

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y
EDUCACIÓN**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

Estrés generado por la pandemia Covid-19 y su relación con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería del departamento de Lambayeque, 2020.

Presentada para obtener el Título profesional de Licenciada en Psicología

Investigadoras: Gamarra Sánchez, Frida Paola

Pejerrey Pasco, Chabeli Yein

Asesora: Mg. Idrogo Cabrera, Mary Cleofe

Lambayeque – Perú

2021

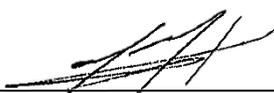
Tesis presentada para obtener el título profesional de licenciadas en psicología.



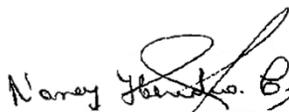
Bach. Frida Paola Gamarra Sánchez
Investigadora



Bach. Chabeli Yein Pejerrey Pasco
Investigadora



Lic. Manay Tafur Elmer Milton
Presidente



Dr. Heredia Carhuapoma Nancy Liliana
Secretaria



Ps. Espinoza Yong Nelson Pacifico
Vocal



M. Sc. Mary Cleofe Idrogo Cabrera
Asesora

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

N° 0161-VIRTUAL

Siendo las **09:00 horas**, del día **Jueves 23 de diciembre de 2021**; se reunieron **vía online mediante la plataforma virtual Google Meet**, <https://meet.google.com/cna-xrnq-fkw>, los miembros del jurado designados mediante **Decreto N° 101-2020-V-U.I-FACHSE**, de fecha **18 de setiembre de 2020**, integrado por:

Presidente	: Lic. Elmer Milton Manayay Tafur.
Secretario	: Dra. Nancy Liliana Heredia Carhuapoma
Vocal	: M. Sc. Nelson Pacífico Espinoza Yong
Asesor	: M. Sc. Mary Cleofé Idrogo Cabrera

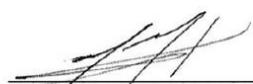


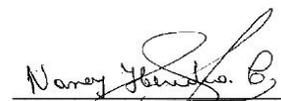
La finalidad es evaluar la Tesis titulada: **“ESTRÉS GENERADO POR LA PANDEMIA COVID-19 Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE, 2020.”**; presentada por las bachilleres **GAMARRA SANCHEZ FRIDA PAOLA y PEJERREY PASCO CHABELI YEIN** para obtener el Título profesional de Licenciado(a) en **Psicología**.

Producido y concluido el acto de sustentación, de conformidad con los artículos 131 al 140 del Reglamento General del Vicerrectorado de Investigación (aprobado con Resolución N° 018-2020-CU de fecha 10 de febrero del 2020); los miembros del jurado procedieron a la evaluación respectiva, haciendo las preguntas, observaciones y recomendaciones al(os) sustentante(s), quien(es) procedió(eron) a dar respuesta a las interrogantes planteadas.

Con la deliberación correspondiente por parte del jurado, se procedió a la calificación de la Tesis, obteniendo un calificativo de **(17) (DIECISIETE)** en la escala vigesimal, que equivale a la mención de **BUENO**

Siendo las **10:15 horas** del mismo día, se dio por concluido el acto académico online, con la lectura del acta y la firma de los miembros del jurado.


 Lic. Elmer Milton Manayay Tafur
 PRESIDENTE


 Dra. Nancy Liliana Heredia Carhuapoma
 SECRETARIO


 M. Sc. Nelson Pacífico Espinoza Yong
 VOCAL

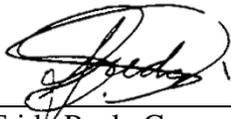
OBSERVACIONES:.....

El presente acto académico se sustenta en los artículos del 39 al 41 del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (aprobado con Resolución N° 270-2019-CU de fecha 4 de setiembre del 2019); la Resolución N° 407-2020-R de fecha 12 de mayo del 2020 que ratifica la Resolución N° 004-2020-VIRTUAL-VRINV del 07 de mayo del 2020 que aprueba la tramitación virtualizada para la presentación, aprobación de los proyectos de los trabajos de investigación y de sus informes de investigación en cada Unidad de Investigación de las Facultades y Escuela de Posgrado; la Resolución N° 0372-2020-V-D-NG-FACHSE de fecha 21 de mayo del 2020 y su modificatoria Resolución N° 0380-2020-V-D-NG-FACHSE del 27 de mayo del 2020 que aprueba el INSTRUCTIVO PARA LA SUSTENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y TESIS VIRTUALES.

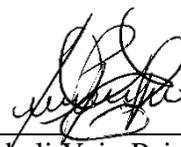
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotras, Frida Paola Gamarra Sánchez y Chabeli Yein Pejerrey Pasco y nuestra asesora M. Sc. Mary Cleofe Idrogo Cabrera en el trabajo de investigación **“estrés generado por la pandemia COVID-19 y su relación con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería del departamento de Lambayeque, 2020.”** Declaramos bajo juramento que esta investigación no es plagiada, los datos que se utilizan son originales y no falsos. En caso de que se demuestre lo contrario asumimos toda la responsabilidad y por ende al proceso administrativo y disposiciones legales pertinentes.

Lambayeque, 19 de noviembre del 2021



Bach. Frida Paola Gamarra Sánchez
Investigadora



Bach. Chabeli Yein Pejerrey Pasco
Investigadora



M. Sc. Mary Cleofe Idrogo Cabrera
Asesora

DEDICATORIA

A Dios, a mi madre y a mi hermana, que siempre me apoyaron durante mi formación y fueron un ejemplo a seguir.

Frida Gamarra

A mi madre y a mi padre que con su amor y formación en valores me enseñaron a ser la mejor versión de mí misma.

Chabeli Pejerrey

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios, quién me acompaña a lo largo de mi vida, en mis caídas, en mis logros.

También agradezco a mi madre, quién dio todo de sí misma por sacar a delante a sus dos hijas y lograr que cumplan sus metas, apoyarnos y motivarnos a seguir.

Agradezco a mi hermana por apoyarme y acompañarme cuando lo necesitaba y ser un ejemplo para mí a seguir.

Agradezco a todas esas personas que estuvieron apoyándome durante mi formación académica, mis profesores y los licenciados que me apoyaron durante mi formación y en mi desenvolvimiento de práctica e internado.

Y agradezco a los licenciados que hicieron posible este proyecto con su colaboración.

Frida Gamarra

Agradezco a Dios por haberme permitido culminar esta importante meta académica y a mis padres por siempre ser mi apoyo incondicional en cada etapa de mi vida.

Chabeli Pejerrey

INDICE

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
INDICE	vii
INDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN	12
Capítulo I: Diseño Teórico.....	18
1. Antecedentes	18
1.1. Internacionales	18
1.2. Nacionales	20
1.3. Locales	26
2. Bases teóricas.....	28
2.1. Estrés.....	28
2.2. Depresión.....	44
2.3. Ansiedad	61
Capitulo II: Métodos y materiales.....	78
1. Diseño de contrastación de hipótesis	78

1.1. Hipótesis General	78
1.2. Método de contrastación de hipótesis	78
2. Población y muestra.....	79
3. Procedimientos para la investigación.....	79
3.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	79
4. Técnicas e instrumentos	80
4.1. Técnicas	80
4.2. Instrumentos	81
5. Equipos y materiales	82
Capítulo III: Resultados y discusión	83
1. Resultados	83
2. Discusión	92
Capítulo IV: Conclusiones	98
Capítulo V: Recomendaciones.....	100
Bibliografía.....	101
ANEXOS.....	114

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería.....	83
Tabla 2 : Tipo de estrés generado por la pandemia COVID-19 en el personal de enfermería.....	84
Tabla 3 : Nivel de depresión del personal de enfermería	85
Tabla 4 : Nivel de ansiedad del personal del personal de enfermería	86
Tabla 5 : Estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería según edad.....	87
Tabla 6 : Estrés generado por la pandemia COVID- 19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería según sexo	89
Tabla 7 : Estrés generado por la pandemia COVID- 19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería según estado civil	90

RESUMEN

La investigación presentó como objetivo determinar la relación entre el estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería del departamento de Lambayeque, 2020. Se utilizó un diseño no experimental transversal de tipo correlacional múltiple con un enfoque cuantitativo. Se evaluó a 101 profesionales de enfermería colegiados de la región Lambayeque, a quienes se les aplicó la Escala de percepción global de estrés, la cual cuenta con una validez convergente y discriminante, y una confiabilidad de .799; por otro lado, se aplicó el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) con validez de contenido y de constructo, su confiabilidad es de 0.93 en alfa de Cronbach; también se utilizó el inventario de ansiedad de Beck (BAI) con 0.93 de alfa de Cronbach para confiabilidad y en cuanto a validez de contenido, los valores oscilaron entre 0.80 y 1. Se obtuvo como resultados que la ansiedad presenta una relación positiva significativa con el eustrés y el distrés. Además se halló una relación positiva, altamente significativa entre depresión con el eustrés y el distrés en el personal de enfermería, aceptando la hipótesis que señala que existe relación positiva, altamente significativa, entre las variables de estudio, ya que el 37.60% de los evaluados presentan un nivel alto de estrés negativo, y el 54.50% un nivel bajo de estrés positivo; por otro lado, el 69.30% de los profesionales arrojaron como no depresivos, el 14.9% depresión leve, el 11.90% resultó como depresión moderada y el 4% como depresión severa; además el nivel no ansioso presenta el 46.50%, el nivel leve presenta el 24.80%, el 21.80% el nivel moderado y el 6.90% nivel severo.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Estrés, Enfermería, COVID-19.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between the stress generated by the COVID-19 pandemic with anxiety and depression in the nursing staff of the department of Lambayeque, 2020. A non-experimental cross-sectional design of multiple correlational type was used with a quantitative approach. 101 registered nursing professionals from the Lambayeque region were evaluated, to whom the Global Stress Perception Scale was applied, which has a convergent and discriminant validity, and a reliability of .799; On the other hand, the Beck-II Depression Inventory (BDI-II) was applied with content and construct validity, its reliability is 0.93 in Cronbach's alpha; The Beck Anxiety Inventory (BAI) was also used with 0.93 Cronbach's alpha for reliability and in terms of content validity, the values ranged between 0.80 and 1. The results were obtained that anxiety presents a significant positive relationship with the eustress and distress. Likewise, a positive, highly significant relationship was found between depression with eustress and distress in the nursing staff, accepting the hypothesis that there is a positive, highly significant relationship between the study variables, since 37.60% of those evaluated they are located at a high level of negative stress, and 54.50% at the low level of positive stress; on the other hand, 69.30% of the professionals reported as non-depressed, 14.9% mild depression, 11.90% resulted as moderate depression and 4% as severe depression; In addition, the non-anxious level presents 46.50%, the mild level presents 24.80%, 21.80% the moderate level and 6.90% severe level.

Keywords: Anxiety, Depression, Stress, Nursing, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo nace a partir de una gran preocupación por la población a consecuencia de la pandemia por COVID-19, enfermedad que fue reportada a finales del año 2019 en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei en China. El 11 de marzo del 2020 fue declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2020) y en Perú, el 6 de marzo se registró el primer caso de Sars Cov-2, que marcaría un antes y un después.

Sin duda un precedente que ha movilizó en gran medida a diferentes sistemas como el político, económico y de salud, evidenciando grandes carencias principalmente en el sector salud, demostrado este por el colapso del sistema de atención, por la brecha de recursos humanos, falta de equipos, insumos deficientes, falta de oxígeno, entre otros.

A nivel internacional, se observó altos niveles de estrés, ansiedad y depresión en el personal de salud a cargo de la atención de pacientes COVID-19; tal es así, que se ha encontrado como inspiración los trabajos académicos desarrollados en países como en China, donde Carroll (2020) encontró altos niveles de ansiedad y depresión, después de realizar una encuesta a 1,257 personas, se encontró que el 50,4%, presentaba síntomas de depresión y un 44,6% de ansiedad, teniendo un índice mayor de 7,1% en enfermeras que en el resto de personal de salud.

Por otro lado Lozano Vargas (2020) realizó un estudio en China, en la cual señaló que los problemas de salud mental como son el estrés, ansiedad y depresión en el personal de salud son significativos, siendo la tasa de ansiedad de 23,04% mayor en el personal femenino y en la profesión de enfermería, también se observó que el 16,5% presentaba síntomas depresivos, el 28,8% de los evaluados presentaban síntomas ansiosos y el 8,1% presentaba estrés, estos resultados se presentaron en niveles de estrés severos y moderados. Por otro lado, en dicho

estudio, se registró que presentaban el 35% de distrés en la población en general evaluada, y al igual que en los resultados anteriores, este era más frecuente en las mujeres.

Por otro lado, El Universo (2020) señaló que en Italia, se suicidaron dos enfermeras, una de 34 años que trabajó en la unidad de cuidados intensivos en el hospital de San Gerardo, en la cual se registró la mayor cantidad de pacientes con coronavirus, los medios manifestaron que dicha enfermera se encontraba agotada y con un gran estrés, además había contraído el virus, lo que conllevó a una mayor preocupación por miedo a contagiar a alguien, todo esto desencadenó a tomar una decisión desafortunada ahorcándose en el mismo hospital en el que laboraba. Mientras tanto en Venecia, una semana antes del primer suicidio en la ciudad de Monza; el estrés, el dolor, el miedo y el agotamiento dieron pie a que una enfermera de 49 años se arrojara al mar en busca de deshacerse de la presión y el agotamiento emocional que sentía (Editora Perú, 2021).

Casos como estos reflejaron los peligros físicos y emocionales a los que se enfrentaron cada día el personal de salud, registrándose en dicho país aproximadamente 4824 profesionales de la salud que se contagiaron con el virus desde el inicio de la pandemia (El Universo, 2020).

Este tema tomo mayor fuerza y visibilidad a raíz de la pandemia, sin embargo el programa Desayunos Informales informó en el año 2019 que la tasa de suicidios, por depresión, es mayor en el personal de salud que en la población en general en todo el mundo (Grecco, 2019), siendo estos de mayor riesgo comparado con otros profesionales, además se evidenció que los profesionales de enfermería, farmacéutico, odontología y otros, mostraban aún mayor riesgo en el personal femenino (Cano et al., 2014).

En Paraguay se registró que, entre el personal de salud de cinco hospitales, en la cual sumaban 432 participantes, el 42% sufría de depresión y el 48% tenía ansiedad, entre los evaluados estaba médicos, bioquímicos, personal administrativo y enfermeras, en el cual se evaluó la exposición

que tiene el personal al virus. Este estudio realizado en Paraguay también recalcó que la mayor parte del estrés se podía observar en el personal de enfermería (ABC COLOR, 2021).

Medios españoles señalan que el 20% de enfermeras reconoce padecer de depresión y más de la mitad del personal sufre ansiedad. Dicho estudio realizado en la ciudad de Balera a 900 enfermeros, señala que el impacto es más fuerte entre 10 y 30 años ejerciendo y de la cual llevan 2 meses en el área de COVID, esto debido a los factores mencionados anteriormente en otros estudios sumados a la falta de descanso entre ola y ola que no daba tiempo a recuperarse (Periodico de Ibiza, 2021).

En Ecuador, Yungán (2020) realizó una investigación titulada: Afrontamiento emocional en el estrés por cuidado de enfermería a pacientes con COVID-19, en la cual se trabajó con 40 enfermeros que laboraban en el área de COVID del Hospital general de Puyo, con la intención de determinar el afrontamiento emocional en el estrés por cuidado del personal de enfermería a pacientes con COVID-19, por ello se aplicó el instrumento que mide el síndrome de Burnout, así como el de afrontamiento emocional validado por la Universidad Nacional de Chimborazo. La investigación fue de tipo, transversal, descriptivo, prospectivo con diseño documental, no experimental, siendo además una secuencia transversal en tiempo definido. En dicha investigación se concluyó que en la mayor parte de los profesionales predominó el cansancio emocional de Burnout, no se destacó una alteración del afrontamiento emocional en la gran parte del personal.

En el territorio nacional, similar es la situación, ya que una investigación realizada en la ciudad de Cuzco detectó que en el personal de salud existía prevalencia de depresión en un 30,8%, un 41,8% de ansiedad y que existía un 34,1% de estrés entre los evaluados (Virto et al. , 2020).

En Lima, una investigación desarrollada en el mes de mayo señala que el 39,1% de los profesionales sufrían de ansiedad, mientras que el 24,6% manifestaban depresión y el 8,8% estrés, con lo cuál se concluyó que los enfermeros que atendían a pacientes con COVID, presentaban menos depresión que ansiedad y solo en algunos casos presentaban estrés (Obando et al., 2020).

En Ica, medios informaron que enfermeras al recibir sus resultados positivos de COVID-19, manifestaron, al bode de las lágrimas, quejas sobre el cuidado sanitario por lo cual se habrían contagiado y temían contagiar a su familia, escenario similar ocurrió en otras instituciones médicas. Po otro lado, la decana del colegio de enfermeras del Perú, Dra. Liliana La Rosa; manifestó que hasta el 5 de mayo se reportaron dos muertes y más de 600 casos positivos entre los miembros de su orden; indicando que las condiciones de trabajo no son las adecuadas, por la falta de equipos de protección, los turnos que realizan, pues llegan a durar hasta 24 horas, por lo que hay una alta exposición a la cargar viral. También resalta que a pesar de ser la primera línea sanitaria su trabajo no es valorado (Willax Televisión, 2020).

