollados previamente, se constituyen como factores psicosociales de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva.

Modelo Cognitivo-Conductual de la Depresión

El abordaje teórico de la variable depresión, se realizará desde el enfoque teórico propuesto por Ellis y Grieger (1990) y Beck et al. (2010), señalan que la depresión sería un cuadro psicopatológico del estado de ánimo caracterizado por: intensos sentimientos de melancolía y tristeza; pérdida de interés por las obligaciones diarias; cansancio, dificultades en la concentración, insomnio, culpa; problemas sexuales e ideación suicida.

La depresión se origina según la teoría cognitiva de Ellis y Grieger (1990), en vacíos pre existentes dentro de sus esquemas mentales o por la presencia de estructuras

mentales disfuncionales que los lleva a interpretaciones inadecuadas o parcializadas de la realidad y a comportamientos desadaptativos que podrían incluso, poner en riesgo su salud física o mental. Asimismo, el paciente puede desarrollar sintomatología somática (Loli, 2021).

Beck et al. (2010), propone la denominada triada de la depresión, la cual se encuentra compuesta por los siguientes componentes:

El primero, es la autopercepción negativa del paciente y además se considera desgraciado, torpe, enfermo; generalmente poseen baja autoestima. A ello se suman distorsiones cognitivas que los llevan a interpretar erróneamente la realidad llegando al grado de creer que las experiencias negativas por las que atraviesa o atravesó, se deben a un defecto suyo (psicológico, moral, o físico) o que lo merece. Puede ser extremadamente autocrítico y cree carecer de atributos que le permitan experimentar felicidad.

El segundo, es la creencia de que el mundo le exige demasiado, interpreta sus de manera negativa sus interacciones y experimenta sentimientos de derrota y frustración.

Dichas distorsiones cognitivas conforman en su conjunto, esquemas mentales desadaptativos, que los lleva a interpretar negativamente los sucesos, generando así sufrimiento. Los esquemas, una vez estructurados, pueden permanecer inactivos durante años y ser activados por sucesos específicos (por ejemplo, el fallecimiento de un familiar, una ruptura amorosa, la pérdida del empleo, etc).

El tercero, se refiere a la visión negativa acerca del futuro, el paciente imagina

escenarios futuros siempre caracterizados por sucesos negativos, se posee la creencia de que sus dificultades o sufrimientos serán eternos. Lo cual puede conllevar una actitud pasiva ante los eventos estresantes o negativos y disminuyendo su capacidad de resiliencia.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) de la Depresión

Beck et al. (2010), identifican los siguientes supuestos generales de la TCC de la depresión: primero, la percepción es un proceso activo de interpretación de la realidad en el que interactúan factores internos y externos; segundo, los pensamientos y cogniciones del paciente son producto de la percepción; tercero, a partir de los pensamientos y cogniciones del paciente, el terapeuta puede someter a análisis su percepción del mundo; cuarta, las modificaciones de las estructuras mentales influye en su estado afectivo y en su conducta; quinto, mediante la TCC el paciente logra insight acerca de sus distorsiones cognitivas; sexto, el reemplazar dichos esquemas desadaptativos por otros que sean más adaptativos, produce mejoría en la sintomatología clínica.

Se trata de un proceso activo, directivo, estructurado y que debe ser aplicado durante un tiempo limitado. Se desarrolla basándose en la hipótesis de que los afectos y la conducta de las personas se ven determinadas por sus estructuras mentales (Beck, 1967, 1976, como se citó en Beck et al., 2010).

El objetivo de la terapia es identificar y modificar las estructuras mentales desadaptativas, así como los pensamientos distorsionados que originan la sintomatología depresiva, ello se logra mediante la identificación, reevaluación y posterior modificación de

sus pensamientos automáticos y distorsionados. El paciente aprende a reinterpretar racionalmente los sucesos e interacciones diarias, adicionalmente, se le dota de habilidades que le permitan superar problemas que antes consideraba insuperables. De esta manera se logra reducir o eliminar la sintomatología (Beck et al., 2010). También se puede hacer uso de una amplia variedad de estrategias conductuales y cognitivas (por ejemplo: diálogo aristotélico, registro diario de pensamientos distorsionados, role-playing, programas de actividades, tareas, etc).

El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: primero, controlar los pensamientos automáticos, especialmente aquellos de carácter negativo; segundo, identificar la relación entre cognición, afecto y conducta; tercero, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; cuarto, sustituir estas cogniciones distorsionadas por otras más adaptativas y realistas (Beck et al., 2010). Una característica central del tratamiento es que el paciente incorpora en su día las técnicas que ha ido aprendiendo y ensayando con el terapeuta.

Estrategias de Afrontamiento al Estrés

Sandín y Chorot (2003), señalan que las estrategias es un constructo multidimensional referido a los esfuerzos conductuales y cognitivos desplegados para enfrentar el estrés, así como superar el malestar psicológico que lo acompaña. Lazarus (2000) (como se citó en Gantiva et al., 2010), señala que serían los esfuerzos constantes y

cambiantes a nivel cognitivo y conductual que se despliegan para hacer frente al a estresores (externos e internos).

Debido a las actividades propias de su profesión, los trabajadores del sector salud tiene un gran riesgo de experimentar niveles altos de estrés (Lai et al., 2020) y aumentar su percepción de peligro (Wang et al., 2020). Sienten un temor constante de contagiarse y contagiar a sus seres queridos.

Hoy en día, el Perú no ha terminado de fortalecer su sistema de salud y muchas de sus carencias (las cuales quedaron en evidencia durante el año pasado al ser totalmente ineficaz en el abordaje de la pandemia) no han sido superadas. El personal de salud al inicio de la pandemia, se vio ante: la carencia de pruebas de detección de casos positivos, EPPS limitados, carencia de máquinas y plantas de oxígeno, lidiar con familiares de pacientes cuando no es posible dar buenas noticias, climas laborales hostiles y estresantes. Condiciones que, en su conjunto, habrían generado un incremento significativo de los niveles de estrés y también han podido afectar negativamente su capacidad de análisis y toma de decisiones (Hinojosa, 2021).

El estrés laboral crónico produce cambios a largo plazo en la biología cerebral, creando variaciones en el funcionamiento de distintos neurotransmisores y en los sistemas de señales intra neuronales, pérdidas neuronales y una marcada disminución de conexiones sinápticas. Por tanto, la persona resulta más vulnerable a sufrir trastornos del estado de ánimo posteriormente (Aguilar, 2020).

Chávez et al. (2021), desde del paradigma cuantitativo, con un nivel descriptivo y con un corte transversal realizaron el estudio titulado “Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, Paraguay 2020”. Para la recolección de datos, se aplicó un muestreo por conveniencia, siendo que participaron un total de 127 personas (87 médicos y 50 enfermeras (os) a quienes se aplicó 4 instrumentos: una ficha sociodemográfica; el GAD-7; el PHQ-9 y el MBI. Se determinó que el 42% presentaba síntomas ansiosos; 33% síntomas depresivos y 24% burnout. La carga horaria de 12 horas o más, se asociaba con riesgo mayor de depresión, ansiedad y burnout. Los trabajadores hombres presentaban una mayor incidencia de ansiedad (54%) que las mujeres (46%). Según área de atención, se determinó que el personal de UCI y cirugía poseían un riesgo significativamente mayor de desarrollar ansiedad y depresión.