Radio programa del Perú (2020), en su página Web publicó la noticia titulada “Enfermeras lloran y protestan exigiendo mejoras para el Hospital COVID-19 de Ferreñafe” en el cual el personal de enfermería denuncia no contar con adecuados equipos de protección personal para atender los casos COVID-19, ausencia de oxígeno para los pacientes, falta de servicios higiénicos y agua. Además, reportaron la falta de personal, pues 15 de sus colegas se encontraban en aislamiento, por haber sido contagiados, y uno de ellos falleció por la enfermedad. Situaciones similares se viven día a día en los diferentes nosocomios y establecimientos sanitarios de la región Lambayeque.

La falta de recursos para afrontar la pandemia, el miedo a ser contagiados o contagiar a sus seres queridos sumado al aislamiento social y al desborde de la demanda asistencial podría desencadenar cuadros de estrés, y/o síntomas ansioso-depresivos, es en función de ello que este proyecto se orientó al estudio de la realidad que atraviesan las enfermeras como profesionales de la salud, en este nuevo periodo, puesto que permitió reconocer la existencia de los niveles patológicos de las variables mencionadas.

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre el estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería del departamento de Lambayeque, 2020 y como objetivos específicos a) identificar el tipo de estrés generado por la pandemia COVID-19 en el personal de enfermería en el departamento de Lambayeque, b) Identificar los niveles de depresión en el personal de enfermería en el departamento de Lambayeque, c) Identificar los niveles de ansiedad en el personal de enfermería del departamento de Lambayeque, d) Determinar la relación entre el estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería, según su edad en el departamento de Lambayeque, e) Determinar la relación entre el estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería, según el sexo en el departamento de Lambayeque, f) Determinar la relación entre el estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería, según el estado civil en el departamento de Lambayeque.

La hipótesis diseñada busca demostrar si existe relación positiva entre el estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería del departamento de Lambayeque.

Para el desarrollo de la presente investigación, en el capítulo I en la cual se plantea el diseño teórico de las variables. Hacemos un análisis de los estudios realizados en las diferentes teorías, enfoques y definiciones de las variables, también características, consecuencias y las causas estudiadas, continua el Capítulo II, en este capítulo se presenta la hipótesis general de la investigación, los métodos de contrastación de hipótesis, la población y muestra en la que se aplicó dicho proyecto, las técnicas e instrumentos utilizados; también, los equipos y materiales utilizados durante el proceso. Capítulo III, se esbozó los resultados de los instrumentos aplicados en tablas, además de la discusión de la investigación, A continuación, en el capítulo IV se presentan las conclusiones a las que se llegó con dicho proyecto y finalmente en el Capítulo V se brindó las recomendaciones pertinentes basadas en los resultados y conclusiones obtenidos.

Capítulo I: Diseño Teórico

1. Antecedentes

Los antecedentes se enfocan en la fundamentación del presente estudio y como se ha desarrollado a lo largo del tiempo, y así encontrar de manera teórica la repercusión que han tenido los hechos de actualidad.

En los siguientes párrafos se observó con mayor relevancia el impacto del estrés a lo largo de los últimos años y como con el tiempo ha desembocado en los diferentes problemas de salud mental. Se observó el desarrollo del estrés y sus consecuencias como es la ansiedad y depresión en los diferentes ámbitos, sin embargo, en la región se observó deficiente investigación acerca de los principales trastornos mentales en los que se puede llegar a convertir este estado; en comparación con otras partes del país o del mundo, en donde se ha detectado el desarrollo de estos.

1.1. Internacionales

En el contexto internacional, en México, Reyes López (2021), efectuó una tesis nombrada estrés agudo en el personal de enfermería expuesto y recuperado de COVID-19, en atención directa, con la finalidad de comparar los niveles de estrés agudo de los profesionales de enfermería expuesto y recuperado de COVID-19, en atención directa a pacientes con el mismo diagnóstico en el Hospital de Puebla. Se utilizó un estudio comparativo, descriptivo y de alcance transversal, con una muestra de 126 profesionales, del cual 68 fueron enfermeros expuesto y 58 enfermeros

recuperados al COVID-19, de esta manera se aplicó la escala de estrés agudo para profesionales de la salud en contacto directo con pacientes COVID-19, los resultados reportaron que el 84.9% de los profesionales de enfermería que atienden directamente a los pacientes con COVID-19, se encuentran afectados emocionalmente, por tanto concluyeron que el personal recuperado presentaba un nivel más alto de estrés agudo que los profesionales expuestos, del mismo modo que las profesionales mujeres y los que tenían más de 10 años laborando.

Así mismo en un estudio realizado en Brasil, Bassani et al. (2020) ejecutaron un estudio nombrado la salud mental de enfermería en el enfrentamiento de la COVID-19 en un Hospital Regional Universitario con la finalidad de identificar la prevalencia y los factores que están asociados con la depresión y ansiedad en los profesionales de enfermería que trabajaban para hacer frente a COVID-19, utilizaron un cuestionario sociodemográfico y el software SPSS. Dicho estudio fue observacional transversal y aplicado a 88 profesionales de enfermería. El estudio arrojó como resultado que el 25% sufrió depresión y el 48.9% de ansiedad, concluyendo que se debe dar importancia al impacto en la salud mental de los enfermeros causado por COVID-19 e intervenir rápidamente con estrategias de afronte para disminuir el sufrimiento de los profesionales de enfermería.

Vinueza et al. (2020) autores de la investigación denominada Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19; tuvieron como propósito determinar la presencia e intensidad de Síndrome de Burnout en enfermeros y médicos ecuatorianos durante la pandemia, mediante el inventario de Burnout de Maslach en su versión traducida al español, con un estudio observacional de corte transversal, cuya población estuvo compuesta por 224 enfermeros y médicos. Al término del estudio los resultados fueron que el 90% del personal de medicina y enfermería presentó síndrome de Burnout moderado – severo,

en la cual concluyeron que el personal de salud, siendo el médico y enfermería, era el más afectado con mayor frecuencia.

1.2. Nacionales

En el ámbito nacional, Morán y Rosas (2021) desarrollaron una investigación llamada niveles de depresión, ansiedad y estrés en personal de salud que labora en área COVID de dos hospitales de la región Arequipa-2021, con el objetivo de relacionar los niveles de depresión, ansiedad y estrés del personal de salud que se encuentra al frente de la atención de pacientes COVID de dos hospitales de la región Arequipa, dicho estudio fue de tipo no experimental, descriptivo y de diseño observacional de corte transversal. Aplicaron la escala de DASS-21 a 181 personas pertenecientes al personal de salud; de manera que, según las pruebas aplicadas, los investigadores concluyeron que las variables ansiedad, depresión y estrés presentaron relación estadísticamente significativa en la población estudiada, sin embargo no presentó relación en las características sociodemográficas.

Galiano Apaza (2021) en su tesis estrés laboral y síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Antonio Lorena durante la pandemia por COVID-19 tuvo como objetivo analizar la relación que hay entre el estrés laboral y el síndrome de Burnout en 159 profesionales de salud, entre los evaluados se incluyeron enfermeros, técnicos de enfermería y médicos, a quienes se les aplicó dos escalas, el cuestionario Maslach Burnout Inventory for Human Services Survey y el inventario de estrés de Wolfgang para profesionales de la salud. La investigación fue de tipo transversal, correlacional - analítico y de diseño observacional y prospectivo. Los resultados arrojados mostraron que el 76,1% presentó estrés laboral moderado, el 23,27% estrés leve y el

0,63% en estrés severo, además se observó que existía tendencia en un 95,6% al síndrome de Burnout y el 3,8% presentó síndrome de burnout, mientras que el 0,6% no presentó dicho síndrome. Se concluyó que existía relación entre el síndrome de Burnout y el estrés laboral según la correlación de Pearson.

La tesis estrés laboral en licenciados de enfermería en áreas COVID del Hospital José Cayetano Heredia tuvo como finalidad determinar el nivel de estrés laboral en los profesionales de enfermería que laboraban en el área de COVID del Hospital José Cayetano Heredia, en la cuál trabajó con 85 individuos que trabajaban en el área de COVID, en quienes aplicaron la escala de estrés de enfermería – NNS. El diseño de dicho estudio fue de enfoque cuantitativo y diseño no experimental, tuvo corte transversal prospectivo. Los resultados del estudio indicaron que el 60% de los evaluados presentaron nivel medio de estrés, seguido de un 37,65% quienes presentaron un nivel alto de estrés y el 2,35% presentó un nivel bajo de estrés. Por lo que se concluyó que en los profesionales evaluados predominaba el nivel medio de estrés, seguido del nivel alto y menor presencia el nivel bajo (Morales Vilchez, 2021).

Mientras tanto, Jinez Mamani (2020), en la investigación denominada nivel de estrés laboral en profesionales de enfermería del Hospital III EsSalud Puno – 2019, tenía como objetivo determinar el nivel de estrés en los profesionales de enfermería, dicho estudio fue de tipo descriptivo simple con un diseño no experimental, el cual tuvo corte transversal, se aplicó a una muestra de 31 enfermeros de los diferentes servicios del hospital el inventario de Maslach. Los resultados de este estudio arrojaron que el 46.24% de los evaluados presentaba estrés laboral medio, así como el 8.60% presentó el nivel de estrés alto. De dicho estudio se concluyó que el 46,24% de los profesionales de enfermería presentó un nivel medio de estrés.

Asimismo, en la tesis titulada ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020, tuvo como objetivo indicar cuál era la incidencia y la relación que había entre depresión, estrés laboral y ansiedad en los trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia en el transcurso del año 2020, la investigación tuvo enfoque cuantitativo y fue de tipo descriptivo – correlacional. Dicha investigación tuvo una población de 45 personas, en la cual fueron incluidas técnicos de enfermería, médicos y enfermeros. Se aplicó la escala de depresión de Hamilton, así como la escala de ansiedad del mismo autor, también aplicaron la escala de estrés laboral de Hock. En consecuencia, obtuvieron como resultado que el 68.9% de los evaluados presentaban ansiedad, el 53.5% depresión y el 44.4% presentaba estrés laboral, llegando a la conclusión que no se encontró conexión estadísticamente significativa entre las variables con excepción del estrés laboral con la dimensión somática de la ansiedad teniendo como resultado $r=-0.323$ (Vásquez Elera, 2020).

Alvarado y Rojas (2020) en su estudio estrés en profesionales de enfermería que laboran en el área de emergencia COVID-19 de un Hospital de Essalud, Callao – 2020, en el que tuvieron como objetivo determinar el estrés del personal de enfermería que laboraba en el área de emergencia COVID-19, dicha investigación tuvo diseño metodológico descriptivo y transversal, y de enfoque cuantitativo. Los investigadores trabajaron con 131 enfermeros que laboraban en el área de emergencia COVID, para la cual aplicaron la escala de estrés de enfermería – The Nursing Stres Scale (NSS) que está compuesta por 34 ítems y dividida en tres dimensiones. En dicha investigación los resultados arrojaron que los enfermeros tenían el 65,6% de estrés en nivel medio (n=86), continuado por el nivel bajo de estrés con el 32,8% (n=43) y 1,6% de nivel alto (n=2). En las otras dimensiones evaluadas los resultados fueron 55% en el ambiente social, el

69,5% en el ambiente físico y en la dimensión ambiente psicológico el 53,4%. Por tanto, se concluyó que en los profesionales de enfermería prevaleció el nivel medio de estrés y que la dimensión con mayor porcentaje de estrés resultó ser ambiente físico.

Castro y Gamero (2020) en su tesis de grado denominado factores asociados al impacto de la COVID-19 en la salud mental de los profesionales de enfermería, Lima 2020, buscó determinar los factores que están asociados al impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de los enfermeros de Lima, la investigación fue de diseño no experimental, descriptivo y de corte transversal y de enfoque cuantitativo. En dicho estudio se aplicó el cuestionario estructurado de factores individuales y contextuales del COVID-19 y la escala DASS-21 a 85 profesionales de enfermería de manera que se obtuvo como resultado que el 48,2% manifestaba ansiedad, el 23,5% depresión y el 20% presentó estrés, se concluyó entonces que existían diferentes factores contextuales e individuales que estaban asociadas al impacto de la pandemia en la salud mental de los profesionales de enfermería con algún antecedente relacionado a problemas de salud mental.

En la ciudad de Lima, Villanueva Pampañaupa (2020) en su estudio factores asociados a la ansiedad en el personal de enfermería durante la pandemia por la COVID - 19 en Lima y Callao, tuvo como propósito determinar los factores asociados a la ansiedad en los profesionales de enfermería durante la atención de la pandemia, el cual tuvo un enfoque cuantitativo y de tipo transversal, descriptivo y correlacional en la que se aplicó la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada a 35 técnicos de enfermería y 85 profesionales de enfermería, en total 120 evaluados. Los resultados se determinaron por Rho de Spearman con el valor de $p \leq 0,01$ en la cual destaca consumo de sustancias (Rho = -0,22), preocupación por sobrecarga laboral (Rho = 0,36), el tiempo de servicio (Rho = 0,27), preocupación por contagiarse (Rho = 0,32), dificultad

para lidiar con emociones ($Rho = 0,77$) preocupación por equipo de protección insuficiente o escasa ($Rho = 0,25$), preocupación por la situación económica ($Rho = 0,32$), preocupación por la carga familiar ($Rho = 0,26$), en la cual se concluyó que el 88,67% del personal presentaba ansiedad.

Por otro lado, Castillo Alba (2019), en su tesis titulada ansiedad y depresión en el personal de enfermería de los centros de salud de Aguas Verdes y Zarumilla – abril 2019, el autor buscó determinar los niveles de ansiedad y depresión en los profesionales de enfermería de los centros de salud de aguas verdes y Zarumilla. La investigación tuvo como diseño no experimental – transversal, de tipo descriptivo, de manera que se manejó el cuestionario de depresión y ansiedad de Beck, aplicados a una muestra de 18 licenciados de enfermería. Los resultados fueron que el 5.5% ($n=1$) de los evaluados presentaban ansiedad leve, 66.6% ($n=12$) tenían ansiedad moderada y que el 27.7% ($n=5$) ansiedad grave, por otro lado 88.8% ($n=16$) del personal evaluado presentó depresión moderada y el 11.1% ($n=2$) presentó depresión grave; llegando a la conclusión que sí existía ansiedad y depresión moderada en el personal de enfermería.

Por otro lado, Cahuín y Salazar (2019) quienes en su tesis titulada prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital de Pampas, 2018, plantearon como objetivo determinar la prevalencia del síndrome de burnout presente en el personal de enfermería. La investigación fue de tipo cuantitativa y el diseño utilizado fue descriptivo de corte transversal, no experimental. La técnica de recolección de datos fue de tipo encuesta haciendo uso del cuestionario de Malach Burnout Inventory (MBI) que fue aplicado a una muestra de 53 profesionales de enfermería de los distintos servicios del hospital; llegando a la conclusión que, del total de los evaluados, en el 77% existía prevalencia de síndrome de Burnout; así mismo, en cuanto a sus dimensiones: cansancio emocional mostró niveles altos con un 20.8%,

despersonalización mostró niveles altos con un 60,4% y realización personal mostró niveles bajos con un 83,0% del total de la muestra.

Entre otras investigaciones está el trabajo desarrollado por el bachiller Quispe Erasmo (2018), quien en su tesis titulada prevalencia de ansiedad y depresión en personal de salud en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz, diciembre, 2017, se apreció la finalidad de demostrar la prevalencia de ansiedad y depresión existente en el personal de salud del HCLLH durante el último mes del año 2017. La investigación tuvo un diseño observacional, no experimental, tipo descriptivo, no prospectivo y transversal. Utilizaron un instrumento conocido como la escala de Golberg para depresión y ansiedad que fue aplicado a una muestra de 150 profesionales. Obteniendo como resultado que el 51,1% de los profesionales de enfermería presentaban ansiedad y el 55,3% depresión. Llegó a la conclusión que, durante el último mes del año 2017, en los servicios de medicina, ginecología y pediatría, la ansiedad y depresión eran mayor a comparación con los otros servicios y que de estos servicios la de enfermería era la más afectada.

También Toledo Saucedo (2018) en su estudio Ansiedad y afrontamiento al estrés en técnicas de enfermería del centro Médico Naval, 2018, buscó encontrar la relación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento al estrés en técnicas de enfermería, dicho estudio fue de tipo descriptivo correlacional y diseño no experimental. Utilizaron el inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI), y el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés que fueron aplicados a una muestra de 80 técnicos en enfermería. Obtuvo como resultados que el 35% de los evaluados presentaban un alto nivel de ansiedad, el 46% tenía nivel medio y el 19% reportaba un nivel bajo, por otra parte, el 56% de los evaluados presentó un nivel alto de afrontamiento, el 36% un nivel medio y el 8% un nivel muy alto de afrontamiento. Con lo cual concluyó que hay una relación significativa entre estrategias de afrontamiento a estrés y Ansiedad.

1.3. Locales

A nivel local la investigación de Vallejos Suárez (2021) titulada efecto emocional por COVID-19 en el personal de salud durante la pandemia-red asistencial de Lambayeque, la cual tuvo como objetivo evaluar el efecto emocional que causó el COVID-19 en los profesionales de salud que laboraron en el Centro de Atención Primaria Carlos Castañeda Iparraguirre de la Victoria, siendo el estudio de tipo cuantitativo, descriptivo no experimental y utilizando la escala de depresión, ansiedad y estrés evaluaron a un muestra conformada por 79 profesionales de la salud obteniendo como resultado que el 80% del grupo de profesionales de enfermería presentaron un nivel leve de depresión y el 50% un nivel leve de ansiedad; los médicos presentaron depresión leve en un 50% y ansiedad leve en un 57.1% y en cuanto al estrés el 55.7% de los profesionales de salud lo presentan, además entre las características sociodemográficas fueron las mujeres con un 67.1% quienes presentaron problemas de salud mental.

Así mismo Urpeque García (2020) en su estudio titulado estado de salud mental en personal de salud frente al COVID-19 de un hospital III-1, Chiclayo cuyo objetivo fue determinar el estado de salud mental en los profesionales de salud de dicho hospital, así como analizó la variable principal según sexo, estado civil, especialidad y área; la investigación tuvo un diseño no experimental, descriptivo, la muestra fue de 90 profesionales de salud evaluados con el Cuestionario General de Salud de Goldberg que tuvo una confiabilidad de 0.9; obtuvo como resultado que el 34% del personal de salud presentó indicadores de problemas de salud mental, el 15.6% presentó ansiedad, el 9% problemas psicosomáticos y el 3.3% depresión; así mismo existió mayor prevalencia de ansiedad en el sexo femenino (13%), solteros (7%), profesional técnico de enfermería (4%) y trabajadores de hospitalización (6%).

Tejada et al. (2018) quienes en su investigación titulada Factores estresantes predominantes en las enfermeras que laboran en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño – centro de salud - Chiclayo – 2017, cuyo objetivo fue determinar el factor predominante de estrés presente en los trabajadores de enfermería. Utilizando una metodología de diseño no experimental y de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra estuvo integrada por 60 profesionales de enfermería que laboraban en los consultorios de CCD en 12 centros de salud de Chiclayo, quienes fueron evaluados utilizando un cuestionario tipo Likert de 4 dimensiones, los cuales son: factores personales, ambientales, laborales y organizacionales, elaborado por las autoras, llegaron a la conclusión que el factor estresor, principalmente, era el organizativo, ya que este contaba con un 33,9% en la incidencia entre los evaluados, no menos importante el factor de estrés personal estuvo presente en un 100% en enfermeras menores de 25 años y el factor de estrés laboral estuvo presente en un 50% en los varones.

Cotrina y Monteza (2016) quienes realizaron un estudio sobre Estrategias de afrontamiento del Síndrome de burnout por los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque – Chiclayo 2016, donde el objetivo principal fue determinar qué estrategias utilizan el personal de enfermería de dicha área para afrontar el estrés. La investigación tuvo un enfoque de tipo cuantitativo, un diseño descriptivo y transversal, la muestra estuvo conformada por 50 profesionales de enfermería, a quienes se les aplicó el Inventario de Estimación de afrontamiento (COPE) y el Maslach Burnout Inventory (MBI), los resultados arrojaron que el 46% del total de los profesionales de salud presentó un nivel alto de Síndrome de Burnout, en donde la mayor incidencia estuvo en la dimensión de despersonalización, en segundo lugar el cansancio emocional y la realización personal, llegando a la conclusión que carecen de estrategias adecuadas para afrontar los niveles de estrés.

Actualmente la situación de crisis sanitaria representa una amenaza en la salud mental de los trabajadores de primer nivel a atención, es por ello que tomando como antecedente a esta investigación podemos relacionar los resultados obtenidos para comparar los niveles de estrés presente durante una pandemia incluso al no alcanzar en su totalidad las variables que pretenden estudiar, es base para el conocimiento de la realidad actual.

2. Bases teóricas

2.1. Estrés

Es una grave afección de salud presente en la mayoría de personas, que impacta en el individuo de tal forma que ve alterado su desenvolvimiento habitual, causando dificultad en el desarrollo de sus actividades.

Con la presente investigación se buscó incorporar nuevos conocimientos acerca del estrés, y conocer la relevancia de este en el contexto actual de la pandemia por COVID-19.

Autores como Lazarus y Folkman plasmaron el estrés como un proceso que se forma en tres etapas, en la primera etapa el individuo se encuentra con el estímulo estresante ya sea de manera interna o externa, en la segunda etapa este llega a evaluar los recursos que tuvo para afrontarlo; el autor, resalta que tal valoración realizada por el individuo no siempre es negativa, que también puede ser neutral o positiva. En la última etapa aparece el estrés como consecuencia de la afectación producida en la segunda etapa, por no tener suficientes medios para superar las exigencias del estímulo.

Partiendo de la secuencia sobre la que se explica el origen del estrés, se ha tenido en consideración para esta tesis, el desarrollo realizado por el fisiológico Selye, quien notó en sus investigaciones que no todo era negativo, así que introdujo un estrés positivo denominándolo Eustrés y al estrés negativo distrés (Cruz Pérez, 2018).

2.1.1. Definición.

Cohen, Mermelstein y Kamarck quienes plantean que el estrés percibido se distingue como una variable al resultado de una experiencia vivida, siendo esta una experiencia considerada estresor. (Cozzo y Reich, 2016).

Por otro lado, Remor, quien adaptó la escala de estrés percibido a español, planteó que el estrés percibido sería el mismo nivel que el individuo distingue que su entorno y experiencia es incontrolable o muy cansada. (Cozzo y Reich, 2016).

Cannon (1929), infiere que el estrés es una reacción, ya sea a huir o a enfrentarse en una lucha por un ambiente que se considera amenazante con el inicio de reacciones fisiológicas (Briones Velásquez, 2019). La respuesta a la que lleva el estrés, primordialmente, es huida o la lucha que son respuestas provenientes del sistema nervioso autónomo, específicamente del sistema simpático, la respuesta a los factores estresantes es innata, incluso es característico de las respuestas animales; sin embargo, el ser humano no puede recurrir a la lucha o huida deliberadamente ya que nos encontramos en un entorno considerado civilizado (Pineda Pizarro, 2019).

Hanna Selye (1930) decía que el estrés generaba grandes cambios en el funcionamiento del cuerpo, lo que provocaba que el individuo enfermara, y si el estrés se prolongaba, el cuerpo

se enfrentaría a un gran choque fisiológico. (Briones Velásquez, 2019) a esta conclusión llegó gracias a una serie de experimentos que realizó para obtener una nueva hormona, en donde trabajó con ratas de laboratorio, de ahí el joven fisiólogo descubre las respuestas corporales como el resultado de ciertos cambios emocionales y mentales.

Estudios, a través del tiempo, han determinado que estos síntomas se presentan con mayor incidencia en mujeres, ya que ellas son más propensas a esta afección; sin embargo, también se muestra en personas que duermen menos de siete horas y no tienen un horario constituido para dormir y levantarse, así como extender continuamente las horas de mirar televisión (Satchimo et al., 2013), todo esto contribuye a que la persona no responda adaptativamente a un estímulo estresor.

Lazarus y Folkman definen al estrés como serie de aspectos que engloban la relación entre el medio y el individuo, catalogado por las persona como algo que sobrepasa sus recursos y pone en gran riesgo su tranquilidad y bienestar (Pedrero Pérez, 2003).

Mason (1986) añadió que no solo se necesitaba estar en la situación estresante, sino que debe ser procesado cognitivamente por el sujeto, que el entorno en sí no influía lo suficiente para considerarla estresor, sin embargo, la evaluación que hacia el individuo era lo que le daba el significado de un ambiente amenazante (Briones Velásquez, 2019). Selye observó además que cada cambio que sucedía eran dependientes de otro y a este proceso lo denominó síndrome General de Adaptación (S.G.A.).

Según Briones (2019), el estilo de vida que llevamos influye en la aparición de estrés, que según Briones es el mal de una sociedad, además que sus efectos son catastróficos, ya que incita al desarrollo de trastornos como el de ansiedad y depresión .

Si la exigencia del entorno es mayor a la respuesta del individuo y su capacidad de adaptarse, se llega a tratar de un estrés negativo, esto es el distrés; pero, cuando el entorno tiene demandas acordes a la respuesta del individuo, es decir son exactas al individuo y su adaptación fisiológica es ideal, se concluye entonces que es un estrés positivo o también llamado eustrés, importante para el correcto desarrollo de los procesos tanto físicos y mentales que se producen en el ser humano (Slipak, 1991).

Causas del estrés. – La razón de la aparición del estrés se debe a la capacidad para afrontar los sucesos, esto está ligado a su estructura cognitiva del individuo y a su personalidad.

Es por tanto que Cannon resalta que un desequilibrio entre el funcionamiento del medio interno, como es el proceso fisiológico y psicológico, y el medio externo, como las exigencias que sobrepasan el proceso de adaptación, es lo que provoca cambios importantes en el organismo. Por lo tanto, es que él utiliza la palabra homeostasis para describir este tipo de equilibrio de medios, y es entonces que utiliza el término stress para describir al proceso de debilitamiento de la homeostasis (Slipak, 1991)

Causas en tiempos de Pandemia. - Según Ramirez et al. (2020) algunos de los sucesos que estarían influyendo en la salud mental del personal del área de salud sería diferentes motivos, como: la exposición directa del personal con los pacientes, el aislamiento social que tienen que vivir, lo que conlleva a la separación de sus seres queridos, el miedo recurrente a contraer el virus, disyuntivas éticas como brindar atención con recursos limitados o negarla por la misma razón, tener que equilibrar sus propios deseos con las necesidades de algún paciente y su familia, además de lidiar con la noticia contante de la muerte de un colega.

Consecuencias del estrés. - Como seres racionales se toma en cuenta los hábitos, costumbres, normas, leyes, juicios, responsabilidades y en esta nueva situación, donde se enfrenta una pandemia se incluye en esta el aspecto salud y financiera, quedando delimitado el desenvolvimiento habitual para contrarrestar el estrés, es decir, el comportamiento de una persona se apega a un conjunto de procesos cognitivos que tiene que tomar, priorizando estos pensamientos antes de un acto instintivo.

Es, por tanto, que, al no poder reaccionar instintivamente, el organismo reacciona por medio de enfermedades fisiológicas, como por ejemplo trastornos intestinales como: gastritis, úlceras, náuseas, colitis, aerofagia, indigestión; además problemas sexuales como son la impotencia, vaginismo, eyaculación precoz, amenorrea, coitos dolorosos, dismenorrea; también dificultades dermatológicas como psoriasis, alopecia, vitíligo, prurito, sudoración, tricolomanía; otros como conflictos endocrinos como diabetes, hipoglucemia, hipertiroidismo e hipotiroidismo; hasta dificultades respiratorias como: asma, hiperventilación y disnea; además otros como son migraña, fatiga, leucemia, enfermedades coronarias, entre otros (Del Hoyo Delgado, 2004).

Esto fue comprobado en un experimento con ratones por Erica Sloan en la universidad de Melbourne durante el año 2016, en donde trabajaron con cinco ratones, en la que observaron que el estrés incrementa el tamaño de los vasos linfáticos que están relacionados a los tumores (RPP , 2016).

El estrés puede generar reacciones fisiológicas en el organismo como taquicardia, sudoración, hipertensión, incluso un aumento del gasto cardiaco, esto visto desde un aspecto fisiológico; sin embargo, el estado mental del individuo también se ve afectado, ya que la prolongación de estos síntomas, provocando alteraciones como: bloqueos mentales, fobias,

trastornos neuróticos que además estos cambios psicológicos traen como consecuencias alteraciones cognitivas como la dificultad para tomar decisiones, para sostener la atención, frecuentes olvidos, sensación de no control, y también frecuente irritabilidad (Briones Velásquez, 2019).

Otras consecuencias emocionales a las que se enfrenta el individuo son la apatía, ansiedad, negación, fatiga mental, depresión, estados emocionales defensivos, ideas intrusivas, insomnio, entre otros; y consecuencias conductuales como abandono del trabajo, descuidos, evasiones, problemas legales, adicciones, etcétera (Peña López, 2018).

También algunas manifestaciones externas a nivel motor y conductual como: Bostezos frecuentes, falta de apetito, tartamudeo, hablar rápido, comer rápido, voz entrecortada, temblores, estallidos emocionales, comportamientos impulsivos, risas nerviosas, entre otros (Del Hoyo Delgado, 2004)

2.1.2. Teorías de Estrés

Teorías Basadas en la respuesta. - Considera al estrés la respuesta, se centra en a la reacción de los individuos a los estresores psicológico y a los fisiológicos (Fernández Martínez, 2009)

Según el enfoque biológico.

Teoría de Cannon. - Walter B. Cannon fue un neurólogo y fisiólogo norteamericanos, quien introduce el término estrés, el plantea que el término engloba a todos los estímulos que serían perjudiciales para la homeostasis y que esto generaría una disfunción en los procesos que regularían. Él observó la respuesta ataque-huida durante sus estudios del proceso fisiológico, el señala que esta respuesta permite que el organismo se defienda de estímulos que considera amenazantes, lo que produciría la activación del sistema nervioso simpático, desencadenando una serie de reacciones en el individuo como la elevación de los neurotransmisores en la sangre, la elevación de sangre en los músculos y el aumento de frecuencia cardíaca (Fernández Martínez, 2009).

Teoría de Ursin. - Ursin desarrollo una teoría del estrés basado en los estudios realizados por Seligman, esta Teoría dice que llama estrés al resultado o efecto que brota a raíz de la falta de interpretación cognitiva.

Según el enfoque fisiológico

Hans Selye manifiesta que la vida es continuamente un factor de estrés ya que constantemente se ve envuelta en procesos de adaptación, por lo tanto, según Selye, vivir es un proceso de adaptación al entorno cambiante en donde se utiliza los mecanismos fisiológicos de del organismo, más adelante dijo que el estrés era una respuesta inexacta ya que podría ser creada por eventos psicológicos, las cuales pueden mantener en control y reducir su impacto con diferentes técnicas terapéuticas. (Perales et al., 2011)

Esa teoría plantea que cualquier estímulo puede provocar estrés siempre en cuanto este estímulo provoque en el individuo la necesidad de un reajuste o equilibrio del medio interno, homeostasis, ya que este estrés es una respuesta fisiológica que activa el eje hipotalámico corticosuprarrenal y también del eje simpático médula suprarrenal (Bonifacio, 2003), sin embargo, Selye plantea que el estrés no debe ser evitado ya que la ausencia de este podría causar la muerte, se considera que el individuo sufre de estrés cuando este es excesivo, la cual el organismo presenta un sobreesfuerzo para mantenerse.

Después de trabajar con animales por años, específicamente ratones de laboratorio a la cual expuso a diferentes entornos, Selye reconoció cambios significativos en el área psicológico, por lo que planteo el síndrome de Adaptación General

Modelo Síndrome de Adaptación General (SAG). - Este modelo infiere que los individuos replican las mismas respuestas fisiológicas ante el estrés, sin importar el estímulo que lo provoque. Este modelo está constituido por tres fases.

- a. Etapa de alarma o inmovilización: Es la respuesta inicial en donde el individuo se enfrenta a las situaciones estresantes que va más allá del control de la persona y a las cuales no está adaptado, aumenta la frecuencia cardiaca, la tensión arterial y la frecuencia respiratoria; en esta fase el organismo busca recursos para responder. Aquí se encuentran dos fases la de contra choque y la de choque (Santillán Lombeida, 2012).

Fase de choque: es la primera reacción obtenida al estímulo

Fase contra choque: Es un rebote hacia el estímulo, este se caracteriza por ser una acción defensiva al estímulo como hiperglucemia, diuresis, hipertemia, entre otros.

- b. Etapa de resistencia o adaptación: En esta etapa el organismo mantiene su estado de alarma, aunque disminuye la intensidad, el individuo intenta mantener el equilibrio por largo tiempo mientras está en estado de alarma, no obstante, el individuo se debilita y de no resistirlo podría morir, durante este tiempo el individuo puede sufrir úlceras pépticas, asma bronquial, colitis ulcerosas, cambios en el sistema inmunológico que favorece la aparición de infecciones, entre otros; sin embargo, si el individuo logra resistir se adaptará por lo que poco a poco ira desapareciendo los síntomas del estrés (Fernández Martínez, 2009).
- c. Etapa de agotamiento: Es esta etapa el individuo puede perder la adaptación que ganó, esto debido al tiempo expuesto al estrés, si esto pasa y el agotamiento es muy severo esto puede conllevar a la muerte del organismo.

Teorías basadas en el estímulo. - Estas teorías están basadas en características que se relacionan con los estímulos del entorno, ve al estrés como algo enfocado y fuera de la persona, estos son los que nos producen ciertas reacciones como los sentimientos de tensión y la percepción de amenazas (Fernández Martínez, 2009)

J Weitz. - Señaló categorías que son consideradas como estresante, como son: Procesamiento de información a velocidad, una percepción de amenaza, constante bloqueo, frustraciones, los estímulos considerados dañinos, aislamiento o encierro, problemas en el funcionamiento óptimo de la fisiología, presión de grupo (Santillán Lombeida, 2012)

Ley de Hooke. - Instituye que si la distorsión que hay sobre la mente después de un estímulo estresor permite al individuo adaptarse ya que cae dentro de los límites establecidos, el

estrés desaparece; sin embargo, si dicha distorsión sobrepasa los límites, entonces produciría graves daños irreparables. (Santillán Lombeida, 2012)

Según el enfoque Psicosocial.

El estrés es la respuesta a las diferentes situaciones que se presentan en un entorno social, lo que podría inducir a altos niveles de estrés, lo que repercutiría en la calidad de vida, la salud física y el tiempo de vida de la persona.

Modelo ABC-X de Reuben Hill. – Reuben, padre de la teoría de desarrollo familiar, sugiere el estrés como respuesta a una crisis familiar, está desarrollada debido a una interpretación a la aparición de sucesos. Esta se explica que primero aparece el agente estresor, la teoría menciona que este aparece de manera brusca e inesperada, en seguida se trata de usar los recursos y fortalezas que la familia posea, a este le sigue la interpretación que la familia le dé al agente estresor. La interconexión de los elementos permite la aparición de la crisis X (González y Lorenzo, 2012).

El autor recalca que una crisis familiar alude a un desequilibrio en el sistema de la familia, haciendo énfasis en la diferencia del estrés con una crisis, ya que el estrés no tiene resultados negativos si la familia puede tolerar, sin embargo, la crisis aparece cuando hay una disfunción en el equilibrio familiar y en su bienestar (Herrera Santi , 2008).