Pérez (2021), desde el enfoque cuantitativo, con un nivel descriptivo-correlacional y transversal realizó la investigación titulada: “Ansiedad, depresión y estrés del personal de salud del Hospital General de Babahoyo, durante la pandemia COVID 19, periodo 2021”, para determinar los niveles de las variables en el personal del hospital mencionado previamente. Participaron 110 trabajadores, a quienes se aplicó tres cuestionarios: la escala de ansiedad, depresión y estrés de Hamilton. Se determinó que el 89% tenía niveles bajos de ansiedad, 82% niveles bajos de depresión y el 92% se ubicaba en el nivel medio de estrés.

Se debe considerar también algunos factores psicosociales generadores de estrés,

entre los cuales identificamos a: la carencia de personal de salud para cubrir la demanda de sus servicios, sobrecarga de horas de trabajo, el riesgo latente de infección y recursos insuficientes o inadecuados para sus funciones. Debido a ello, la capacitación de personal, los EPP y la promoción del bienestar psicológico de los trabajadores es fundamental (Chávez et al., 2021).

Pazmiño et al. (2021), quienes desde del paradigma cuantitativo, con un nivel descriptivo y con un corte transversal realizaron el estudio titulado “Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador”. Dicho estudio tuvo como objetivo describir la incidencia de sintomatología depresiva, ansiosa, insomnio y TEPT. Participaron del estudio 1028 personas provenientes de las 24 provincias de Ecuador. Para la recolección de datos se aplicó los test: PHQ-9, GAD-7, ISI y EIE-R. Se encontró que el 27% tenía depresión; 39% presentaba síntomas ansiosos; 16% insomnio y el 44% TEPT.

Estrategias de Afrontamiento al estrés

Los seres humanos desde muy temprana edad se encuentran constantemente expuestos a estresores, los cuales van variando de acuerdo al ciclo e historia de vida de cada individuo. Debido a ello, se requiere desarrollar competencias y estrategias que nos permitan afrontar dichas situaciones de manera adecuada y efectiva. Experiencias previas de epidemias con otros tipos de coronavirus, nos indican que el personal sanitario de primera línea, se constituye como un grupo de riesgo (Ozamiz et al., 2020).

El abordaje teórico de la variable Estrategias de Afrontamiento al Estrés, se realizará mediante la teoría psicológica desarrollada por Sandín y Chorot (2003). Los autores identifican 5 características distintivas de los estresores:

-El estímulo estresor es percibido como una amenaza para la estabilidad mental del individuo.

-El estresor podría alterar la integridad de la persona si sobrepasa su límite de adaptación.

-El estresor debe ser enfrentado lo más pronto posible y de manera efectiva, de no hacerse nada, dañaría al individuo.

-El que un estresor pueda acarrear consecuencias negativas, esto no implica que dichas consecuencias se den realmente.

-Un estímulo puede ser un estresor cuando induce una demanda excesiva para el organismo.

Sandin y Chorot (2003) (citados por Abad, 2017), identifican 7 estrategias de afrontamiento al estrés:

Auto focalización negativa. Estrategia desadaptativa. Implica un conjunto de pensamientos y afectos negativos de sí mismo y de su capacidad para resolver problemas. Ello puede deberse a la presencia de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas que implique el desarrollo de sentimientos de indefensión y bajos niveles de resiliencia.

Evitación. Estrategia desadaptativo que consiste en evitar o incluso huir del problema. Se niega la existencia del problema, se evade o pospone al estímulo generador de estrés haciendo uso de estrategias como: concentrarse en otras actividades, trabajar más, etc.

Focalizado en solucionar el problema. Busca eliminar el problema generador de estrés, así como el malestar que genera; para ello, se analiza a profundidad el problema (se puede realizar de manera individual, en grupo y/o recurrir a expertos) y se diseña un plan de afrontamiento.

Reevaluación positiva. El sujeto se centra en la identificación de características positivas del problema, buscando las posibles ventajas o beneficios que podría sacarse de su resolución. De esta forma, un problema no es experimentado como tal sino más bien, como una posibilidad de crecimiento.

Expresión emocional abierta. El sujeto expresa de manera adaptativa sus emociones buscando así obtener apoyo del entorno y generar lazos que permitan resolver el problema o alcanzar un objetivo en común. Implica empatía y un nivel alto de habilidades sociales.

Buscar apoyo social. Se busca el apoyo de terceros, quienes en un primer momento servirían de refugio emocional y probablemente lo aconsejen para afrontar adecuadamente al problema.

Religión. El sujeto realiza una serie de acciones realizadas con las creencias

religiosas (varían de acuerdo a religión que se practique, así como también del contexto sociocultural en el que se llevan a cabo); esta Estrategia de afrontamiento se basa en la fé en un Dios que obrará en su vida y los ayudará a solucionar el problema al que se enfrentan.

Se revisó también la teoría de afrontamiento al estrés propuesta por Folkman y Lazarus (1980), quienes identifican 13 estrategias de afrontamiento al estrés, los cuales son agrupados en 3 estrategias generales. A continuación, presentamos las estrategias así como las estrategias de afrontamiento pertenecientes a cada uno de ellos:

Estrategias de Afrontamiento Centrados en el Problema.

Afrontamiento activo. Implica tomar medidas activas y directamente relacionadas con la solución del problema y disminuir o eliminar sus efectos negativos; implica un incremento sustancial en el esfuerzo.

Esta estrategia de afrontamiento predomina cuando las personas sienten que el problema que enfrentan tiene un potencial de mejora personal si es que se logra superar. Asimismo, este tipo de afrontamiento puede involucrar potencialmente varias actividades: planificación, acción directa, búsqueda de ayuda, descartar otras actividades.

Planificar. Implica determinar la mejor manera de solucionar el problema, idear estrategias de acción para lidiar con un factor estresante, pensar los pasos seguir. Se debe analizar a fondo el problema, detectar su causa, hacer un diagnóstico del

estado actual y las posibles estrategias o métodos para su solución; se considera también los recursos con los que se cuentan y las repercusiones de su solución (Carver et al., 1989).

Supresión de participación en actividades competitivas. Implica una constricción en el rango fenoménico de la persona; el individuo puede suprimir actividades competitivas o suprimir algunos canales de procesamiento de información a fin de centrarse exclusivamente en el problema. Esta estrategia implica poner otros proyectos de lado y evitar las distracciones para lidiar con el factor estresante (Lazarus y Folkman, 1984).

Búsqueda de apoyo social. Las personas pueden buscar apoyo social ya que esperan obtener asesoramiento, asistencia, información, apoyo moral (Carver y Scheier, 1989).

Esta estrategia permite obtener simpatía (fin instrumental) o Comprensión (fin emocional) (Carver y Scheier, 1989).

Ejercicio de la moderación. Estrategia que implica aguardar la oportunidad adecuada para solucionar o enfrentar el estímulo generador de ansiedad; implica centrarse activamente en el factor estresante, pero también puede ser considerada como una estrategia pasiva ya que implica no actuar hasta que sea el momento adecuado (Carver y Scheier, 1989).

Estrategias de afrontamiento centrados en la emoción.

Búsqueda de soporte emocional. Se busca apoyo emocional de terceros ya que esperan obtener apoyo moral, simpatía o comprensión de su parte.

Reinterpretación positiva. Estrategia destinada a controlar la angustia considerando que, si se resuelve el problema, ello implicaría una mejora. Ello lleva intrínsecamente a que la persona continúe o reanude acciones de afrontamiento activos y centrados en el problema.

Aceptación. Considera como la fase inicial del proceso de afrontamiento activo, consiste en el insight del individuo acerca del problema aceptándolo como real y comprometiéndose a darle solución.

Volcarse a la religión. Una persona puede recurrir a la religión cuando vive una situación estresante, como fuente de apoyo emocional o como medio para reinterpretar una situación estresante; esto quiere decir que al dotar un sentido personal de la vida el individuo activa lineamientos de su religión como estrategia de afrontamiento al estrés (Carver y Scheier, 1989).

Centrado en las emociones. Se busca controlar las emociones asociadas al estímulo estresor. Folkman y Lazarus (1980), refieren que esta estrategia de afrontamiento predomina cuando las personas sienten que el problema es algo que debe ser soportado o no tiene solución y por ende, implica sentimientos de indefensión.

Otras estrategias de afrontamiento.

Desconexión conductual. Esto significa reducir drásticamente los esfuerzos para hacer frente a los factores estresantes, incluso si eso significa renunciar a las metas previamente establecidas; se manifiesta como una actitud de impotencia; y esto es más probable cuando las personas esperan malos resultados para hacer frente a situaciones estresantes (Carver y Scheier, 1989).

Desconexión mental. Estrategias que se pueden implementar a través de una serie de actividades que distraigan a la persona de pensar en el objeto estresante. Dichas estrategias incluyen comportamientos como soñar despierto y concentrarse en la televisión o las redes sociales (Carver y Scheier, 1989).

Negación. Estrategia desadaptativa que sólo acarrea problemas adicionales a menos que el factor estresante se pueda ignorar de manera rentable. El negar la presencia del objeto estresante fomenta que el problema se agrave y sea más difícil darle solución (Carver y Scheier, 1989).

Hipótesis

HG: Existe una relación directa entre depresión y las estrategias de afrontamiento focalizado en la solución y reevaluación positiva en los trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa en el contexto de pandemia de COVID-19.

Capítulo II. Método

Método

El estudio se llevó a cabo desde el paradigma cuantitativo, fue de tipo básico, y se desarrolló en nivel descriptivo-correlacional simple (Hernández et al., 2014), ya que mediante técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales se describió las variables y se determinó la relación entre las mismas.

El estudio fue de tipo no experimental, ya que las variables no fueron manipuladas; asimismo, el estudio fue de corte transversal, puesto que se llevó a cabo durante un período de tiempo de corta duración (Ñaupas et al., 2018).

Instrumentos

Instrumento de Medición de la Variable 1-Depresión

Se aplicó la Escala de la auto medición de la Depresión de Zung, la cual fue elaborada por Willian Zung en Estados Unidos en 1965 y validada en Perú por Arquero en 2019. Dicho instrumento se encuentra compuesto por 20 ítems tipo Likert con 4 opciones de respuesta: 1 (muy pocas veces); 2 (algunas veces); 3 (muchas veces) y 4 (casi siempre). El orden de las respuestas varía dependiendo si el ítem presentado es positivo o negativo.

La mitad de los ítems son redactados de manera positiva (ítems: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15 y 19) y los 10 ítems restantes fueron redactados negativamente (ítems: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20) a fin de dotar de mayor validez al instrumento; asimismo, los ítems incluyen los 3 indicadores característicos de la depresión (Zung, 1965):

Afectos persistentes y penetrantes. Tristeza, melancolía (ítem 1); Llanto (ítem 3).

Concomitantes fisiológicos. Exageración de síntomas en la mañana (ítem 2);

Sueno (ítem 4); Apetito (ítem 5); Pérdida de peso (ítem 7); Lívido disminuido (ítem 6); Síntomas gastro intestinales (ítem 8); Fatiga (ítem 10).

Concomitantes psicológicos. Agitación psicomotora (ítem 13); Retardo

psicomotor (ítem 12); Confusión (ítem 11); Sensación de vacío (ítem 18);

Desesperanza (ítem 14); Indecisión (ítem 16); Irritabilidad (ítem 15); Disgustos (ítem 20) y Desvaloración personal (ítem 19).

Arquero (2019), realizó la validación peruana de la escala, para ello trabajó con una muestra de 350 adultos, que tenían entre 18 y 65 años de edad y habitaban el distrito de Puerto Esperanza, Ucayali, durante el año 2018. La validez de contenido fue certificada mediante criterio de 8 expertos; Asimismo, se aplicó el análisis factorial confirmatorio – modelo unifactorial obteniéndose un valor de .98 en la prueba Omega de Mc Donald. Se obtuvo .87 según alfa de Cronbach, valor que indica altos niveles de confiabilidad (Arquero, 2019).

En relación con la calificación del instrumento, se suman los puntajes obtenidos en cada ítem; Luego de haber obtenido el puntaje bruto, se procede a realizar la siguiente operación matemática:

$$\text{Índice EAA} = \frac{\text{Total}}{\text{Promedio máximo de 80}} \times 100$$

Promedio máximo de 80

El valor obtenido debe ser ubicado en el nivel que corresponda según los siguientes baremos nominales: Dentro de los límites normales (puntajes menores de 50); Depresión leve (50-59 puntos); Depresión moderada (60-69 puntos); Depresión intensa (70 a más) (Zung, 1965, como se citó en Arquero, 2019).

Instrumento de Medición de la Variable 2- Estrategias de Afrontamiento al Estrés

Se aplicó el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés – CAE, el cual fue creado en Estados Unidos por Sandín & Chorot en 2003 y validado en Perú por Abad en 2017. Se aplicó la validación peruana del mismo, la cual se compone de 42 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta: 0=nunca; 1=Pocas veces, 2= A veces; 3=Frecuentemente; 4= Casi siempre. Dichos ítems se encuentran distribuidos en 7 dimensiones: focalización en la solución del problema; auto focalización negativa; reevaluación positiva; expresión emocional abierta; evitación; búsqueda de apoyo social y religión.

Abad (2017), corroboró la validez de constructo se verificó mediante el método de correlación ítem–factor, obteniendo valores de entre .16 y .35 según coeficiente de correlación de Pearson. Se obtuvo valores entre .461 a .572 según coeficiente omega, demostrando así niveles adecuados de confiabilidad.

Para la calificación del instrumento se debe tener en cuenta que éste evalúa de manera diferenciada cada estrategia de afrontamiento; para ello, se requiere sumar los puntajes obtenidos en cada ítem que componen la dimensión en cuestión. Puntuaciones altas se relacionan con niveles altos de desarrollo en la estrategia de afrontamiento evaluada.

Las puntuaciones brutas obtenidas deben ser ubicados en el nivel de desarrollo que corresponda (bajo, medio o alto). Se elaboraron baremos mediante el método de percentiles: Focalizado en la solución del problema (FSP) (bajo: 0-8; medio: 9-13; alto: 14-24); Auto focalización negativa (AFN) (bajo: 0-6; medio: 7-10; alto: 11-16); Reevaluación positiva (REP) (bajo: 0-8; medio: 9-16; alto: 17-24); Expresión emocional abierta (EEA) (bajo: 0-4; medio: 5-9; alto: 10-14); Evitación (EVT) (bajo: 0-7; medio: 8-14; alto: 15-22); Búsqueda de apoyo social (BAS) (bajo: 0-8; medio: 9-16; alto: 17-24); Religión (RLG) (bajo: 0-8; medio: 9-16; alto: 17-24).

Instrumento 3- Ficha sociodemográfica

Se aplicó una ficha sociodemográfica la cual fue elaborada por la autora de la investigación la cual se encontraba compuesta por 6 ítems que analizaban los siguientes aspectos: puesto de trabajo, sede de trabajo, sexo, edad, estado civil y tiempo de trabajo.