Modelo doble ABC-X de Mc Cubbin y Patterson. - Este autor plantea su modelo en base al modelo de Reuben Hill, pero el resalta en la primera fase que el agente estresor no aparece solo, si no que está acompañado de una serie de eventos preliminares al evento principal y que la

acumulación de estos eventos influye en la capacidad de tolerancia en la familia, lo que provocaría la crisis X (Herrera Santi , 2008).

Modelo por P.G. Boss. - Menciona que para que se desarrolle estrés en la familia se consideran la historia social en la que se están desarrollando, la vulnerabilidad, la intensidad y la reestructuración cognitiva.

T. H. Holmes y Rache.- El autor no solo se enfoca en la persona que se enferma sino en el entorno que lo enferma; es decir, estudia la relación del entorno social con la enfermedad, su teoría planteaba que el estrés era un fenómeno mecánico y unifactorial, una de sus mayores aportes fue realizar cuestionarios para la evaluación de estrés como el Schudule of Recent Experience (SER) en la cual trasformaba la historia personal en un cuestionario para su autoevaluación (Sandín B. , 2003)

Teorías basadas en la interacción. - Se plantean enfoques en la que existe una interrelación entre los planteamientos desarrollados anteriormente, en este se presenta una interacción entre la persona y el medio, en la cual se da una interacción reciproca. (Fernández Martinez, 2009)

Según el enfoque cognitivo

Modelo transaccional del estrés de Cox y Mackay. - Este modelo desarrollado por Cox y Mackay propone cinco fases; la primera fase plantea a los estresores ambientales sobre el individuo, la segunda fase habla sobre la percepción que tiene el individuo sobre los agentes estresores basados en su capacidad de afrontamiento que tiene, la tercera fase expone los cambios que el individuo sufre, ya sea mentales o físicos, por el estado de estrés al que ha sido expuesto y su habilidad para afrontarlos, durante la cuarta fase aparece los resultados de haber afrontado los agentes estresores, es decir las consecuencias de la respuesta dada, y por último la quinta fase, donde se da una retroalimentación de las fases anteriores (Ruiz et al., 2017)

Teoría de Papeles por Goffman. - Planteada por Erving Goffman en el año de 1959, este modelo plantea la interacción social como una metáfora sobre la vida como si fuera teatro.

Teoría de Schachter y Singer. - En el año de 1962, Stanley Schachter y Jerome Singer presentan su teoría del enfoque cognitivo, en la cual explican que los cambios emocionales no se daban por cambios viscerales, como lo planteaba James, sino a pensamiento e ideales, es decir, a la forma en la que el individuo procesaba estos estímulos y les atribuía un significado. Plantea dos elementos; primero es que afirma que el estímulo físico no genera una emoción en el individuo, sino que la evaluación y significado que le dé a este estímulo.

La segunda, es que la diferencia de las emociones no se daba por la activación visceral, sino que se debía a un proceso denominado “masa aperceptiva” y a “características de la situación precipitante”, de estas dos últimas denominaciones a procesos se entiende a la

aparición de un conjunto de ideas y a la percepción del estímulo en el contexto y al significado que se le dé (Papanicolaou, 2004).

Modelo Procesual de estrés o Modelo afrontamiento de Lazarus y Folkman. - Lazarus y Folkman, representantes de dicho modelo, plantean que el estrés es como una serie de procesos del comportamiento en donde se integran los factores psicológicos, biológico y sociales que el individuo se enfrenta al interactuar con estímulos detectados como dañinos o perjudiciales para el bienestar, por tal razón es que se desarrollan una serie de labores para responder.

Este modelo plantea que el estrés manifiesta dos procesos, la cognitiva o de apreciación y la de afrontamiento, el proceso inicia cuando un estímulo estresor aparece y es examinado subjetivamente dentro del entorno y en la cual realiza una evaluación sobre posibles riesgos, ha este primer proceso se le llama apreciación primaria, si se concluye que el entorno es latentemente estresantes a esto se le llama apreciación secundaria; en seguida inicia el proceso de afrontamiento, se realiza una evaluación sobre los recursos que el individuo posee para responder, ya sean comportamentales o cognitivos, esto sucede con la activación emocional del individuo, la respuesta llega de dos formas, de forma fisiológica y de socio-cognitivo-conductual, este último puede variar debido a los factores de personalidad, la genética, psicopatología, estilo de vida, entre otros aspectos. Los resultados son retroalimentados por los cambios que se van observando en el estresor (Villalobos Galvis, 2007).

Modelo trasaccional o cognitivista del estrés de Lazarus y Folkman (1986).- Este modelo maneja al estrés como un concepto dinámico ya que se centra en el individuo y la interacción de este con el medio donde se desenvuelve, considerando sus propios recursos y las demandas que tiene que afrontar. (Dahab et al. 2010) En este enfoque el estrés existe ya que el individuo evalúa el contexto de esa forma, más no por el evento en sí mismo (Farkas, 2002); lo cual permitirá determinar el nivel de estrés que estaría produciéndose sobre el personal de salud respecto a la época en que se están viviendo los estragos de una pandemia provocada por el contagio de COVID-19, específicamente sobre el personal de enfermería. El modelo habla de dos factores esenciales, el primero en donde aparece el estímulo estresante, y el segundo donde se evalúan los recursos que el individuo tiene, con la exigencia del estímulo. Algunos autores hablan de un tercer factor, cuando ya aparece el estrés después de los dos procesos cognitivos anteriores.

Este modelo es utilizado más adelante por Cohen, Kamarck y Mermelstein, quienes construyen la escala de percepción global de estrés, en donde se busca estimar las demandas que se dan en el individuo, que los cataloguen como intimidantes. (Guzmán Yacama, 2016).

A continuación, se contextualiza cada característica que define cada sub escala del estrés, de esta forma se busca claridad y poder reflejar los resultados.

2.1.3. Tipos de estrés. Uno de los primeros en definirla fue Lazarus (1999), quien dijo que el estrés es la enlace que hay entre las reacciones emocionales, fisiológicas, cognitivas y conductuales en el entorno del individuo, en la cual se analiza las demandas del contexto que es mayor a los recursos que el individuo tiene para afrontar (Villarruel Ávila, 2016); en función a ello se ha podido ubicar la presencia de varios autores, quienes hablan del impacto que tiene el estrés, tanto en el ámbito psicológico como fisiológico, los cuales se han dividido en estrés tanto positivo como negativo.

Por otro lado, el Dr. Selye divide el estrés en dos tipos de estrés, el estrés negativo o también denominado distrés y el estrés positivo denominado eustrés.

Estrés positivo. – Este se presenta cuando existe armonía entre los recursos que el individuo tiene y el estímulo estresor, en él; también denominado Eustrés, existe armonía entre lo fisiológico y lo psicológico, y hay una buena relación entre la demanda y la energía fisiológica y mental, que se obtiene de acuerdo al sistema de adaptación del individuo de manera gratificante y agradable. (Berrío y Mazo, 2011).

Estrés Negativo. – Se da cuando la respuesta es insuficiente a la demanda, es decir el estímulo es exagerado, frustrante y desagradable para el recurso del individuo, ya sea de manera fisiológica o psicológica, en este se percibe que el individuo no puede dar una respuesta que sea efectiva, ya que su cuerpo puede sufrir una activación psicofisiológica en la cual se ven afectados los procesos cognitivos, en la cual aumenta la vulnerabilidad del individuo ya sea física o psicológica, es entonces que se da el Distrés (Berrío y Mazo, 2011).

Según el enfoque social

Las situaciones sociales pueden generar un alto nivel de estrés, y este puede generar que se vea afectada la calidad de vida del individuo, además de su salud.

Según Sandín (2003) la mayor parte de las amenazas que pasan la sociedad moderna son simbólicas y que no genera respuestas de tipo físico, además manifiesta que el ser humano se ha quedado sin recursos para poder responder exteriorizadamente, lo que dejaría al cuerpo preparado para responder, sin embargo, no habría acción.

Las amenazas de esta sociedad pueden ser el tráfico, competitividad en el trabajo, problemas matrimoniales, hijos, y en esta coyuntura, histeria, escasez de alimentos, falta de indumentaria médica, sobrecarga laboral, entre otros.

Teorías socio cognitiva – Dicha teoría indica que los individuos tienen una gran capacidad de actuar en el medio que se desenvuelve, además infiere que los individuos tienen la capacidad de regular los pensamientos, motivaciones, conductas o sentimientos.

Modelo de competencia social de Harrison. - Según Harrison, los individuos que trabajan en profesiones de ayuda, están altamente motivados para ayudar a otros. Algunos factores para motivarlos a ayudar es su nivel de valores, su capacidad profesional, recursos disponibles; en cambio algunos recursos que no contribuyen a ser motivados para ayudar son la ambigüedad, la sobrecarga laboral, conflictos interpersonales etc., desencadenando la percepción de disminución de su autoeficacia. (Vega Centeno, 2013)

Modelo de procesos de Burnout de Cherniss .- El autor resalta tres etapas, en donde la primera habla sobre un desequilibrio entre las demandas del trabajo con los recursos del

individuo, esto sería estrés psicosocial. Por otro lado, la etapa dos habla de la respuesta emocional que se presenta ante un desequilibrio, esta respuesta puede ser ansiedad, tensión, fatiga. Por último, la etapa 3 nos plantea cambios en la actitud y la conducta, esto se debe al afrontamiento. (Vega Centeno, 2013)

2.2. Depresión

La depresión es uno de los grandes problemas de la mente humana en el mundo, así mismo debido a la pandemia de COVID-19, los síntomas depresivos han aumentado en la población, siendo el personal de salud una de las poblaciones más afectadas a nivel emocional, entre ellos las enfermeras y enfermeros quienes están en primera línea de atención a los pacientes contagiados por COVID-19.

Conocer la definición, características, tipos, consecuencias, enfoques teóricos, etc., es de vital importancia, pues permite tomar consciencia sobre la dinámica y consecuencias de la depresión que podrían afectar la salud, tanto mental como la física de los seres humanos, así como su calidad de vida.

2.2.1. Definición

Aaron Beck en su modelo cognitivo de la depresión la define a esta como la mirada negativa que tiene el ser humano acerca de sí mismo, del futuro y del mundo acompañados de esquemas negativos y distorsiones cognitivas que lo llevan a un estado de inutilidad y tristeza profunda. (Beck et al., 2010)

Hollon y Beck (como se citó en Almudena, 2008) definen a la depresión como el síndrome en el que interaccionan con los muchos aspectos del ser humano como el somático, afectivo, volitivo, cognitivo y; por su puesto, el conductual; donde las distorsiones cognitivas en su función de analizar y procesar la información, son la causa principal de desorden a partir del cual desencadenan los demás componentes.

Almudena García (2008) afirma que la depresión es un trastorno psicológico, regularmente periódico, que desencadena una variación en el estado anímico de tipo depresivo (tristeza) que trae consigo síntomas de ansiedad además de retraimiento, sensación de vacío y falta de interés, baja sociabilidad y comunicación, problemas para dormir, fatigabilidad o lentitud en habilidades físicas, alteraciones en el apetito, sentimiento de culpabilidad y de no capacidad para hacer las cosas, deseos de morir e intento de suicidio, etc.; así mismo presencia de varia sintomatología somática.

En el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta edición (DSM-5), afirma que los trastornos depresivos son el trastorno de alteración perjudicial del estado anímico (American Psychiatric Association [APA], 2014).

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), la depresión se define como un trastorno disfórico donde los síntomas presentados generan una variación o disfunción representativa ocasionando un deterioro funcional (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011).

Es necesario aclarar la distinción entre tristeza y depresión ya que la primera está definida como una emoción natural del ser humano que es temporal y necesaria para analizar situaciones de la vida diaria como también permite la liberación emocional sin consecuencias mayores, por otro lado, la segunda es un cuadro clínico patológico de mayor duración y afectación psicológica,

física y social; en ese sentido también se aprecian consecuencias de este tipo de trastorno, indicando que aparecen: síntomas concomitantes, dentro de ellos las alteraciones del sueño y del apetito, la falta de voluntad, el daño a sí mismo, el abandono, la apatía y la pérdida del placer (Ignacio Zarragoitía, 2011).

Con el fin de reforzar la distinción planteada, será preciso indicar que puede reconocerse más bien como una relación, así pues, para Beato Gutiérrez (1993) la depresión es un estado de tristeza permanente en el individuo que se origina de una combinación tanto de aspectos predisponentes es decir personales como la vulnerabilidad psicológica y la genética facilitando la presencia de la depresión y de aspectos precipitantes como el contexto que activarían la vulnerabilidad del individuo.

Según lo señalado por Beato, se puede reconocer la circunstancia en la que se puede presentar el estado de tristeza permanente relacionado con la depresión, pues describe factores específicos que estarían influenciando de manera directa sobre la condición psicológica del individuo, dado que la adquisición de un estado vulnerable genera la apertura a posibilidades afectivas de diversa índole.

La concepción de la depresión hasta ahora descrita, coincide con lo apreciado en el campo de la psiquiatría, lo cual se puede observar de lo señalado por Alberdi et al. (2006) quienes definen a la depresión como un síndrome afectivo que puede ser medido mediante criterios diagnósticos manifestándose con falta de ánimo, distimia, irritabilidad, percepción de inutilidad para afrontar situaciones de la vida; acompañados también de síntomas de tipo físicos, cognitivos, y volitivos; así mismo afirman que ansiedad, depresión y estrés se relacionan significativamente a pesar de que cada uno presente criterios diagnósticos diferentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), define a la depresión como el trastorno mental con más incidencia en la población, manifestándose con síntomas de baja autoestima, tristeza, falta de apetito, disminución del interés o placer, problemas para dormir, culpabilidad, baja concentración y sensación de cansancio constante.

El trastorno depresivo se manifiesta mediante la presencia de un ánimo vacío e irritabilidad siendo acompañados con alteraciones tanto físicas como cognitivas afectando significativamente la capacidad funcional de la persona, de acuerdo a esta determinación resulta útil traer a colación el significado del término “Ánimo vacío”, el cual se puede entender como la sensación de pérdida de motivación y falta de interés frente a actividades que realizaba la persona.

En el contexto de pandemia los profesionales de enfermería pueden presentar pérdida del estado de ánimo debido a los acontecimientos (muerte, contagio, falta de EPP, etc.) que si bien es cierto, bajo su nivel de preparación profesional, están capacitados para afrontar este tipo de problemas, el volumen de casos y las condiciones adversas del sistema que resultan insuficientes, les generan esta condición de vacío al no poder cumplir con las necesidades de la población, lo cual es un factor importante que actualmente atraviesan, así como varios de los síntomas y características anteriormente descritos.

Según afirma Ignacio Zarragoitia (2011), la depresión es caracterizado por profundos sentimientos, ya sea de culpa o indefensión, inutilidad, tristeza, pérdida del estado de ánimo así como desesperanza en sí mismo.

De acuerdo a lo señalado en la definición anterior a las condiciones adversas que provocan el estado de ánimo vacío, relacionado con la insuficiencia de condiciones, también tendrá relación con la sensación de inutilidad que indica Ignacio, puesto que se estará originando

por diversos factores como es el caso de la escaso equipo de protección personal, materiales, oxígeno y camas, podría influir en las enfermeras o enfermeros a un estado de inutilidad al no contar con los recursos necesarios para una atención con calidad y un cuidado personal para evitar el contagio, condición personal que sin duda alguna traería una consecuencia específica sobre la condición emocional que se supone debe estar en equilibrio con la realidad y su estructura somática.

La cuestión relacional que se explica como una condición de equilibrio, es la base de la condición humana cuya alteración provoca un estado de desbalance emocional y físico con características específicas que se evidencian en la conducta del individuo y que se debe a razones de carácter emotivo, la misma que puede tener su origen en factores de la realidad, lo cual puede afectar el normal desarrollo de las funciones somáticas que dependen de estas condiciones emocionales.

Navarro (como se citó en Gómez y Jaimes, 2019) afirma que la depresión es trastorno mental caracterizado por la anhedonia, es decir, falta de satisfacción por las actividades que se consideraban placenteras, así como también disminución de la creatividad, el gusto por las actividades laborales y rutinas diarias repercutiendo de forma negativa en las relaciones personales, así mismo indica que en casos moderados de depresión las personas tiendan a aislarse de los demás, actuando con indiferencia y presentando ideaciones suicidas.

Es preciso mencionar que muchos estudios a través del tiempo han señalado la existencia de estrechas relaciones entre estrés crónico y depresión, señalando que entre ambos se establecería una relación de similitud a nivel fisiopatológico y neurobiológico (Martino Rosario, 2014).

Mediante la definición dada por diferentes autores se puede tener en claro que la depresión es un trastorno mental que afecta al individuo en las distintas áreas de su vida a nivel personal (físico y emocional) y a nivel social, que pueden ser originados por causas externas del contexto o por la propia personalidad y genética del individuo.

Causas y Factores de riesgo. - Muchos estudios afirman que las causas para el desarrollo de una depresión en el individuo son diversas, esto va a depender de diversos factores de riesgo a los que está expuesto la persona es por ello que se dice que su desarrollo es multifactorial y complejo.

Rother Hornstein (2006) que afirma que la depresión resulta de una alteración de la autoestima del individuo en donde influyen tanto el entorno de la persona en cuanto a sus vínculos y los logros alcanzados en el presente, así como también se reactivan experiencias que se vivieron durante la niñez pudiéndole desencadenar un trastorno depresivo ; es por ello que la relación entre la intersubjetividad, la historia infantil, la realidad, lo corporal, los valores y la bioquímica podrían desencadenar la depresión.