Participantes

Entendemos por población, a la totalidad de individuos que componen un determinado grupo, los cuales poseen características en común (Berrios, 2018).

Se consideró como unidad de análisis a los trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa durante el contexto de pandemia de COVID-19, 2022. En el presente estudio no se aplicará muestreo ya que la recolección de datos se hará de tipo censal (N=n=243).

Participaron 182 trabajadores en total: 117 mujeres que representan el 64% de la muestra y 65 hombres que representan el 36%. En relación con su estado civil: 43% eran

solteros; 10% de los convivientes; 41% eran casados; 5.5% divorciados y 0.5 viudos.

En relación con los tiempos de servicio: 32% de los participantes laboraba en la clínica ocupacional hace menos de 1 año; 44% laboraba hace 1-3 años; 8% laboraba hace 3-5 años y 16% laboraba hace más de 5 años en la clínica.

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo en 5 etapas: Primero, se seleccionó los instrumentos idóneos a utilizar; Segundo, se envió solicitudes a las autoridades de la clínica ocupacional para aplicar los instrumentos con el personal; Tercero, se creó un formulario virtual basado en los instrumentos seleccionados; Cuarto, se aplicó los instrumentos a los trabajadores; Quinto, una vez terminado el proceso de recolección de datos, se procedió a cerrar el formulario virtual.

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo respetando los criterios éticos propuestos por CONCYTEC (2019) y respetando los principios éticos propios de la investigación científica perteneciente al campo de la psicología y refrendados por el Colegio de Psicólogos del Perú (2018). Asimismo, los resultados que se obtenidos tienen fines académicos exclusivamente. Los participantes fueron informados acerca de los objetivos del estudio previo a su aplicación, dicha información les fue proporcionada mediante un consentimiento informado. Finalmente, la investigadora declara no tener conflicto de intereses.

Análisis de datos

Se utilizó el SPSS V.28 para el procesamiento de los datos recolectados. Previo al análisis inferencial, se aplicó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar el tipo de distribución de datos debido a que la muestra supera las 50 personas (Supo, 2014). Dado que los valores p no superan el .05, podemos afirmar que los datos recabados tienen una distribución no paramétrica por lo que se hace uso del coeficiente de correlación de Spearman para determinar la correlación entre las variables objeto de estudio.

La validez de los datos recabados fue corroborada mediante la prueba de KMO obteniendo un valor de .89 y un valor de .78 en la prueba de esfericidad de Bartlett, de esta forma se corroboró que los datos poseían niveles elevados de validez. Se obtuvo un valor de .90 en la prueba alfa de Cronbach, valor que indicaría niveles elevados de confiabilidad.

Capítulo III. Resultados

A continuación, se presenta los resultados descriptivos, iniciando con aquellos relacionados con el primer objetivo específico:

Tabla 1

Niveles de Depresión según estado civil de los trabajadores

Estado civil	Niveles de depresión								Total	
	Normal		Leve		Moderada		Intensa		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Soltero	68	86%	11	14%	0	0%	0	0%	79	100%
Conviviente	18	95%	1	5%	0	0%	0	0%	19	100%
Casado	56	75%	19	25%	0	0%	0	0%	75	100%
Divorciado	5	63%	3	37%	0	0%	0	0%	8	100%
Viudo	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%

En la tabla 1, se expone que: no se encontró trabajadores con depresión moderada o intensa. La mayor parte de trabajadores se encontraba dentro de los niveles normales, es decir, no presentaban sintomatología psicopatológica. Por otro lado, se ubicaban en el nivel leve: 14% de los trabajadores solteros, 5% de los convivientes, 25% de los casados y 37% de los divorciados.

Se presenta los resultados relacionados con el segundo objetivo específico:

Tabla 2

Niveles de depresión según sexo de los trabajadores

Niveles de depresión	Sexo			
	Hombre		Mujer	
	Fr	%	Fr	%
Dentro de lo normal	52	80%	96	82%
Leve	13	20%	21	18%
Moderado	0	0%	0	0%
Intenso	0	0%	0	0%
Total	65	100%	117	100%

Tabla 3

U de Mann-Whitney- Niveles de depresión según sexo de los trabajadores

Sexo	N	Rango medio	Suma de rangos
Hombre	65 100%	92.7	6025.5
Mujer	117 100%	9038	10627.5
U de Mann-Whitney		3724.5	
Sig (p)		.73	

En la tabla 2, se expone que: 80% de los trabajadores hombres y 82% de las trabajadoras mujeres se encontraban dentro de los límites normales de depresión. Asimismo, 20% de los hombres y 18% de las mujeres se ubicaron en el nivel leve. Asimismo, en la tabla 3, se expone que se obtuvo un $p=.73$ en la prueba U de Mann-Whitney, indicando así que no existe diferencia según sexo de los trabajadores en los niveles de depresión.

En la tabla 4 se presenta los resultados relacionados con el tercer objetivo

específico:

Tabla 4

Estrategia de afrontamiento al estrés predominante según sexo de los trabajadores

	Niveles	Sexo			
		Hombres		Mujeres	
		Fr	%	Fr	%
Estrategia de afrontamiento focalizado en la solución	Bajo	57	88%	105	90%
	Medio	7	11%	12	10%
	Alto	1	1%	0	0%
	Total	65	100%	117	100%
	Niveles	Sexo			
		Hombres		Mujeres	
		Fr	%	Fr	%
Estrategia de expresión emocional abierta	Bajo	36	55%	70	60%
	Medio	24	37%	41	35%
	Alto	5	8%	6	5%
	Total	65	100%	117	100%
	Niveles	Sexo			
		Hombres		Mujeres	
		Fr	%	Fr	%
Estrategia de auto focalización negativa	Bajo	40	62%	81	69%
	Medio	20	31%	30	26%
	Alto	5	7%	6	5%
	Total	65	100%	117	100%
	Niveles	Sexo			
		Hombres		Mujeres	
		Fr	%	Fr	%
Estrategia de reevaluación positiva	Bajo	1	2%	2	2%
	Medio	44	68%	62	53%
	Alto	20	30%	53	45%
	Total	65	100%	117	100%

	Niveles	Sexo			
		Hombres		Mujeres	
		Fr	%	Fr	%
Estrategia de afrontamiento basada en la Evitación	Bajo	20	31%	22	19%
	Medio	35	54%	74	66%
	Alto	10	15%	21	15%
	Total	65	100%	117	100%

	Niveles	Sexo			
		Hombres		Mujeres	
		Fr	%	Fr	%
Estrategia búsqueda de apoyo social	Bajo	28	43%	31	27%
	Medio	30	47%	67	57%
	Alto	7	10%	19	16%
	Total	65	100%	117	100%

	Niveles	Sexo			
		Hombres		Mujeres	
		Fr	%	Fr	%
Estrategia de afrontamiento basada en la Religión	Bajo	34	52%	52	44%
	Medio	24	38%	49	42%
	Alto	7	10%	16	14%
	Total	65	100%	117	100%

Se determinó que reevaluación positiva es el tipo de estrategia de afrontamiento predominantemente aplicado por los trabajadores dado que es la estrategia de afrontamiento con mayor incidencia de participantes con niveles altos: 30% de los hombres y 45% de las mujeres.

La segunda estrategia de afrontamiento predominantemente aplicada fue la búsqueda de apoyo social dado que 11% de los hombres y 16% de las mujeres poseían niveles altos en esta estrategia de afrontamiento.

Previo al análisis inferencial, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov (SW) para determinar el tipo de distribución que poseían los datos:

Tabla 5

Prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov

<i>Depresión</i>	<i>Statis</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
Niveles generales de depresión	.88	.01	182
<i>Estrategias de afrontamiento al estrés</i>	<i>Statis</i>	<i>P</i>	<i>N</i>
Focalizado en la solución	.96	.00	182
Auto focalización negativa	.96	.01	182
Reevaluación positiva	.96	.02	182
Expresión emocional abierta	.98	.00	182
Evitación	.95	.01	182
Búsqueda de apoyo social	.98	.00	182
Religión	.97	.03	182

En la tabla 5, se expone que se obtuvo valores $p < 0.05$ en todas las dimensiones evaluadas, así como de manera general en ambas variables. Dado que los valores p no superan el .05, podemos afirmar que los datos recabados tienen una distribución no paramétrica por lo que se hace uso del coeficiente de correlación de Spearman.

A continuación, se presenta los resultados de los objetivos correlacionales iniciando por el objetivo general:

Tabla 6

Coefficiente de correlación de Spearman entre depresión y estrategias de afrontamiento en los trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa en el contexto de pandemia de COVID-19

N=182	Estrategias de afrontamiento	Rho	r ²	p
	Focalizado en la solución	.30	.09	.00
	Auto focalización negativa	-.18	.03	.01
	Reevaluación positiva	.26	.07	.00
Depresión	Expresión emocional abierta	-.04	.00	.61
	Evitación	.07	.00	.34
	Búsqueda de apoyo social	.09	.00	.25
	Religión	.02	.00	.76

En la tabla 6, se observa que al correlacionar los niveles generales de depresión y las estrategias de afrontamiento de los trabajadores se encontró valores $p < .05$ con las estrategias: focalizado en la solución ($p = .00$ y $Rho = .30$ y $r^2 = .09$); auto focalización negativa ($p = .01$; $Rho = -.18$ y $r^2 = .03$) y reevaluación positiva ($p = .00$; $Rho = .26$ y $r^2 = .07$). Dichas correlaciones serían de baja intensidad según Reguant et al. (2018) y tendrían un tamaño de efecto pequeño según lo propuesto por Cohen (1988).

Por otro lado, no se encontró correlación con las estrategias: expresión emocional abierta ($p = .61$), evitación ($p = .34$), búsqueda de apoyo social ($p = .25$) y religión ($p = .76$) dado que en dichos casos se obtuvo valor $p > .05$.

A continuación, se presentan los resultados referidos a nuestro cuarto objetivo específico:

Tabla 7

Coefficiente de correlación de Spearman entre las variables depresión y estrategias de afrontamiento en los trabajadores con menos de un año de servicio

N=182	Estrategias de afrontamiento	Rho	r ²	p
	Focalizado en la solución	.19	.03	.14
	Auto focalización negativa	-.18	.03	.14
	Reevaluación positiva	.22	.04	.14
Depresión	Expresión emocional abierta	-.17	.03	.22
	Evitación	-.00	.00	.97
	Búsqueda de apoyo social	.05	.00	.71
	Religión	.03	.00	.83

En la tabla 7, se observa que al correlacionar los niveles generales de depresión y las estrategias de afrontamiento en los trabajadores con menos de un año de servicio se obtuvo valores $p > .05$ en todos los casos, por tanto, no se encontró correlación entre las variables (Reguant et al., 2018) en los trabajadores con menos de un año de servicio.

Tabla 8

Coefficiente de correlación de Spearman entre las variables depresión y estrategias de afrontamiento en los trabajadores con 1-3 años de servicio

n=182	Estrategias de afrontamiento	Rho	r ²	p
	Focalizado en la solución	.33	.11	.00
	Auto focalización negativa	-.07	.05	.53
	Reevaluación positiva	.21	.04	.04
Depresión	Expresión emocional abierta	.05	.00	.64
	Evitación	.08	.00	.47
	Búsqueda de apoyo social	.11	.01	.31
	Religión	.04	.00	.72

En la tabla 8, se observa que al correlacionar los niveles generales de depresión y las estrategias de afrontamiento en los trabajadores con 1-3 años de servicio. Se obtuvo valores $p < .05$ al relacionar depresión con las estrategias: focalizado en la solución ($p = .00$; Rho .33; $r^2 = .04$) y reevaluación positiva ($p = .00$; Rho .21; $r^2 = .11$), por tanto, existe una relación directa y de baja intensidad entre depresión y dichas estrategias de afrontamiento. Asimismo, dichas correlaciones serían de intensidad moderada según Reguant et al. (2018) y tendrían un tamaño de efecto pequeño según lo propuesto por Cohen (1988).

Podemos afirmar que en los trabajadores que tienen de 1-3 años de servicio no existe relación entre depresión y el resto de estrategias de afrontamiento dado que se obtuvo valores $p > .05$ (Reguant et al., 2018).

Tabla 9

Correlación entre las variables depresión y estrategias de afrontamiento en los trabajadores con 3-5 años de servicio

n=182	Estrategias de afrontamiento	Rho	r ²	p
Depresión	Focalizado en la solución	.32	.10	.25
	Auto focalización negativa	-.28	.08	.32
	Reevaluación positiva	.65	.43	.00
	Expresión emocional abierta	.00	.00	.99
	Evitación	.12	.01	.67
	Búsqueda de apoyo social	.13	.00	.65
	Religión	.03	.00	.93

En la tabla 9, se observa que al correlacionar los niveles generales de depresión y las estrategias de afrontamiento en los trabajadores con 3-5 años de servicio. Se encontró valores $p > .05$ en todos los casos, a excepción de la relación entre depresión y la estrategia reevaluación positiva ($p = .00$; Rho .65 y $r^2 = .43$), es decir, que existe una relación positiva y de intensidad moderada según Reguant et al. (2018), asimismo, dicha correlación tendría un tamaño de efecto pequeño según lo propuesto por Cohen (1988).

Tabla 10

Correlación entre las variables depresión y estrategias de afrontamiento en los trabajadores con más de 5 años de servicio

n=182	Estrategias de afrontamiento	Rho	r ²	p
	Focalizado en la solución	.35	.12	.07
	Auto focalización negativa	-.41	.16	.04
	Reevaluación positiva	.33	.11	.09
Depresión	Expresión emocional abierta	.01	.00	.96
	Evitación	.14	.02	.47
	Búsqueda de apoyo social	.27	.07	.18
	Religión	.17	.03	.39

En la tabla 10, se observa que al correlacionar los niveles generales de depresión y las estrategias de afrontamiento en los trabajadores con más de 5 años de servicio. Se encontró valores $p > .05$ en todos los casos, a excepción de la relación entre depresión y la estrategia auto focalización negativa ($p = .04$; Rho $-.41$ y $r^2 = .16$). Dicha correlación sería de intensidad moderada según Reguant et al. (2018) y tendría un tamaño de efecto pequeño según lo propuesto por Cohen (1988).

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo general la relación entre depresión y las estrategias de afrontamiento de los trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa durante el contexto de pandemia de COVID-19, encontrándose relaciones positivas entre depresión y las estrategias: focalizada en la solución ($p=.00$; $Rho=.30$ y $r^2=.09$) y reevaluación positiva ($p=.00$; $Rho=.26$ y $r^2=.07$), es decir, que los trabajadores con niveles elevados de depresión tenderían a afrontar su sintomatología egodistónica abordándola directamente y también tienden a reevaluar la situación de conflicto buscando aspectos positivos de la misma y alternativas de solución del problema. Dichas correlaciones serían de baja intensidad según lo propuesto por Reguant et al. (2018) y tendrían un tamaño de efecto pequeño según lo propuesto por Cohen (1988).