Teniendo en cuenta que es importante considerar a los factores de riesgo como causas de desarrollo de la depresión; los factores sociales como la separación matrimonial, la mala situación socioeconómica, la muerte de un ser querido, la inestabilidad laboral, los problemas en el trabajo o en la familia, pueden predisponer al individuo a desarrollar el trastorno depresivo (Josué et al., 2006).

En un estudio realizado por Martina et al. (2017) señala que las mujeres tenían mayor prevalencia a la depresión, con un resultado de 17.6% y en hombres el 10,0%, y que personas

mayores de 75 tenían el 17,0% de predisposición a la depresión que los de menos edad con un 11,7%.

Por otra parte algunos de los factores que inclinan a la mujer a tener mayor prevalencia de depresión es; desde un aspecto psicococial, experiencia infantiles negativas o abuso sexual, siendo este más frecuente en mujeres que en hombres, represión de su libertad, paternidad no compartida, constante competencia en sus roles en la sociedad. Además de aspectos económicos, ya que de la población vinculada a la pobreza, el 70% son mujeres, también aspectos hormonales, sucesos como el embarazo y menopausia, pueden generar mayor vulnerabilidad en la mujer, entre otros (Gavidia Arbeláez, 2009)

El estado civil de un individuo, ya sea estar divorciado, soltero o viudo, y el estrés crónico parecen guardar relación, ya que existe una mayor posibilidad de desarrollar síntomas depresivos, así como también existe mayor incidencia y predisposición de los trastornos depresivos en mujeres que en hombres Bellón et al., (2008).

La depresión se relaciona con el abuso del alcohol y otras sustancias; así como también es frecuente su asociación con problemas alimentarios y con trastornos de personalidad. Además, en pacientes con enfermedad física crónica es común la presencia de síntomas depresivos dándose una relación recíproca entre ambas, es decir los problemas a nivel físico pueden desencadenar síntomas depresivos y a su vez la depresión puede incrementar la presencia de una patología física (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto., 2014).

APA (2014) describe los factores de riesgo asociados a la personalidad del individuo que podrían desencadenar la depresión, así tenemos la presencia de una afectividad negativa en el temperamento que vuelven a la persona proclive de manifestar síntomas depresivos ante

estímulos estresantes; al ambiente como las experiencias traumáticas durante la infancia; a la genética como haber tenido familiares de primer grado con padecimiento del trastorno depresivo, que según diversos estudios puede existir una heredabilidad del 40%.

Así mismo existen factores biológicos como alteraciones cerebrales a nivel del área frontal y límbica que podrían desencadenar un trastorno depresivo no existiendo una lesión anatómica visible; así mismo para que haya un correcto funcionamiento en el cerebro humano debe existir una correcta comunicación entre las diversas neuronas, esta comunicación se lleva a cabo a través de neurotransmisores como la dopamina, serotonina y noradrenalina; por lo tanto si existe una alteración o mal funcionamiento de esta conexión neuronal mediante los neurotransmisores es un factor de riesgo para desencadenar la depresión (Gastó y Navarro, 2007).

Consecuencias. - La depresión tiene un gran impacto, ya sea a nivel familiar e individual, pues este genera grandes consecuencias y secuelas en el ámbito social como laboral.

A nivel familiar, tener un integrante en el hogar con depresión a largo plazo puede traer consigo el alejamiento afectivo hacia su pareja y hacia sus hijos desencadenando conflictos intrafamiliares y empeorando su condición, además que los hijos podrían asumir roles de crianza de sus hermanos menores, así como hacerse cargo de las actividades del hogar.

Kandel y Davies (como se citó en Benjet et al., 2004) afirman que las personas que sufren de depresión durante su infancia o adolescencia, desarrollan una vulnerabilidad que se manifestará en la dificultad para hacer amigos o mantener amistades, tienen menos redes de apoyo, mayor estrés y menor desarrollo educacional, ocupacional y económico.

Además, si no se interviene inmediatamente en la depresión triplica el riesgo de mortalidad cardíaca, así como incrementa el riesgo de suicidio, ya que aproximadamente el 6% de las personas que han sido diagnosticadas con depresión podría cometer suicidio y esta cifra incrementará en un 10% a 15% en aquellos individuos que han tenido hospitalizaciones por depresión, así mismo el exceso de alcohol o alguna droga, la falta de empleo y el aislamiento social aumentan el riesgo de suicidio (Bousoño et al., 2008).

Factores protectores de la depresión. - Según Donas Burak (2001) los factores de protección son características propias de la persona, familia, grupo o comunidad que se pueden detectar, potencializar y desarrollar, que pueden utilizarse para contribuir en el desarrollo humano y de su salud a nivel biológico, psicológico y social, reduciendo los efectos de los factores de riesgo.

Lewinsohn et al. (1985) consideraron que la iniciativa, el darse cuenta de poseer una competencia social, exponerse a situaciones positivas recurrentes producidas tanto en el contexto o en la mente de la persona y tener apoyo social funcionan como factores protectores frente la depresión.

El optimismo se relaciona a índices más bajos de enfermedad, de síntomas depresivos y de suicidio y a niveles más altos de rendimiento académico y deportivo, así como buena adaptación laboral y buena calidad de vida familiar, es así que una persona optimista tiene la capacidad de poder entender su realidad de una manera equilibrada, analiza las causas y consecuencia de una situación problemática de la vida y los afronta con positivismo, confianza y esperanza, confía en el futuro y se propone a cumplir metas (Seligman et al., 2005).

De acuerdo con la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en adultos (2014), considera como factores protectores de la depresión el tener buen manejo de habilidades sociales o tener relaciones amicales, buen sentido del humor, adecuado vínculo afectivo con los integrantes de la familia, practicar algún deporte o actividad física y tener valores positivos, prácticas o creencias religiosas.

Además, en un estudio realizado en población adulto mayor en Puerto Rico, las personas que obtuvieron un mayor grado de instrucción académica demostraron un nivel más alto de autoeficacia y un nivel más bajo de síntomas depresivos, esto quiere decir que en personas con un nivel mayor de autoeficacia se reduce el riesgo que desarrollar síntomas depresivos, así como también el participar en grupos de socialización, ambos son considerados como factores protectores de la depresión (Serra y Irizarry, 2015).

2.2.2. Clasificación de la depresión

Los criterios diagnósticos de la depresión que son los más utilizados tanto en el área de investigación como en la clínica, son los de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE) y también son los de la Clasificación de la American Psychiatric Asociación (DSM), para el estudio de los niveles de depresión se tomó como base teórica al CIE-11 por conveniencia para este estudio.

Los criterios para evaluar el grado de gravedad de la depresión según el CIE-11 son:

(a) Criterios generales: El episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y no es provocado por un trastorno mental orgánico o el exceso de sustancias psicoactivas. (b) Al menos dos de los siguientes síntomas deben presentarse: Humor depresivo

anormal en el individuo que se presenta todos los días y durante casi todo el día, se mantiene por al menos dos semanas y no se evidencia cambio ante situaciones ambientales; fuerte disminución de intereses que para el sujeto eran placenteros y pérdida de la capacidad de disfrute, incremento de la fatiga y disminución de la vitalidad; (c) Para que la suma del total de síntomas resulte cuatro deben existir uno o más de uno de los siguientes síntomas: Disminución del amor a sí mismo y la autoconfianza así como percepción de inferioridad; culpabilidad excesiva, autorreproches; pensamientos frecuentes de morir, ideaciones o conductas suicidas; indecisión acompañada de baja capacidad para pensar o concentrarse; alteraciones en la psicomotricidad acompañado de agitación; problemas relacionados al sueño, incremento o falta de apetito con variación en el peso.

Conociendo los criterios de gravedad de un episodio depresivo, el CIE-11 clasifica a la depresión en los siguientes niveles:

Episodio depresivo leve: De los síntomas especificados en el criterio B, deben presentarse dos o tres. El individuo que sufre de una leve depresión, puede seguir realizando con normalidad sus actividades diarias.

Episodio depresivo moderado: De los síntomas especificados en el criterio B, deben presentarse al menos dos, así como del criterio C hasta sumar como mínimo seis síntomas. El individuo que sufre de una depresión moderada presentará dificultades para seguir con sus actividades diarias.

Episodio depresivo severo: Del criterio B deben presentarse tres síntomas, así como también del criterio C, sumando como mínimo entre los dos, ocho síntomas en total. El individuo que sufre de depresión severa presenta angustiantes síntomas marcados, entre ellos falta de autoestima, culpabilidad percepción de inutilidad; así como ideas o conductas suicidas,

síntomas somáticos. Además, podrían presentarse alteraciones psicóticas como delirio, alucinaciones y retardo psicomotor denominándose episodio depresivo severo con síntomas psicóticos.

2.2.3. Enfoques y teorías explicativas de la depresión

La depresión tiene causas múltiples, por tal razón, en la actualidad existe un gran número de teorías que tratan de explicar el origen, dinámica y etiología de la depresión.

Enfoque Psicoanalítico

El enfoque psicodinámico explica el origen de la depresión o depresión neurótica como el conflicto inconsciente que se da debido al aumento del narcisismo del ideal del yo; es una patología del yo que no es igual a la psicosis y neurosis, en donde eventos desencadenantes como el fracaso amoroso y profesional, el daño corporal, entre otros; se convierten en heridas narcisistas que dañan la imagen ideal del sí mismo teniendo como resultado la pérdida de la autoestima, que tuvo su origen en la infancia debido a la represión del desprecio que sintió hacia el padre del mismo sexo al percibir a este distante y dominante compensando esta relación negativa con una sobre idealización del progenitor. (Bogaert García, 2012).

El estudio de la melancolía de Sigmund Freud. – La melancolía es considerada como un duelo causado por la falta o pérdida de la lívido; en tanto que los individuos fuertes son más propensos a desarrollar una neurosis de angustia, los débiles tienden a desarrollar la melancolía (Freud, 1917).

Los conceptos fundamentales diseñados por Freud para explicar la dinámica de la melancolía son: (1) La ambivalencia que se refiere a lo reprimido, a una ambivalencia entre sentimientos de amor y odio ante la pérdida del objeto; amor ya que desea continuar en unión con el objeto y odio ya que desea la pérdida de este, pudiendo ser incluso el causante de esta, recayendo sobre el Yo el odio en forma de calumnias, humillaciones y haciéndolo sufrir, manteniéndose en el inconsciente esta lucha de amor/odio; (2) identificación del yo con el objeto existiendo una contradicción entre la pérdida del objeto y el efecto de esta pérdida sobre el yo en donde la libido no se desplaza hacia otro objeto por el contrario es retraída hacia el produciéndose una identificación con este, sustituyendo la carga erótica sin abandonar la relación a pesar del conflicto sujeto objeto en conclusión el amor hacia el objeto es remplazado por la identificación; y (3) el retroceso a la fase sádica en donde el odio cae sobre el objeto sustitutivo, es decir hacia el yo provocándole sufrimiento en venganza hacia el objeto amado perdido, es así que el paciente encuentra como refugio a la melancolía para que no se vea obligado a exteriorizar su hostilidad; el intento de suicidio se explica como un regreso de la carga de objeto hacia el yo, tratándose a sí mismo como objeto (Freud, 1917).

Modelo para la depresión de Rado. – Rado (1928) dio importancia al estudio de las demandas de gratificación narcisista, situando su investigación hacia la autoestima, asemejando a la persona depresiva con el infante cuya autoestima va a depender del afecto y aprobación de sus figuras parentales y no de sus logros alcanzados, mostrando intolerancia a la frustración, situación que no ocurre en personas que son seguras de sí mismas.

Para Rado la persona depresiva tiende a presentar una conducta autocrítica y dominante hacía en objeto amado y si este no responde con amor a las exigencias del sujeto este reacciona de manera hostil; en el infante la utilización de la culpa y el castigo hace que este recupere el

afecto perdido; más adelante conforme el superyó incorpora a las figuras paternas aparecen la culpa y la reparación, incluso si no hay presencia de castigo, funcionando como castigo intrapsíquico recuperando el afecto perdido, es así que el yo funciona como objeto de castigo para el superyó y este representa tanto los componentes amorosos y castigadores de los padres, por lo tanto la culpa funciona como atenuante de la tensión entre el yo y el superyó fortaleciendo la autoestima (Ávila, 1990).

En la melancolía, es la representación construida de las figuras paternas; es decir, los buenos aspectos del objeto amado son introyectados en el superyó, por el contrario, son introyectados al yo los aspectos malos del objeto, siendo el yo víctima de los instintos sádicos de superyó, sintiendo alivio al completarse el castigo (Rado, 1928).

Enfoque conductual

El enfoque conductual de la depresión afirma que esta es principalmente un hecho aprendido que se relaciona con interacciones negativas entre el individuo y su medio ambiente esto es haber tenido experiencias sociales negativas o disminución de los refuerzos sociales, que a su vez estas interacciones están influenciadas por las conductas, cogniciones y emociones del individuo (Antonuccio et al., 1989).

La disminución del refuerzo positivo. - Fester en 1965 y Lewinson, Weinstein y Shaw en 1969 propusieron modelos explicativos basándose en las conductas observables del individuo y del entorno, ignorando los procesos internos del sujeto en la explicación de la dinámica de la depresión; por tal razón consideran al factor ambiental como desencadenante de la depresión.

Esta teoría explica que el individuo carece de habilidades sociales adecuadas para encarar alguna determinada situación del contexto, es decir, la capacidad de expresar conductas, que serán reforzadas positivamente por otros mediante la atención, interés y simpatía, son inadecuadas si los comparamos con las emitidas por sujetos no depresivos; por tal razón la disminución de reforzamientos positivos por parte de los otros originaría conductas depresivas en el individuo como sentimientos de disforia (incomodidad e infelicidad) y síntomas somáticos (Beato, 1993).

Entrenamiento en Autocontrol. - Rehm L (1977) integró tantos aspectos relacionados con la conducta y aspectos cognitivos del trastorno para desarrollar el modelo de autocontrol de la depresión, dando importancia a la relación de la adquisición progresiva de la meta, auto refuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. En este modelo, la depresión es la consecuencia negativa de la relación entre castigos y recompensas en donde el individuo contribuye a esta relación negativa a mediante respuestas tanto cognitivas y conductuales. Se afirma en esta teoría que las personas deprimidas tienden a ser perfeccionistas, trazándose metas imposibles, como también se enfocan en las características negativas de su entorno y utilizando pocos refuerzos en su vida mientras que la frecuencia del autocastigo es grande.

La teoría descrita no le quita importancia al papel de los factores externos o ambientales, es así que afirma que los sucesos positivos se dan con baja incidencia por la presencia de distorsiones cognitivas y el mal manejo de estrategias para un buen autocontrol, es por ello existe un mayor riesgo de autocastigo en individuos deprimidos.

El modelo de Nezu. - Nezu como se citó en Vásquez et al. (2000) afirman en su teoría que la razón principal para el inicio y permanencia de la depresión se debe a la incapacidad de la persona para resolver problemas produciendo consecuencias negativas que disminuyen el

refuerzo de la conducta de la persona. Esta habilidad de resolver problemas permite que el individuo maneje o afronte el estrés de una mejor manera por lo tanto disminuye los síntomas depresivos, amortiguando los efectos de las experiencias negativas de la vida. De modo más específico, Nezu afirmó que el desarrollo de síntomas depresivos debe principalmente a la falta de uno de los componentes de la estrategia para solucionar problemas: 1) orientación hacia la situación problemática; 2) definición y formulación del problema; 3) proponer alternativas de solución; 4) toma de decisiones y 5) aplicar la solución y evaluación.

Enfoque cognitivo

El enfoque cognitivo de la depresión da importancia a los aspectos somático, motivacionales, emocionales y cognitivos del ser humano como intervinientes en el desarrollo de la depresión, es así que refieren que las personas que tuvieron experiencias de fracaso en el pasado, desarrollan una percepción de no contingencia es decir de no controlabilidad en el futuro, así como negativismo, desencadenando síntomas depresivos (Beato, 1993).

La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación. - Seligman Pete (1975)
hipotetizó que la depresión se da debido a que el individuo no puede diferenciar la relación que existe entre su conducta y sus consecuencias, ya sean negativas o por el contrario positivas, por lo tanto, la persona se mantiene en un estado de pasividad pues ha aprendido que su conducta no eliminará el estímulo aversivo. Años después Abramson et al. (1978) reformularon la teoría de Seligman denominándola Teoría de la Desesperanza en la cual afirman que las personas que poseen estilos inferenciales negativos presentan más riesgo de padecer síntomas depresivos cuando experimentan situaciones vitales negativas como el estrés. La vulnerabilidad cognitiva

está compuesta por errores inferenciales como: 1) inferir que los factores estables y globales causan los hechos negativos; 2) inferir que las situaciones negativas presentes acarrearán a situaciones negativas futuras; y 3) inferir aspectos negativos sobre sí mismos cuando suceden hechos negativos, todo ello va dañando la autoestima del individuo manifestándose en síntomas depresivos.

Modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck. - Aaron Beck define a la depresión como la percepción negativa que tiene la persona acerca de sí mismo, del futuro y del mundo acompañadas de esquemas negativos y distorsiones cognitivas que lo llevan a un estado de inutilidad y tristeza profunda. (Beck et al., 2010)

Dentro del modelo cognitivo de la depresión Beck et al. (2010) hacen la definición de 3 componentes para exponer el origen y dinámica de la depresión, el primero se denomina la “triada cognitiva”, se define esta como la percepción negativa que presenta la persona sobre sí mismo, de su entorno y de aspectos futuros, tales conceptos tienen su inicio en algunas experiencias de su niñez y se mantienen latentes hasta ser activos por ciertas circunstancias semejantes a las tempranas experiencias vividas; el segundo componente es el “modelo de los esquemas” en donde la persona depresiva presenta cogniciones negativas automáticas y constantes independientes de contexto, que le impide resolver problemas de situaciones externas y no le permite tener una postura objetiva de sus pensamientos; estos acompañados de la presencia de un tercer componente referido a los “Errores cognitivos” en el pensamiento que conllevan a la permanencia de sus conceptos negativos.