Asimismo, se encontró una relación negativa y de baja intensidad entre depresión y auto focalización negativa ($p=.01$; $Rho=-.18$), dicha correlación tendría un tamaño de efecto pequeño ($r^2=.03$). Dichos resultados indicarían que aquellos con niveles altos de depresión no suelen focalizarse en los aspectos negativos de su persona (físico, aptitudes, etc), lo cual se contrapone con lo propuesto por diversos autores del enfoque cognitivo, entre ellos Beck et al. (2010), quienes consideran a la auto focalización negativa como una de las características principales de la depresión siendo además uno de los aspectos cognitivos a los cuales debe dirigirse la intervención terapéutica.

Por otro lado, si se somete a análisis de manera conjunta el hecho de que se

encontró que la depresión se relacionaba: directamente con las estrategias focalizada en la solución ($Rho = .30$) y reevaluación positiva ($Rho = .26$) y se relacionaba inversamente con la auto focalización negativa ($Rho = -.18$), podría inferirse que los trabajadores de la empresa ocupacional evaluada en general tienden a responder de manera adaptativa y resiliente ante niveles elevados de depresión. Dichos resultados son importantes de nivel organizacional ya que la salud mental de los trabajadores influye directamente en sus niveles de productividad y si los trabajadores ante niveles elevados de depresión tienden a abordar responden adaptativamente, se espera que posean niveles elevados de productividad y puedan resolver problemas laborales adecuadamente.

No se encontró relación entre depresión y el resto de estrategias evaluadas. Ante la ausencia de antecedentes similares, los resultados del presente estudio se constituyen como antecedentes para futuros estudios. En relación con la comorbilidad de la depresión, esta se asocia regularmente con niveles elevados de ansiedad. Aguilar (2020), estudió los niveles de ansiedad y depresión en personal sanitario de Arequipa y determinó que el 60% presentaba ansiedad (40% leve y 20% moderada-grave), 45% presentaba depresión (55% leve y el 11% moderada a grave) y se determinó que ambas variables se relacionaban inversamente. Es decir, niveles elevados de ansiedad se corresponderían con niveles bajos de depresión y viceversa. Por otro lado, cuando el estrés laboral se hace crónico da pie a un cuadro psicopatológico denominado como burnout, Hinojosa (2021), en una muestra de trabajadores arequipeños del sector salud, determinó que el burnout se relacionaba

directamente con la depresión.

En relación con el primer objetivo específico que planteaba el analizar si los niveles de depresión según estado civil de los trabajadores, no hubo incidencia de trabajadores con niveles moderados o altos de depresión; poseían niveles leves de depresión: 14% de los solteros, 5% de los convivientes, 25% de los casados y 37% de los divorciados. Dichos resultados son relevantes ya que daría cuenta de que son casados y divorciados quienes poseen una mayor incidencia de trabajadores depresivos. En base a los resultados obtenidos el área de Recursos Humanos de la clínica ocupacional evaluada podría desarrollar e implementar estrategias dirigidas a entrenar a los trabajadores para afrontar adecuadamente los síntomas depresivos que por diferentes motivos pudieran experimentar.

Los resultados reportados son alentadores si son comparados con los reportados por Pereira et al. (2021), quienes en una muestra de 3249 profesionales 19% informó síntomas moderados; 10% informó síntomas moderados a graves y 7% informó síntomas graves; se encontró que las mujeres, los trabajadores del norte, los adultos jóvenes, las personas solteras y aquellos con un ingreso de hasta cuatro salarios mínimos, presentaban niveles más elevados de depresión. Chávez et al. (2021), en una muestra de 127 trabajadores sanitarios paraguayos, encontró que el 33% poseía síntomas depresivos.

Respecto al segundo objetivo específico, el cual planteaba analizar si existía diferencias según sexo en los niveles de depresión, se encontró que 80% de los hombres y 20% de las mujeres no tenían síntomas depresivos. El 20% de los hombres y 18% de las

mujeres se ubicaron en el nivel leve. Mediante la prueba U de Mann-Whitney se determinó que no existe diferencia según sexo de los trabajadores en los niveles de depresión dado que se obtuvo un $p = .73$.

Si bien en el presente estudio no se encontró diferencias según sexo respecto a los niveles de depresión experimentados, se recomienda que aquellos investigadores deseen replicar el presente estudio, tomen en cuenta el factor género dado que no existe consenso científico respecto a la incidencia de depresión según sexo, siendo que algunos estudios señalan una mayor incidencia de depresión en los hombres y otros autores señalan una mayor incidencia de depresión en las mujeres. Si dicho análisis pudiera ser completado mediante la aplicación de entrevistas o estudios de caso diferenciado por sexo permitiría un análisis más profundo de la depresión.

Previo a la pandemia, el sector salud ya era considerado como un sector vulnerable a las psicopatologías y burnout debido a distintos factores psicosociales que podrían generar: ansiedad, depresión, estrés, insomnio, etc. Al respecto, Quispe (2018), con una muestra de 150 profesionales limeños encontró que el 44% presentaba ansiedad y 59% depresión. A nivel local, Chavez y Pazos (2021), encontraron que el 59% de los trabajadores de salud presentaban depresión mientras que solo el 43% de la población en general presentaba dichos síntomas. Debido a tan elevadas cifras es que consideramos relevante el realizar una evaluación de riesgo para detectar factores psicosociales, físicos y ambientales, proporcionar todos los soportes emocionales y reincorporar a todos aquellos trabajadores que ya padezcan

psicopatologías o patologías sean esta consecuencia o no de su trabajo.

Se determinó que reevaluación positiva es el tipo de estrategia de afrontamiento predominantemente aplicado por los trabajadores dado que 30% de los hombres y 45% de las mujeres poseían niveles altos en estas. La segunda estrategia de afrontamiento predominantemente aplicada fue la búsqueda de apoyo social dado que 11% de los hombres y 16% de las mujeres poseían niveles altos.

Finalmente, respecto a nuestro cuarto objetivo específico, que plateaba el analizar si existía correlación entre depresión y estrategias de afrontamiento al estrés según tiempo de servicio: no se encontró correlación entre las variables en los trabajadores con menos de un año de servicio. En los trabajadores con 1-3 años, se encontró que la depresión se relacionaba positivamente con las estrategias focalizado en la solución y reevaluación positiva. En los trabajadores de 3-5 años de servicio, se encontró que la depresión se relacionaba positivamente con la reevaluación positiva. En aquellos con 5 años o más de servicio, la depresión se relacionaba inversamente con la auto focalización negativa. Ante la ausencia de resultados en estudios similares, los resultados aquí presentados se constituyen como antecedentes de investigación. Se sugiere el realizar análisis según otros indicadores sociodemográficos como son: sexo, grupo etario, cargo, etc.

Conclusiones

Primera. Se determinó que la depresión se relacionaba positivamente con las estrategias: focalizado en la solución y reevaluación positiva. Asimismo, se encontró una relación negativa entre depresión y auto focalización negativa. No se encontró relación entre depresión y el resto de estrategias de afrontamiento evaluadas.

Segunda. Se determinó que la mayor parte de trabajadores poseían niveles leves de depresión indistintamente de su estado civil. No se encontró incidencia de trabajadores con niveles moderados o intensos de depresión.

Tercera. Se determinó que la mayor parte de trabajadores hombres y mujeres poseían niveles de depresión dentro de los límites normales y solo una minoría poseía niveles leves de depresión. No se encontró diferencia estadísticamente significativa según sexo de los trabajadores respecto a los niveles de depresión.

Cuarta. Se consideró como predominante a la estrategia de afrontamiento al estrés con mayor incidencia de trabajadores con niveles altos. Se determinó que reevaluación positiva es el tipo de estrategia de afrontamiento con mayor incidencia de trabajadores con niveles altos indistintamente de su tiempo de servicio, por tanto, se consideró a esta estrategia como predominante. A su vez, se obtuvo correlación directa con la estrategia de focalización en la solución del problema en trabajadores que prestan servicio entre 1 a 3 años.

Quinta. No se encontró correlación entre depresión y ninguna de las estrategias de afrontamiento al estrés evaluadas en los trabajadores con menos de un año de servicio. En

los trabajadores con 1-3 años de servicio, se encontró correlaciones directas entre depresión y las estrategias focalizado en la solución y reevaluación positiva. En los trabajadores de 3-5 años de servicio, se encontró que la depresión se relacionaba positivamente con la estrategia reevaluación positiva. En aquellos con 5 años o más de servicio, la depresión se relacionaba inversamente con la estrategia auto focalización negativa.

Sugerencias

Primera. Dado que se encontró una relación positiva entre depresión y las estrategias: focalizado en la solución y reevaluación positiva, se recomienda la implementación de programas de entrenamiento en estrategias adaptativas al estrés, así como la evaluación regular del personal para detectar oportunamente casos de depresión para realizar la derivación correspondiente a los servicios de sanitarios competentes para recibir el tratamiento psicológico oportuno.

Segunda. Si bien no se encontró trabajadores niveles moderados o altos de depresión, si existe un porcentaje significativo de trabajadores con niveles leves, por lo que, se recomienda el eliminar todos aquellos factores psicosociales que puedan influir negativamente en su estado de ánimo, asimismo, se deben tomar medidas preventivas como son el implementar programas de reforzamiento económico y no económico que fomenten emociones y sentimientos positivos y a su vez, contribuyan a mantener niveles elevados de motivación y productividad.

Tercera. Si bien en el presente estudio no se encontró diferencias según sexo respecto a los niveles de depresión experimentados, se recomienda que futuros estudios también consideren realizar dicha comparación dado que no existe consenso científico respecto a la incidencia de depresión según sexo, siendo que algunos estudios señalan una mayor incidencia de depresión en los hombres y otros autores señalan una mayor incidencia de depresión en las mujeres.

Cuarta. El presente estudio realizó comparaciones según tiempo de servicio, sin embargo, no se encontró diferencias, siendo reevaluación positiva la estrategia de afrontamiento predominantemente aplicado por los trabajadores indistintamente de su tiempo trabajando para la clínica ocupacional. Se recomienda que futuros investigadores también realicen dichas comparaciones dado que con el paso del tiempo las estrategias podrían variar tanto la estrategia en sí como la frecuencia con la que es aplicada. Asimismo, se sugiere realizar comparaciones según grupo etario y grado de instrucción.

Quinta. Se recomienda realizar estudios con un tipo de muestreo probabilístico y con grupos poblacionales mayores con la finalidad de obtener resultados más generalizables y que sus descubrimientos tengan un mayor impacto a nivel teórico.

Limitaciones

El estudio se realizó exclusivamente desde el paradigma cuantitativo y con un nivel correlacional-comparativo, por ende, solo da cuenta de resultados de carácter numérico y no aborda fenomenológicamente las variables objeto de estudio. Asimismo, los resultados responden a la realidad de una única clínica ocupacional y son representativos solo para esta.

Referencias

- Abad, J. N. (2017). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés – CAE de una Institución Hospitalaria de Chimbote* [Tesis de Licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/10280>
- Acosta, J., Iglesias, S., Acosta, J., & Iglesias, S. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 212-213.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3784>
- Aguilar, J. C. (2020). *Niveles de depresión y ansiedad en el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi—Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020* [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica de Santa María].
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10370>
- Arquero, J. E. (2019). *Adaptación psicométrica de la escala para la auto-medición de la depresión de Zung en los pobladores adultos del distrito de puerto esperanza – Purús - Ucayali, año 2018* [Tesis de Maestría, Universidad Norbert Wiener].
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3138>
- Barrutia, I., Sánchez, R. M., & Silva Marchan, H. A. (2021). Consecuencias económicas y sociales de la inamovilidad humana bajo Covid – 19 caso de estudio Perú. *Lecturas de Economía*, 94, 285-303. <https://doi.org/10.17533/udea.le.n94a344397>

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19.a ed.). Editorial Desclée De Brower, S.A.
- Berrios, M. G. (2018). *Análisis Cuantitativo para las Ciencias Sociales* (1.a ed.). Universidad Católica de Santa María.
- Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, M. del C., & Tizón, J. L. (2020). Salud mental en epidemias: Una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. *Atención Primaria*, 52, 93-113. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.004>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>
- Chavez, A. M., & Pazos, E. M. (2021). *Diferencias en la frecuencia de depresión en personal de salud del Hospital Central Militar de Lima y población general durante la pandemia por COVID-19* [Tesis de Licenciatura, Universidad Científica del Sur]. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2916526>
- Chávez, L., Marcet, G., Ramírez, E., Acosta, L., Samudio, M., Chávez, L., Marcet, G., Ramírez, E., Acosta, L., & Samudio, M. (2021). Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, Paraguay 2020. *Revista de salud publica del Paraguay*, 11(1), 74-79. <https://doi.org/10.18004/rspp.2021.junio.74>
- Ciria, S., & Día, J. L. (2021). Síntomas psicóticos en relación con cuarentena por COVID-

19. *Revista Colombiana De Psiquiatria*, 50(1), 39-42.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.10.009>

Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). Código de Ética y Deontología. Adaptado al Estatuto Nacional y a la Ley 30702 del 21 de diciembre de 2017.

http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC).

(2019). *Código Nacional de la Integridad Científica*. CONCYTEC. Código

Nacional de la Integridad Científica. CONCYTEC.

<https://portal.concytec.gob.pe/images/publicaciones/Codigo-integridad-cientifica.pdf>

Diario Gestión. (2021, marzo 8). Denuncias por violencia de género se incrementaron 130% en el 2020 en Perú. *Diario Gestión*. <https://gestion.pe/peru/denuncias-por-violencia-de-genero-se-incrementaron-130-en-el-2020-en-peru-noticia/>

Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva* (Décima). Desclée De Brouwer. <https://www.edesclée.com/tematicas/biblia/manual-de-terapia-racional-emotiva-detail>

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.

<https://doi.org/10.2307/2136617>

Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A., & Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en

personas con ansiedad. *Psychologia*, 4(1), 63-70.

<https://doi.org/10.21500/19002386.1159>

García, J. (2020). Investigación en salud mental durante la pandemia de COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 221-222.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.001>

Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amarrortu editores España S.L.

González-Rodríguez, A., & Labad, J. (2020). Salud mental en tiempos de la COVID: Reflexiones tras el estado de alarma. *Medicina Clínica*, 155(9), 392-394.

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.009>

Hernández, R., Fernández, C., & Pilar, M. (2014). *Metodología de la investigación*.

McGraw-Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hinojosa, M. (2021). *Burnout y depresión en trabajadores del centro de salud mental comunitaria en contexto Covid-19 en la ciudad de Arequipa, 2020* [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo].

<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2934942>

Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang

Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional

study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 11-17.

<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H.,

Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020).

Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers

Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3).

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*.