2.3. Ansiedad

Diversas investigaciones demuestran que existe una gran prevalencia en la población mundial que presenta trastornos de ansiedad; además la pandemia COVID-19 ha afectado a distintos países en el mundo ocasionando el aumento de la sintomatología ansiosa y depresiva llegando a tener un gran impacto psicológico para las personas, afectando su vida personal, familiar y social (Rajkumar Philip, 2020).

2.3.1. Definición

Diariamente el ser humano se enfrenta a diversas situaciones en la vida desencadenando alteraciones emocionales que nos permiten adaptarnos a nuevas circunstancias, es así que la ansiedad es parte de ello, es una respuesta normal del organismo, sin embargo, si los síntomas perduran y se incrementan, esta respuesta se puede volver patológica desencadenando un trastorno de ansiedad (Carrión y Bustamante, 2008).

Diferenciar el miedo de la ansiedad para Esparcia et al. (2009) es muy importante, pues comúnmente se tiende a confundir o afirmar que estos términos tienen un mismo significado; es así que sostiene que el ser humano experimenta miedo como una respuesta fisiológica adaptativa y natural acompañada de una respuesta psicológica de huida y/o afrontamiento frente a un estímulo concreto, real y peligroso; por el contrario en la ansiedad patológica el ser humano experimenta una respuesta fisiológica con alteraciones cognitivas y/o conductuales frente a estímulos subjetivamente peligrosos hasta a veces inexistentes.

Así mismo López Ibor (1969) explica la diferencia entre ansiedad y angustia, siendo esta última manifestada primordialmente por síntomas físicos como paralización y aislamiento y tiende a atenuarse; por otro lado, en la ansiedad existe predominio de síntomas psíquicos, percepción de ahogo y peligro donde existe mayor esfuerzo de encontrar soluciones para hacer frente a la amenaza en comparación con la angustia.

Por otro lado, Abascal (como se citó en Carrillo, 2017) realiza una distinción entre ansiedad y estrés, considerando a la ansiedad como una emoción y al estrés como un proceso que busca la adaptación que genera emociones pero que no es una emoción; así mismo el estrés es causado por cualquier factor externo al individuo y la ansiedad está relacionada factores principalmente intrapsíquicos y específicos del individuo.

Por otro lado, Del Campo et al. (2018) señala que muchas veces se suele confundir ansiedad y estrés ya que se encuentran estrechamente relacionadas debido a que funcionan como un medio para adaptarse a demandas del contexto donde vivimos; ambos tienen una relación a nivel de la activación del sistema fisiológico y la actividad cognitiva desencadenando síntomas de bajo rendimiento, problemas de salud mental y física y pérdida o falta de control.

Spielberger et al. (1984) definen a la ansiedad como una reacción emocional no placentera causada por un estímulo externo, siendo esta considerada para el individuo como amenazadora desencadenándole alteraciones fisiológicas y conductuales.

Tyrer (1982) describió a la ansiedad como una consecuencia adaptativa de emergencia para aquellas situaciones que el individuo interpreta o representa como una amenaza o peligro para su integridad, desencadenando una serie de mecanismos defensivos de catecolaminas, responsables de una gran parte de los síntomas somáticos que componen las respuestas ansiosas.

Por otro lado, para Mischel (como se citó en Carrillo, 2017) la ansiedad va más allá que una sola concepción, es así que refiere que cada persona tiene situaciones propias que considera como amenazas personales que le producen síntomas ansiosos y que son diferentes a la de los demás, es por ello que considera que la mejor manera de describir a la ansiedad es como un temor que fue aprendido.

Según lo indica Tobal(1990) la ansiedad es una serie de patrones de conducta, la cual engloba algunos aspectos cognitivos, no placenteros, de aprensión y de tensión; algunos aspectos físicos que aparecen por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo; y también los aspectos motores que involucran conductas poco convenientes y limitadamente adaptadas.

Así mismo Sadín y Chorot (1995) definen a la ansiedad como una respuesta emocional conformada por sentimientos de preocupación, desconfianza, así como de tensión y nerviosismo que son acompañados por la activación del sistema nervioso autónomo simpático; siendo anticipatoria, teniendo un papel tanto práctico como de utilidad biológica.

Vindel y Tobal (2001) describen a la ansiedad como consecuencia de presentar cogniciones displacenteras, de tensión y de desconfianza; alteraciones fisiológicas manifestadas por un elevado nivel de funcionamiento del sistema nervioso autónomo; además de presentar conductas motoras poco ajustadas y desadaptativas.

Clark y Beck (2012) señala a la ansiedad como una totalidad de respuestas, ya sea conductuales, afectivas, fisiológicas o cognitivas que se activan al adelantarse a circunstancias que son percibidas por el individuo como muy aversivas ya que les resulta imprevisibles, inmanejables que podrían amenazar los intereses vitales del mismo.

Barlow (como se citó en Clark y Beck, 2012), define a la ansiedad como una emoción orientada hacia el futuro, representada por percepciones de no controlabilidad e impredecibilidad con respecto a situaciones potencialmente amenazantes.

Las definiciones dadas por diversos autores acerca de la ansiedad como una sensación de falta de control del miedo ante una situación peligrosa percibida por el sujeto e incertidumbre hacia el futuro, está muy relacionado con la problemática de la pandemia actual, en donde el personal de enfermería se encuentra inmerso en situaciones de peligro sanitario que atenta contra su salud y la de su familia; así mismo, la percepción de incertidumbre del futuro y del nuevo estilo de vida, conllevan a desarrollar síntomas ansiosos convirtiéndose en un riesgo para esta población.

Factores de riesgo y protectores de la ansiedad. - Existen variados factores de riesgo que pueden causar o desencadenar síntomas ansiosos, es decir la ansiedad tiene una etiología multifactorial, entre los cuales se describen:

Factores biológicos en donde diversas investigaciones afirman que la vulnerabilidad genética se ha descubierto en la mayoría de los casos de los trastornos de ansiedad con mayor prevalencia en trastornos de pánico, TOC y en fobia social (Reyes, 2017).

Factores Psicosociales como los laborales, interpersonales y socioeconómicos que juegan un papel relevante en el desarrollo de la ansiedad, así como también el tipo de educación recibida durante la infancia (Hernández, 2018).

Factores traumáticos como haber enfrentado experiencias de accidentes difíciles, desastres naturales, guerras, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc ponen en riesgo de

generar serios daños biológicos en la corteza cerebral que se relacionan con el desarrollo de graves síntomas de ansiedad (Reyes, 2017).

Factores Psicodinámicos como impulsos instintivos prohibidos dentro del individuo que buscan por donde escapar del control la persona, considerando a la ansiedad como una respuesta individual a este peligro, provocando que el yo adquiera medidas defensivas que con éxito estas defensas harían que la ansiedad desaparezca; por otro lado, si fracasan el individuo puede presentar síntomas disociativos, obsesivos compulsivos y fóbicos (Reyes, 2017)

Factores cognitivos y conductuales en donde patrones cognitivos distorsionados o negativos, se anteponen a conductas no adaptativas y trastornos afectivos o emocionales, en la cual la ansiedad se manifiesta por una exageración de los estímulos amenazantes y una percepción de no poseer la capacidad personal para afrontar estas amenazas; así como también se pueden aprender o imitar conductas o respuestas ansiosas de los demás mediante mecanismos de condicionamiento y generalización (Reyes, 2017).

Así mismo Taboada (1998) afirma que tener un temperamento inhibido (introvertido), baja autoestima, presentar un apego inseguro durante la infancia, así como tener una manera educativa caracterizada por una alta controlabilidad y sobreprotección de parte de los padres son factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad.

Los factores protectores ponen en menor riesgo de padecer síntomas ansiosos es así que la autoestima, tener una buena capacidad de comunicación, ponerse en el lugar de la otra persona, el optimismo, la adaptación a situaciones problemáticas, tener relaciones interpersonales buenas y vivir en un ambiente sin conflictos graves minimiza el riesgo de sufrir síntomas ansiosos y depresivos (Correal, 2021).

Por otro lado, la práctica religiosa funciona también como un factor protector de la ansiedad y depresión ya que las personas que practican la religión tienen más sentido de vida que los no practicantes o los que practican ocasionalmente, por tal razón el sentido de vida también es un factor protector de psicopatologías y es predictivo de bienestar, disminuyendo los síntomas ansiosos y depresivos (Armas, 2018).

Así mismo formar parte de un relación de pareja puede ser beneficioso para el bienestar psicológico y social del individuo pues se le considera como apoyo social y económico brindando estabilidad a la pareja con múltiples beneficios a nivel físico y psicológico; sin embargo también puede ser causa de sufrimiento y malestar cuando no existe una buena relación es decir si está deteriorada o es conflictiva, es por ello que la satisfacción marital es un factor protector frente a ansiedad o depresión (Romero, 2016).

Consecuencias.- La ansiedad trae consecuencias en áreas importantes del ser humano, ya sea en la personalidad, comportamiento, estado emocional y social que no es necesariamente negativo pues en niveles normales, alerta al individuo y a sus mecanismos de defensa para enfrentar alguna situación de amenaza; por el contrario si la ansiedad es patológica como se ha descrito anteriormente, la persona es incapaz de poder afrontar la situación por tener una percepción desproporcionada de la amenaza que muchas veces es subjetiva afectando la vida del individuo (Barán, 2018).

Muriel et.al. (2013) afirman que los niños y adolescentes que padecen altos niveles de síntomas ansiosos tienen a tomar responsabilidad excesiva de los fracasos, así como presentar dificultades para proponer alternativas de solución o actuación frente a una situación

problemática y darse cuenta si esas alternativas son efectivas o no, adicionalmente presentan lentitud para tomar decisiones.

Según Rojas (2013) algunas de las consecuencias físicas a largo plazo de la ansiedad que podrían poner en alto riesgo la salud del individuo son el debilitamiento de sistema inmunológico poniendo en riesgo al cuerpo de adquirir infecciones virales, problemas en la memoria de corto plazo y la atención, daños en el sistema digestivo, vértigos, agotamiento, cefaleas, aceleración del ritmo cardiaco, náuseas y alteraciones del sueño.

Las consecuencias psicológicas de la ansiedad como la inseguridad y el temor pueden orillar a la persona a querer aislarse socialmente y quedarse en casa paralizado por el miedo, también puede llevar a mantener vinculaciones afectivas inadecuadas y puede generar el padecimiento de otros trastornos de ansiedad menos comunes como la ansiedad generalizada, TOC, el trastorno de pánico o fobias que ponen en riesgo de afectar en gran medida el ámbito social, laboral y familiar de la persona; este aislamiento con la sociedad, con las relaciones interpersonales más cercanas y con sí mismo tiene como consecuencia las adicciones al consumo de sustancias alcohólicas, drogas o algún otro medio que le lleve a evadir la ansiedad llegando a un estado depresivo o incluso a pensamientos suicidas (Pimentel, 2000).

2.3.3. Clasificación de la ansiedad

Peplau (como citó Gonzales, 2007), clasifica a la ansiedad en los siguientes niveles:

Leve. - El individuo se encuentra en estado de alerta, su percepción de estímulos aumenta, así como también la atención, la conciencia y la capacidad de asociación están muy

elevadas. Manifiesta cambios en la conducta que puede afrontar fácilmente y la intensidad de los síntomas es mínima.

Moderado. - Se estrecha el campo perceptivo es decir su conocimiento perceptual se reduce, la persona no se percata de lo que pasa a su alrededor, pero puede prestar atención si así lo requiere; resuelve y afronta problemas con normalidad, sin embargo existe presencia de incertidumbre, nerviosismo y aprehensión; se intensifican los síntomas físicos y psicológicos sin embargo continúan con sus actividades diarias, pero con dificultad.

Severo. - Es el nivel máximo de ansiedad, disminuye la capacidad de observación del individuo enfocándose solo en el objeto de ansiedad. Prevalece una inatención selectiva tanto en la ansiedad moderada y severa. A fin de escapar de la situación de amenaza la personalidad de la persona tiende a disociarse; la actividad mental aumenta provocando una disminución en la capacidad de discernimiento pudiendo entrar en estado de pánico, en donde los pensamientos y el habla se vuelven incoherentes. Los síntomas de ansiedad le impiden continuar con sus actividades diarias.

2.3.5. Enfoques y teorías explicativas de la ansiedad

Existen diferentes y variadas definiciones de ansiedad como modelos teóricos, sin embargo, todas las teorías afirman que la ansiedad es una respuesta emocional compleja, multidimensional y adaptativa. Acto seguido, se describen los principales enfoques que han abordado diversos autores acerca de la ansiedad a lo largo de su historia.

Enfoque psicodinámico

Las Tres Teorías de la Ansiedad. - Freud (1894) postula tres teorías acerca de la ansiedad; la primera teoría indica que la ansiedad es un proceso físico en donde la acumulación de la excitación busca una vía de escape o descarga por medio de la vía somática. Mas adelante en la segunda teoría de la ansiedad, Freud (1917) afirmó que el almacenamiento de esta excitación es causado por la represión frente a un impulso inaceptable que pretendía tener una representación consciente; y en su tercera postulación, indica que el proceso represivo era el efecto y no el origen de la ansiedad; además la definió como la respuesta interna ante una amenaza o peligro y que tenía origen experiencias traumáticas en la niñez.

Nueva Teoría estructural de la Ansiedad. – Posteriormente Freud (1911) adecuó su modelo a la nueva teoría estructural diferenciando tres clases de ansiedad: Ansiedad real que era producto de la relación entre el yo y el ambiente externo, como respuesta de alarma ante una amenaza real externa al sujeto; la ansiedad neurótica que se entiende también como una señal de peligro, aunque su origen se encuentra en los impulsos que son reprimidos del ello y se manifiesta cuando el yo trata de satisfacer los instintos del ello, estas exigencias provocan que el sujeto se sienta amenazado con temor de que el yo no pueda controlar al ello; la ansiedad moral también conocida como la ansiedad de la vergüenza, en donde el superyó ejercía presión ante el peligro de que el yo pierda el control frente a los impulsos.

La Teoría de Klein. - Quien estudió a profundidad los estadios tempranos del desarrollo humano para comprender la patología infantil y la psicosis; definió a la ansiedad como una respuesta propia del ser humano adquirida desde el momento del nacimiento, una manifestación del yo frente el miedo a la muerte y a la aniquilación, relacionando la ansiedad a la pulsión de

muerte y no a la pulsión sexual como lo planteaba Freud; además postuló dos tipos de ansiedad predominantes la ansiedad paranoide vinculada con la proyección del instinto de muerte en objetos externos al sujeto vistos como perseguidores y el miedo al aniquilamiento del yo y del objeto ideal y la ansiedad depresiva causada por la posibilidad de que la propia agresión aniquilara al objeto bueno y al yo que al identificarse con el objeto se sintiera amenazado (Klein, 1960).

Modelo continente-contenido de Bion. - Bion (1980) postulo que en el aparato mental del ser humano coexistían dos áreas, una psicótica y otra neurótica en las cuales había presencia de ansiedad y en el área no psicótica de la mente planteaba que existían ansiedades depresivas idénticas a las planteadas por Klein. El modelo propuesto por Bion se centra en la relación madre-hijo, donde afirma que la ansiedad se originaba en esta vinculación temprana entre ambos; por lo tanto, si la madre funcionaba como un continente adecuado y era capaz de entender y responder a la ansiedad proyectadas por el bebé, le trasmitirá paz y tranquilidad, por el contrario si no responde a estas ansiedades, trasmitirá miedo y será percibida como objeto malo; adicionalmente Bion postula que el pensamiento y la capacidad simbólica sustituyen a la descarga motora, funcionando como amortiguadores de la frustración y la tensión y elaboran ansiedades.

Enfoque experimental motivacional

Este enfoque se centró en la conducta observable y su relación con el medio ambiente a través de los procesos de aprendizaje.

Teoría del Condicionamiento Clásico. - Para Watson (1919) la ansiedad fue una respuesta emocional de poca duración que podía ser evaluada teniendo en cuenta sus antecedentes es decir los estímulos, consecuencias es decir las respuestas, así como también su frecuencia y duración.

En sus trabajos sobre el condicionamiento Watson y Reyner (1920) definieron a la fobia como una respuesta emocional condicionada que fue aprendida por medio de una asociación a una situación neutra es decir que en un principio no desencadenaba respuesta alguna con una experiencia desagradable.

Más adelante Watson (1976) explicó la diferencia entre miedos no aprendidos (innatos) de aquellos aprendidos durante el crecimiento del niño, esto representó un gran progreso para el conocimiento de la ansiedad.

Teoría del Condicionamiento instrumental. - Skinner (1977) estudió la relación entre la conducta y el medio ambiente en el que se encontraba expuesto el sujeto en sus procesos adaptativos; afirmó que la conducta de una persona estaba determinada por las consecuencias inmediatas a esta, que podían actuar como reforzadores positivos los cuales aumentaban la posibilidad de que la conducta regrese en un futuro o reforzadores negativos los cuales eliminaban un hecho aversivo o expresaban una respuesta que no permitía que el evento aversivo ocurriera; además postuló que el reforzamiento negativo no eliminaba la conducta emocional, sino que creaba una nueva conducta con el fin de intentar evitar o controlar su consecuencia aversiva, este proceso permitió comprender la ansiedad como una respuesta emocional que es reforzada negativamente por conductas de evitación con el fin de prevenir o controlar la consecuencia aversiva.

Teoría Bifactorial. - Mowrer (1960) reconoció la presencia e importancia de dos procesos en el origen y mantenimiento de la ansiedad; el primer proceso era el componente clásico el cual describía la aparición y motivación de evadir el estímulo aversivo y el segundo proceso era el componente instrumental el cual describía su sostenimiento a través del refuerzo de respuestas de evitación que disminuían la ansiedad e imposibilitaban su extinción.

Modelo de la Incubación. - Eysenck (1992) trató de adicionar conceptos acerca de los mecanismos explicativos sobre el condicionamiento de la ansiedad; planteó que la simple presentación del estímulo condicionado que no es reforzado continuamente no extinguía la respuesta condicionada, por el contrario, en ciertas condiciones la respuesta ansiosa podía mantenerse o incrementarse, esto dependía del tipo de respuesta condicionada y su motivación; esto es cuando el estímulo condicionado desencadenaba una respuesta condicionada motivada, la sola exposición al estímulo condicionado tenía como consecuencia una mayor respuesta condicionada y no su extinción, es así que se generaba la misma motivación para evadir el estímulo condicionado que para evitar el estímulo incondicionado.

Aprendizaje Observacional de las Ansiedades. - Bandura (1974) estudió los componentes involucrados en el aprendizaje de las fobias que no poseían algún tipo de reforzamiento; es así que a partir de sus estudios acerca de los comportamientos hostiles y ansiosos aprendidos por los niños mediante la observación o imitación del comportamiento de sus padres, que la conducta de un individuo se presenta como estímulo para generar pensamientos, conductas o actitudes en otras personas que miran el modelo de acción.

Enfoque psicométrico factorial

Modelo de Ansiedad Estado-Rasgo de Cattell. - Cattell (1961) examinó que los estudios experimentales se enfocaron únicamente en la investigación de la ansiedad como una respuesta inmediata temporal y variable, que correlacionaba de forma positiva con algunos síntomas físicos como elevación del ritmo cardiaco, tensión muscular, temblores, etc.; por otros sus investigaciones se habían centrado en las diferencias individuales de las personas, definiendo a la ansiedad como una característica un tanto estable de la personalidad; es así que postuló la presencia de dos factores diferenciables y a la vez independientes en la ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado.

La ansiedad rasgo indicaba una predisposición relativamente estable de la personalidad a responder de manera ansiosa y la ansiedad estado aludía a un estado emocional temporal y variable en lo que se refiere a intensidad y permanencia; este modelo postuló la existencia de una ansiedad como uno de los factores integrantes de la personalidad de la persona que permanece a lo largo del tiempo (Cattell, 1983)

Modelo de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger. - Spielberger (1966) elaboró su modelo de ansiedad basado en los estudios de Cattell y Lazarus en el que al igual que en su modelo diferenció de forma conceptual y operacional a la ansiedad como un estado temporal o transitorio y como un rasgo relativamente estable de la personalidad; sin embargo, en vez de considerar que actúan de forma independiente, formuló la presencia de una interrelación entre ambas ya que la ansiedad no es ajena a las circunstancias que la desencadenaban y a los procesos mediacionales involucrados; por tal razón la definió como una sucesión compleja de componentes cognitivos, afectivos y comportamentales desencadenadas por el estrés que

antecede a la valoración cognitiva y a la respuesta posterior de la ansiedad, atribuyendo a esta valoración cognitiva el origen y el control de la ansiedad.

Este modelo definió a la ansiedad como un estado subjetivo que se caracterizaba por la percepción de sentimientos aprensivos, así como de tensión, y por la activación del sistema nervioso endocrino y autónomo desencadenando alteraciones físicas que eran provocadas por una valoración cognitiva negativa de no control ante una situación aversiva que dependía de la percepción subjetiva de la persona y no del peligro objetivo de la situación; por tal razón fue definida como una respuesta con niveles altos de ansiedad estado correlacionado con las diferencias individuales relativamente estables de la persona ante situaciones peligrosas siendo los componentes cognitivos mediacionales, la permanencia de la estimulación y la experiencia ante situaciones análogas, factores importantes para determinar la intensidad y duración de los estados ansiosos (Spielberger, 1972).

Enfoque cognitivo

El objetivo del enfoque cognitivo hace frente al paradigma estímulo-respuesta que había explicado hasta ese entonces el origen y dinámica de la ansiedad.

Desde el enfoque cognitivo, frente a una situación determinada, la persona la evalúa y valora sus consecuencias, si el resultado de esta evaluación es peligrosa se desencadenará en una reacción de síntomas ansiosos controlada por procesos cognitivos, que llevará al sujeto a evitar la situación amenazante que incluso sin la presencia de esta, la simple imagen en la mente del individuo también producirá síntomas ansiosos, por tal razón la reacción ansiosa se genera a partir de la interpretación individual de la situación hecha por el sujeto en donde algunas veces se

da cuenta que no representa una amenaza objetiva sin embargo no puede manejar los síntomas de forma voluntaria; es por ello que el enfoque cognitivo da importancia a las cogniciones, pensamientos, también creencias, ideas, creencias, así como también imágenes que acompañan al peligro de un acontecimiento o al miedo frente a una posible amenaza (Sierra, 2003).

Modelo Cognitivo de la Ansiedad de Beck. – Clark y Beck (2012) en su modelo cognitivo de la ansiedad sostiene que la persona que sufre trastorno de ansiedad se encuentra inicialmente en un estado de vulnerabilidad, es decir que existen factores genéticos, neurofisiológicos o de aprendizaje temprano que predispone a algunas personas al riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad, esto es al estar expuestas a estímulos de peligro externo o interno hacen una valoración primaria de la amenaza de una forma distorsionada, sin embargo en personas con ansiedad esta se manifiesta en una percepción de peligro sobrevalorada e ilógica llegando a tener una conducta de evitación o escape; inmediatamente al hacer una revaloración elaborativa secundaria, no encuentran en ellos la seguridad de poder afrontar el peligro percibido llegando a un estado de indefensión e incrementando la percepción inicial de la amenaza acompañado de síntomas ansiosos intensos.

Enfoque cognitivo-conductual

Desarrollándose en paralelo al enfoque cognitivo, este consideró que los procesos cognitivos que intervienen entre un estímulo aversivo y la respuesta de ansiedad de la persona, es así que los componentes cognitivos podían hacer que las reacciones de ansiedad se mantengan o como también los estados de ansiedad influían en los procesos cognitivos e incluso interferían en la conducta de la persona (Cano, 1989)

Teoría del aprendizaje social. – Bandura (1982) fue pionero en estudiar los componentes cognitivos dentro del enfoque conductual, quién a través de su teoría del aprendizaje social postulaba que las acciones de las personas eran manejadas por lo que el sujeto espera que suceda es decir sus expectativas; distinguiendo en primer lugar entre expectativas de autoeficacia siendo estas las creencias que tiene la persona acerca de la propia capacidad para afrontar situaciones con éxito y en segundo lugar las expectativas de resultado que se refieren a las apreciaciones o evaluaciones de los resultados que podían inducir a determinadas conductas, a partir de ello se realizaba una nueva evaluación o reevaluación del contexto y de la persona con el fin de desechar o acrecentar la valoración; definiendo por lo tanto a la ansiedad como un estado subjetivo consecuencia de la evaluación y reevaluación de estímulos internos y externos, cuyo resultado final daba a conocer el tipo, la intensidad y permanencia de la experiencia emocional.

De acuerdo a la teoría del autor mencionada en el párrafo anterior, los profesionales de salud pueden tener buenas expectativas de autoeficacia para afrontar los problemas que se suscitan en su centro de labores como en su hogar, sin embargo, han tenido de adaptarse y afrontar un nuevo contexto de pandemia, pudiendo disminuir sus expectativas de autoeficacia y por ende también sus expectativas de resultado al evaluar diariamente el actual contexto social, pudiendo desencadenar malestar psicológico como síntomas de estrés, ansiedad o depresión.

Teoría Tridimensional de Lang. – La teoría tridimensional define la ansiedad como un sistema triple de respuesta emocional en el que interaccionan componentes fisiológicos, cognitivos y también motores que se expresan a consecuencia de estímulos internos y externos a la propia persona, así también la respuesta de ansiedad es provocada por estímulos que son establecidos en gran parte por las características del individuo (Lang, 1968).

Teoría Interactiva Multidimensional. –Las variables situacionales según Endler (1975) influían en la conducta y en la forma de percibir la situación por parte del sujeto, por tal razón la ansiedad fue descrita como la consecuencia de un proceso en el que interaccionaban rasgos de personalidad en conjunto con las características de la situación específica siempre y cuando esta sea una fuente de ansiedad para la persona y cuando afirma presentar síntomas ansiosos, diversas variables intervienen en el proceso como variables cognitivas y situacionales pasando de ser considerada como rasgo de personalidad a ser un concepto multidimensional por lo tanto es importante la interrelación entre el rasgo de ansiedad y la circunstancia amenazante para que de origen a la ansiedad.

Capítulo II: Métodos y materiales

1. Diseño de contrastación de hipótesis

La presente investigación recurrió a un diseño no experimental que se aplicó de manera transversal con enfoque cuantitativo; así mismo se analizó la relación entre las variables del estudio, de tipo correlacional múltiple, en la cual mide la intensidad que hay entre un grupo de variables independientes y una variable dependiente, la correlación múltiple es un tipo estudio que tiene como objeto valorar la relación que hay entre dos o más categorías. (Calva y Hernández, 2004) Se apegó a este tipo de investigación puesto que este es el que mejor se adaptó a las características y necesidades del estudio.

1.1. Hipótesis General

Existe relación altamente significativa entre el estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería del departamento de Lambayeque.

1.2. Método de contrastación de hipótesis

Para la contrastación de la hipótesis se trabajó con el coeficiente de correlación de Spearman. (Ver anexo E)

2. Población y muestra

La población estuvo conformada por la cantidad de 3068 profesionales de enfermería registrados en el colegio de enfermeros de Lambayeque. El tipo de muestreo a utilizarse fue bajo el criterio de conveniencia por tratarse de una investigación no probabilística, es decir, la selección de la muestra para el estudio depende de los criterios, características y otros que los investigadores crean conveniente en ese momento (Walpole y Myers, 1966). En este sentido se indica como muestra la aplicación de los instrumentos de evaluación sobre la cantidad de 101 profesionales de enfermería colegiados en la región Lambayeque.

3. Procedimientos para la investigación

3.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Profesionales de enfermería colegiados, de ambos sexos, trabajando en el departamento de Lambayeque que accedieron a la evaluación.

Criterios de exclusión

Que no dieron conformidad al consentimiento informado. que invalidaron los instrumentos, que omitieron preguntas en los instrumentos de evaluación, que no completaron la ficha técnica.

4. Técnicas e instrumentos

4.1. Técnicas

4.1.1. Observación: Se realizó a profesionales de enfermería, en la cual se pudo observar cambios de humor, disminución de energía, disminución de ánimos, bajo peso, obsesión compulsiva por los tomar las medidas sanitarias, preocupación por recursos escasos, preocupación por el bienestar familiar, entre otros, un cambio evidente.

4.1.2. Entrevista: Se ejecutó a profesionales de enfermería mediante videollamadas virtuales, en la cual se le realizó una serie de preguntas como:

- ¿Trabaja, actualmente, para Essalud o el Minsa?
- ¿Está trabajando en un centro de salud o hospital?
- ¿Qué tiempo lleva trabajando ahí?
- ¿Qué cambios emocionales ha notado en usted desde que comenzó a laborar?
- ¿Qué cambios emocionales ha notado en usted desde que comenzó a tratar con pacientes COVID?
- ¿Hace alguna actividad que antes no realizaba?
- ¿Cree que un hospital es más vulnerable a contraer COVID?
- ¿Al terminar su jornada laboral y regresar a su hogar, siente la misma tranquilidad en su hogar que la que sentía antes de la pandemia?
- ¿Cree que esta situación de pandemia lo ha afectado?

4.1.3. Recolección de datos: Se utilizó como técnica de recolección de datos, la encuesta, mediante la cual se define como la recopilación estructurada de datos de una población o muestra a través de un cuestionario diseñado mediante criterios previos de sistematización (Moya, 2007), dicho cuestionario fue suministrado mediante Google Forms, una encuesta en línea, a la cual accedieron de forma voluntaria. Además, se hará uso de la observación y análisis documental mediante la revisión de fuentes documentales de información bibliográfica en libros, revistas científicas, entre otros.

4.2. Instrumentos

Para medir Estrés. - Se utilizó la Escala de Percepción Global de Estrés (EPGE-14) creado por Carnegie Mellon University por el Dr. Sheldon Cohen, Kamarck T., y Mermelstein R. en el año de 1983 y adaptado a la versión peruana en el 2016 por el Bachiller Jaime Guzmán Yacama para optar el grado de licenciado, está compuesta por 13 ítems. La confiabilidad arrojada es un coeficiente de alfa de Cronbach de .84, .85 y .86 en cada muestra de las tres poblaciones en la que fue aplicada el instrumento (Ver anexo B).

Para medir Depresión. - Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck en su segunda versión (BDI-II) diseñado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory. Brown en el año de 1996 y adaptado a la versión peruana en el 2019 por la Lic. Dennys Barreda tomando como base la adaptación al castellano en la población argentina por Brenlla y Rodrigues en el 2006. La confiabilidad por consistencia interna en la población peruana es alta con un alfa de Cronbach de 0.93 y la validez de contenido de valor V de Aiken es de 0.99 considerada aceptable.

Esta prueba mide el nivel de depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años; está compuesto por 21 ítems, los cuales se puntúan en una escala Likert que va del 0 al 3; la puntuación mínima y máxima de la prueba es de 0 y 63 respectivamente; por lo tanto, a mayor puntaje mayor sintomatología depresiva (Beck et al., 2006). (Ver anexo C)

Para medir Ansiedad.- Se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), elaborado por Beck, Epstein, Brown y Steer en el año de 1988 y adaptado al castellano en la población argentina por Nicolás Vizioli y Alejandro Pagano en el 2020; en donde hallaron evidencia de confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.93 y una validez de contenido de valor V de Aiken que oscila entre valores de 0.80 a 1 considerados aceptables (Vizioli y Pagano, 2020).

Esta prueba mide el nivel de la ansiedad en adultos y adolescentes desde los 13 años; la escala consta de 21 ítems, que se valoran en una escala Likert que va del 0= en absoluto, 1= Levemente; 2= Moderadamente al 3= Severamente; la puntuación mínima y máxima de la prueba es de 0 y 63 respectivamente; por lo tanto, a mayor puntaje mayor sintomatología ansiosa (Beck y Steer, 2011). (Ver anexo D)

5. Equipos y materiales

Se llevó a cabo la tabulación de datos que se obtuvo de los cuestionarios aplicados a los profesionales de enfermería mediante la plataforma de Google Forms, se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2013 para la recolección de información y posteriormente el Software estadístico Statistical Package for The Social Sciences (SPSS) Versión 22 para Windows para identificar las correlaciones entre las variables.

Capítulo III: Resultados y discusión

1. Resultados

Tabla 1

Estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería

	Eustrés		Distrés	
	Rho	P	Rho	p
Ansiedad	,575**	.000	,541**	.000
Depresión	,614**	.000	,554**	.000

Nota: rho: coeficiente de correlación de Spearman; $p < 0.01$ **

En la tabla 1, se observa que, existe relación muy significativa y directa entre los constructos investigados, ansiedad y eustrés ($p: .000$; rho: ,575**), ansiedad y distrés ($p: .000$; rho: ,541**) y, depresión y eustrés ($p: .000$; rho: ,614**), depresión y distrés ($p: .000$; rho: ,554**), lo cual indica que, el incremento de estrés puede conllevar al aumento de indicadores depresivos o ansiosos, sea cual sea el tipo de estrés, la persona puede estar propenso al incremento de síntomas o signos ansioso-depresivos.

Tabla 2*Tipo de estrés generado por la pandemia COVID-19 en el personal de enfermería*

Categoría	Eustrés		Distrés	
	Fi	%	Fi	%
Alto	0	0%	38	37.60%
Moderado	46	45.50%	32	31.70%
Bajo	55	54.50%	31	30.70%

Nota: n: 101

En la tabla 2, se observa que, las enfermeras tienden a experimentar patrones diferentes en relación al tipo de estrés, pues para el eustrés, el 54,50% de la población se ubicó en el nivel bajo, el 45.50% en nivel moderado y el 0% en la categoría alto, mientras que, para el distrés, el 30.70% presentó de nivel bajo, un 31.70% nivel moderado y el 37.60% de profesionales se ubicaron en el nivel alto, este patrón distinto indica que, las enfermeras tienden a vivenciar un estrés negativo y que en ciertas ocasiones supera sus recursos adaptativos.

Tabla 3*Nivel de depresión del personal de enfermería*

Categoría	Fi	%
No depresivos	70	69.30%
Leve	15	14.90%
Moderada	12	11.90%
Severa	4	4%
Total	101	100%

Nota: n:101

En la tabla 3, se visualiza que, el 69.30% de enfermeros no presentan depresión. sin embargo, no se debe hacer caso omiso al 14.90% de nivel leve de depresión, así como un 11.90% de depresión moderada y un 4% de esta población que están experimentando síntomas depresivos en nivel severo, pudiendo ello afectar a su desempeño y evidentemente a su estado de ánimo.