<https://books.google.com.pe/books?id=i->

ySQQuUpr8C&dq=Lazarus,+R.+S.,+%26+Folkman,+S.+(1984).+Stress,+appraisal

,+ and+coping.&lr=&hl=es&source=gbs_navlinks_s

Lee, A. M., Wong, J. G. W. S., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C.,

Chu, C.-M., Wong, P.-C., Tsang, K. W. T., & Chua, S. E. (2007). Stress and

psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Canadian*

Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie, 52(4), 233-240.

<https://doi.org/10.1177/070674370705200405>

Loli, S. G. (2021). *Estrés laboral y depresión del personal de atención Área COVID –19 en*

establecimiento de salud I-3, Lima-2021 [Tesis de Maestría, Universidad César

Vallejo]. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3047106>

Mejia, C. R., Chacon, J. I., Enamorado-Leiva, O. M., Garnica, L. R., Chacón-Pedraza, S. A.,

- García-Espinosa, Y. A., Mejía, C. R., Chacon, J. I., Enamorado-Leiva, O. M., Garnica, L. R., Chacón-Pedraza, S. A., & García-Espinosa, Y. A. (2019). Factores asociados al estrés laboral en trabajadores de seis países de Latinoamérica. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 28(3), 204-211.
- Ñaupas, H., Palacios, J. J., Romero, H. E., & Valdivia, M. R. (2018). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis*. <http://www.ebooks7-24.com/?il=8046>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, abril 24). *COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS*. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M., & Idoiaga, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Park, J.-S., Lee, E.-H., Park, N.-R., & Choi, Y. H. (2018). Mental Health of Nurses Working at a Government-designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 2-6. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.006>
- Pazmiño, E. E., Alvear, M. J., Saltos, I. G., Pazmiño, D. E., Pazmiño, E. E., Alvear, M. J.,

Saltos, I. G., & Pazmiño, D. E. (2021). Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador.

Revista Colombiana de Psiquiatría, 50(3), 15-24.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007>

Pereira, F. M. V., Goulart, M. de C. e L., Góes, F. G. B., Silva, A. C. de O. e, Duarte, F. C.

P., & Oliveira, C. P. B. de. (2021). Depression symptoms in nursing professionals during the COVID-19 pandemic. *Cogitare Enfermagem*, 26.

<https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.76442>

Pérez, M. I. (2021). *Ansiedad, depresión y estrés del personal de salud del Hospital General*

de Babahoyo, durante la pandemia COVID 19, periodo 2021 [Tesis de Maestría,

Universidad César Vallejo]. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2932975>

Quispe, L. S. (2018). Prevalencia de ansiedad y depresión en personal de salud en el

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Diciembre 2017 [Tesis de Licenciatura,

Universidad Privada San Juan Bautista].

<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2842958>

Reguant, M., Vilà, R., & Torrado, M. (2018). La relación entre dos variables según la escala

de medición con SPSS. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 11(2),

45-60. <https://doi.org/doi.org/10.1344/reire2018.11.221733>

Rivera, L. F. (2021). *Niveles de depresión y ansiedad en el personal de salud vacunado*

contra el COVID 19 del Hospital de Apoyo Camaná-Arequipa 2021 [Tesis de

Licenciatura, Universidad Católica de Santa María].

<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10812>

Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., & Vera, P. (2020). Symptomatology associated with mental health disorders in health workers in Paraguay: COVID-19 effect | Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology.

<https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1298>

Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-53. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>

Schaurich, A., Monteiro, J. K., Dilélio, A. S., Sobrosa, G. M. R., & Borowski, S.

B. V. (2017). Contexto Hospitalar Público E Privado: Impacto No Adoecimento Mental De Trabalhadores Da Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15, 421-438.

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00054>

Supo, J. (2014). *Cómo probar una hipótesis – El ritual de la significancia estadística*.

Médico Bioestadístico. www.bioestadistico.com

Wang, W., Tang, J., & Wei, F. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal of Medical Virology*, 92(4),

441- 447. <https://doi.org/10.1002/jmv.25689>

Zung, W. W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>

Anexos

Anexo 1- Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito del presente documento es obtener su consentimiento de ser participante en la investigación titulada “Depresión y estrategias de afrontamiento al estrés en trabajadores de una clínica ocupacional de Arequipa en el contexto de pandemia de COVID-19”, la cual es conducida por la Bachiller en Psicología: Ramos Benavente, Saida Gladys.

El objetivo del estudio es determinar la relación entre depresión y estrategias de afrontamiento. Los datos que se recolecten tienen fines académicos exclusivamente, se garantiza el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos.

Si tiene alguna duda sobre la investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento a la siguiente dirección de correo electrónico:

Por favor, indique si está de acuerdo con participar del estudio:

A. Sí

B. No

Anexo 2- Ficha sociodemográfica**Ficha Sociodemográfica****Puesto:****Sede:****Sexo:**

- a) Hombre
- b) Mujer

Edad:**Estado civil:**

- a) Soltero (a)
- b) Conviviente
- c) Casado (a)
- d) Separado (a) / Divorciado (a)
- e) Viudo (a)

Tiempo de trabajo:

- a) Menos de un año
- b) 1-3 años
- c) 3-5 años
- d) Más de 5 años

Anexo 3-Cuestionario de Afrontamiento al estrés

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Edad..... Sexo..... Tiempo de Servicio..... Estado civil.....

Instrucciones: Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

0. Nunca
 1. Pocas veces
 2. A veces
 3. Frecuentemente
 4. Casi siempre

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0 1 2 3 4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0 1 2 3 4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0 1 2 3 4
4. Descargué mi mal humor con los demás	0 1 2 3 4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0 1 2 3 4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0 1 2 3 4
7. Asistí a la Iglesia	0 1 2 3 4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0 1 2 3 4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0 1 2 3 4
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0 1 2 3 4
11. Insulté a ciertas personas	0 1 2 3 4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0 1 2 3 4
13. Pedí consejo a algún parente o amigo para afrontar mejor el problema	0 1 2 3 4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0 1 2 3 4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0 1 2 3 4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0 1 2 3 4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0 1 2 3 4
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0 1 2 3 4
19. Saí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0 1 2 3 4
20. Pedí a parentes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0 1 2 3 4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0 1 2 3 4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0 1 2 3 4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0 1 2 3 4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0 1 2 3 4
25. Agredí a algunas personas	0 1 2 3 4
26. Procuré no pensar en el problema	0 1 2 3 4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0 1 2 3 4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0 1 2 3 4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0 1 2 3 4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0 1 2 3 4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0 1 2 3 4
32. Me irrité con alguna gente	0 1 2 3 4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0 1 2 3 4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0 1 2 3 4
35. Recé	0 1 2 3 4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0 1 2 3 4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0 1 2 3 4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0 1 2 3 4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0 1 2 3 4
40. Intenté olvidarme de todo	0 1 2 3 4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0 1 2 3 4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0 1 2 3 4

Anexo 4- Escala de la auto medición de la Depresión de Zung**Escala de la auto medición de la Depresión de Zung**

Instrucciones: Para contestar debe leer cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.	1	2	3	4
4	Duermo mal.	1	2	3	4
5	Tengo tanto apetito como antes.	4	3	2	1
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.	4	3	2	1
7	Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.	1	2	3	4
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.	1	2	3	4
10	Me canso sin motivo.	1	2	3	4
11	Tengo la mente tan clara como antes.	4	3	2	1
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	4	3	2	1
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14	Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15	Estoy mas irritable que antes.	1	2	3	4
16	Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17	Me siento útil y necesario.	4	3	2	1
18	Me satisface mi vida actual.	4	3	2	1
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.	4	3	2	1