Tabla 4*Nivel de ansiedad del personal del personal de enfermería*

Categoría	Fi	%
No Ansioso	47	46.50%
Leve	25	24.80%
Moderada	22	21.80%
Severa	7	6.90%
Total	101	100.00%

Nota n: 101

En la tabla 4, se visualiza que, hay un 46.50% de enfermeros que no muestran síntomas ansiosos, no obstante, cabe resaltar que, existe el 24.80% de profesionales que se encuentran en el nivel leve, así como el 21.8% en el nivel moderado y el 6.90% en el nivel severo, por lo tanto, algunos enfermeros laboran con indicadores ansiosos que posiblemente estén afectando su rendimiento y salud.

Tabla 5

Estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería según edad

	Eustrés		Distrés	
	P	Rho	P	Rho
Ansiedad				
23 – 32 años	,001	,434**	,000	,584**
33 – 41 años	,000	,663**	,004	,478**
42 – 50 años	,001	,954**	,000	,337**
51 – 59 años	,600	-,400	,262	-,738
60 - 68 años	,000	,999**	,000	,999**
Depresión				
23 – 32 años	,002	,429**	,000	,564**
33 – 41 años	,000	,787**	,001	,524**
42 – 50 años	,008	,887**	,008	,132**
51 – 59 años	,800	-,200	,368	-,632
60 - 68 años	,000	,999**	,000	,999**

Nota: rho: coeficiente de correlación de Spearman; $p < 0.01$ **

En la tabla 5, se observa que, de acuerdo a la relación entre los constructos según la edad de la población, solo para los enfermeros de 51 a 59 años las variables no se relacionan ($p > 0.05$), mientras que, en los demás grupos de edad, las variables muestran una relación muy significativa – directa, se podría afirmar que, en dicho rango de edad señalado, el comportamiento de la variable ansiedad y depresión se torna independiente al constructo estrés, no presentando

influencia alguna. Por otro lado, para los otros grupos de edad, tanto el eustrés como el distrés tienen influencia sobre el inicio de la depresión y la ansiedad.

Tabla 6

Estrés generado por la pandemia COVID- 19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería según sexo

		Eustrés		Distrés	
		P	Rho	P	Rho
Ansiedad					
	Hombre	,241	,212	,000	1.00**
	Mujer	,000	,570**	,000	,552**
Depresión					
	Hombre	,215	,365	,000	1.00**
	Mujer	,000	,610**	,000	,547**

Nota: rho: coeficiente de correlación de Spearman; $p < 0.01$ **

En la tabla 6 se observa que, hay cierta discrepancia entre ambos sexos, pues a diferencia de las mujeres, en los hombres no se ha identificado relación entre el eustrés con la ansiedad y/o depresión ($p > 0.05$), lo cual indica que el estrés positivo en el hombre no es un factor de riesgo asociado a la depresión ni a la ansiedad, mientras que para las mujeres se podría afirmar lo contrario. Por otro lado, el estrés negativo sí actuaría como un factor de riesgo asociado a la ansiedad y depresión para ambos sexos.

Tabla 7

Estrés generado por la pandemia COVID- 19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería según estado civil

	Eustrés		Distrés	
	P	Rho	P	Rho
Ansiedad				
Soltero	,000	,472**	,000	,593**
Conviviente	,015	,811*	,388	,355
Casado	,000	,710**	,001	,559**
Divorciado o Separado	,000	,999**	,000	,999**
Depresión				
Soltero	,000	,566**	,000	,564**
Conviviente	,110	,607	,513	,273
Casado	,000	,697**	,002	,559**
Divorciado o Separado	,000	,999**	,000	,999**

Nota: rho: coeficiente de correlación de Spearman; $p < 0.01$ **; $p < 0.05$ *

En la tabla 7 se visualiza que, el grupo de enfermeros convivientes presentan diferencias con los otros grupos de enfermeros con distintos estados civil, pues en este grupo, el eustrés y distrés no se asocia a la depresión ($p > 0.05$), asimismo, el distrés no se asocia a la ansiedad ($p > 0.05$) y solo el eustrés en este grupo se asocia significativamente a la ansiedad ($p < 0.05$), mientras que en los otros grupos, tanto el eustrés como distrés se relacionan muy significativamente con la ansiedad y depresión. Ello indicaría que, para las personas convivientes, el estrés negativo actúa de forma independiente y no se muestra como factor de

riesgo hacia la depresión o ansiedad y, el estrés positivo solo tendría influencia sobre la ansiedad y no sobre la depresión.

2. **Discusión**

Después del análisis estadístico de la evaluación realizada para determinar la relación entre el estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería del departamento de Lambayeque, se halló que existe relación positiva significativa entre las variables de estudio, por lo tanto, se acepta la hipótesis de estudio planteada.

Bassani et al (2020) en su estudio realizado en Brasil sobre la relación entre depresión y ansiedad con el COVID-19, encontró que existía impacto del COVID-19 en la salud mental. De modo similar, Morán y Rosas (2021) señalaron que las variables ansiedad, depresión y estrés presentaron relación significativa en su estudio realizado en Arequipa, este resultado se diferencia del encontrado por Vásquez Elera (2020) en Piura quién en su investigación llegó a conclusión que no se encontró conexión estadísticamente significativa entre las variables, con excepción del estrés laboral con la dimensión somática de la ansiedad.

Desde el punto de vista teórico Taboada, Castro y Vásquez (2006) afirman que ansiedad, depresión y estrés se relacionan significativamente a pesar de que cada uno presente criterios diagnósticos diferentes. Así mismo el estrés crónico guarda relación con desarrollar síntomas depresivos futuros, entre ambos se establecería una relación de similitud a nivel fisiopatológico y neurobiológico (Bellón et al, 2008; Martino Rosario, 2014). En cuanto a la relación entre estrés y ansiedad ambos funcionan como un medio para adaptarse a demandas del contexto y tienen relación a nivel de la activación del sistema fisiológico y la actividad cognitiva desencadenando síntomas de bajo rendimiento, problemas de salud mental y física y pérdida o falta de control (Del Campo et al., 2018). Además, que el estrés es considerado, según Briones (2019), como mal

de una sociedad, teniendo consecuencias que afectan al ser humano provocando la aparición de trastornos como la ansiedad y la depresión.

Afirmamos que la gran parte de enfermeros presentan síntomas de ansiedad y depresión en relación al estrés vivido durante la pandemia COVID-19, es así que en la muestra de este estudio los profesionales de enfermería que presentaron eustrés o distrés manifestaron síntomas ansiosos o depresivos, que de acuerdo a diversos estudios el profesional de enfermería en contextos normales de trabajo está expuesto al estrés diario pudiendo con el paso del tiempo adaptarse a su ritmo de trabajo, sin embargo en un nuevo contexto de pandemia puede que a pesar de presentar un estrés positivo, estos nuevos cambios y demandas sobrepasaron su nivel de adaptación, conllevando estos a diferentes consecuencias fisiológicas, psicológicas, sociales y otros. en ese sentido atravesar por circunstancias de miedo a la muerte, presentar tristeza, sentimiento de soledad e irritabilidad es frecuente en los profesionales de salud que atravesaron un contexto de pandemia.

En cuanto al tipo de estrés ocasionado por el contexto de COVID-19, la evaluación señaló que un 37.60% de los evaluados presentaban distrés alto y el 45.50% eustrés en nivel moderado.

Estudios similares al nuestro se muestra en la investigación de Morales Vílchez (2021) quién señala que en los profesionales enfermeros predomina el nivel medio de estrés, posteriormente el alto y por último el nivel bajo, también Jinez Mamani (2020) concluyó que el 46.24% de los profesionales de enfermería evaluados presentan un nivel medio de estrés. De igual forma Alvarado y Rojas (2020) revelaron que en los profesionales de enfermería predominó el nivel medio de estrés.

Lazarus y Folkman definen al estrés como una serie de aspectos que engloban la relación entre el medio y el individuo, catalogado por las personas como algo que sobrepasa sus recursos y pone en gran riesgo su tranquilidad y bienestar (Pedrero Pérez, 2003).

Lo mencionado por el autor guarda relación en cuanto al contexto de pandemia que atraviesa el personal de enfermería, ya que esta situación según estudios realizados ha sobrepasado los recursos personales para afrontar las demandas del contexto y han afectado la seguridad, paz y bienestar del personal de salud.

Naranjo Pereira (2009) señala que ya sea una noticia, agradable o desagradable, ambos generan los mismos efectos, uno y otro producen estrés; sin embargo, cuando una de estas noticias, se recibe con naturalidad es porque las normas fisiológicas o consecuencias están adaptadas al individuo, denominándose eustrés, por otro lado, si la demanda o noticia agradable o desagradable no ha sido adaptada al individuo y sobrepasa su límite, este puede generar distrés. También señala que el tipo de estrés que surja, depende de la interpretación que le da el individuo a la situación o noticia; es decir, lo que importa es como lo interpreta o percibe el individuo, es posible que lo que un individuo lo interprete como agradable, otro lo interprete como desagradable.

Así mismo es preciso tener presente que tanto eustrés como distrés son estrés, y que la desadaptación del individuo lo conllevaría a un desborde físico y mental, convirtiendo un proceso agradable en desagradable, por lo tanto, indicamos que ambos tipos pueden generar tanta depresión como ansiedad como consecuencia a esta desadaptación.

Por otro lado, se identificó que el 31% de los profesionales de enfermería en la presente investigación presentó síntomas depresivos, presentando depresión leve un 15% y depresión moderada un 12%, esto se asemeja con los trabajos de Bassani et al. (2020) quién señaló que el

25% de los evaluados presentaban depresión, la cual era consecuencia de los cambios suscitados por la pandemia, del mismo modo Castillo Alva (2019) señaló que los profesionales evaluados sufrían de depresión moderada, esto coincide con Quispe Erasmo (2018) quien señaló que el 55.3% del personal de enfermería evaluada presentaba depresión.

En cuanto a la presencia de síntomas ansiosos el 54% de los enfermeros evaluados en la presente investigación indicaron padecer de ansiedad; al ser comparados con los estudios de Bassani et al. (2020) quienes señalaron que el 48.9% del personal de enfermería evaluado presentaba ansiedad, Villanueva Pampañaupa (2020) que indicó que el 88.69% del personal mostraba signos de ansiedad, también Toledo (2018) en su investigación señaló que entre sus evaluados el 35% del personal presentaba ansiedad y Quispe Erasmo (2018) indicó que el 51.1% de los evaluados presentaban ansiedad; casi o más de la mitad del personal de salud presentó sintomatología ansiosa.

Los resultados obtenidos de las evaluaciones son similares a resultados de estudios que ya encuentran publicados con una población equivalente, en la que se afirma que hay mayor presencia de ansiedad y depresión en el personal de enfermería y medicina.

El analizar la presente investigación según el sexo, muestra que las mujeres se encuentran más afectadas psicológicamente en comparación a los varones ya que en mujeres tanto el eustrés y distrés se relacionan significativamente con la ansiedad y depresión, sin embargo en los varones el eustrés no sería un riesgo para presentar síntomas ansiosos o depresivos, conclusión similar a las encontradas por Reyes López (2021), quien en su estudio afirma que el personal recuperado de COVID-19 presentaba mayores niveles de estrés agudo, así como las profesionales mujeres y los que tenían más de 10 años laborando; del mismo modo Vallejos Suárez (2021) concluye en su investigación que entre las características sociodemográficas estudiadas, fueron las mujeres

con un 67.1% quienes presentaron mayores problemas de salud mental y de acuerdo a la base teórica Bellón et al., (2008) postula que existe una mayor prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos en mujeres que en hombres, también Martina et al. (2017) señaló que la prevalencia de depresión en mujeres es mayor que en la de hombre.

Según Gavidia Arbeláez (2009) refiere que la predisposición a la depresión de las mujeres se realaciona con su edad reproductiva, que oscila entre los 15 y 44 años de edad, ya que a esa edad las mujeres asumen roles y mayor responsabilidad, a esto se le suma los factores hormonales a las que se enfrenta durante su vida reproductiva y al finalizar esta. También señala que se puede interpretar a las mujeres con mayor depresión ya que las mujeres sobreinformatan de cambios experimentados, mientras que los hombres no reportan tantas quejas o desestiman sus dolencias.

Dado que la mayoría de profesionales de la salud que participaron en el presente estudio fueron mujeres no se puede generalizar este dato, sin embargo en cuanto a la relación entre variables se podría explicar que en nuestro país son las mujeres quienes se encargan del cuidado de sus hijos, padres y demás integrantes de la familia siendo estas circunstancias de estrés afrontadas de forma negativa o positiva en un contexto de pandemia desencadenantes de síntomas ansiosos o depresivos.

El estado civil, es decir, el estar soltero, viudo o divorciado parece guardar relación en cuanto a una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como también es mayor la prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos en mujeres que en hombres (Bellón et al., 2008).

Así mismo formar parte de un relación de pareja puede ser beneficioso para el bienestar psicológico y social del individuo pues se le considera como apoyo social y económico brindando estabilidad a la pareja con múltiples beneficios a nivel físico y psicológico; sin

embargo también puede ser causa de sufrimiento y malestar cuando no existe una buena relación es decir si está deteriorada o es conflictiva, es por ello que la satisfacción marital es un factor protector frente a ansiedad o depresión (Romero, 2016).

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación cabe resaltar que en el nivel de depresión severa (4% del total de la muestra del presente estudio), es un hallazgo importante para la población lambayecana ya que no se han encontrado antecedentes de investigación que muestren dichos datos, ello podría explicarse por el actual contexto de pandemia. Así mismo el presente estudio aporta datos relevantes en cuanto a la correlación entre las variables de estrés, ansiedad y depresión analizando además con datos sociodemográficos como el sexo, edad y estado civil que marca una diferencia respecto a otros estudios realizados en la población lambayecana, a nivel nacional y latinoamericano ya que no se encontraron antecedentes de investigación similares, sirviendo como base para futuras investigaciones.

Capítulo IV: Conclusiones

En la presente investigación se evaluó al personal de enfermería de la región Lambayeque, concluyendo:

Existe relación significativa directa en el estrés generado por la pandemia con la ansiedad y depresión.

Se identificó que el 54.50% del personal, presenta nivel bajo de eustrés, mientras que el 37.6% presenta nivel alto de distrés.

Se identificó que el 69.3% del personal de enfermería, no se presenta altos niveles de depresión, sin embargo, el 4% y un 11.90% presentó niveles severo y moderado, respectivamente.

Se identificó que el 46.5% presentó nivel No Ansioso, así mismo, el 6.9% y el 21.8% manifestó niveles severa y moderada respectivamente, en el personal de enfermería del departamento de Lambayeque, 2020.

Se determinó que si existe relación muy significativa entre estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería del departamento de Lambayeque, no obstante, entre las edades de 51 a 59 las variables no se relacionan, ya que se observó que no muestran influencia alguna.

Se determinó que la relación entre estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en hombres del personal de enfermería del departamento de Lambayeque no es significativa en estrés positivo, sin embargo, si existe relación en estrés negativo, no obstante, en la personal mujer el estrés positivo o negativo actúan como factores de riesgos para la depresión o ansiedad.

Se determinó que si existe relación muy significativa entre estrés generado por la pandemia COVID-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería, según el estado civil, sin embargo para el personal de salud del departamento de Lambayeque que se encontró en condición de convivencia no presentó relación entre los tipos de estrés con depresión, así mismo no presenta relación el estrés negativo con la ansiedad, sin embargo el estrés positivo si tubo relación significativa con ansiedad.

Capítulo V: Recomendaciones

Para poder hacer frente y prevenir el estrés, se debe tener en cuenta que se debe fortalecer a los profesionales tanto psicológicamente como físicamente, por lo tanto, se recomienda al área de psicología de los centros de labores de los profesionales de enfermería crear grupos reducidos para realizar programas en la que se incluya técnicas de relajación y control, meditación, técnicas de respiración, relajación progresiva de Jacobson o técnicas de Biofeedback.

También se puede aplicar terapia cognitiva de Beck y terapia racional emotiva de manera individual a los profesionales que manifiesten ansiedad y depresión en niveles severos.

Se recomienda realizar deporte regularmente o practicar rutinas ligeras, preferiblemente al aire libre, así como también desarrollar algún pasatiempo que involucre concentración, ya sea leer, escribir. Además, desarrollar o fortalecer círculos sociales; también cambiar ciertos hábitos o rutinas diarias; es decir, evitar la monotonía, este se puede practicar cambiando el camino de regreso a casa, el lugar de comer, entre otros.

Se recomienda aplicar programas y actividades diarias en la que se incluya ejercicio regular, además aplicar estrategias psicoterápicas como relajación muscular, ejercicios de respiración, u otros). También se sugiere llevar terapia cognitivo-conductuales.

De manera personal, se recomienda a los profesionales llevar un diario acerca de los acontecimientos relevantes para ellos.

Se recomienda a los profesionales de la salud mental llevar un control semanal sobre los profesionales, así como realizar campañas informativas sobre la importancia de la salud mental en los tiempos de pandemia y cómo pueden actuar frente a esta situación y afecciones.

Bibliografía

(s.f.).

ABC COLOR. (17 de Agosto de 2021). Un 42% del personal de blanco de primera línea reporta síntomas de depresión. Asunción, Paraguay.

Abramson, L., Seligman, M., & Teasdale, J. (1978). Desesperanza aprendida en el ser humano: crítica y reformulación. *Revista de psicología anormal*(87), 49-74.

Alberdi Sudupe, J., Taboada, O., & Castro Dono, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*, 6(11).
Obtenido de <http://www.fisterra.com/guias2/>

Almudena García, A. (9 de marzo de 2008). La depresión en Adolescentes. *Revista de estudios de Juventud*(84), 85. Obtenido de <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>

Alvarado Carrasco, C. R., & Rojas Reyes, J. D. (2020). *Estrés en profesionales de enfermería que laboran en el área de emergencia Covid-19 de un Hospital de Essalud, Callao-2020*. Callao: Universidad de Ciencias y Humanidades.

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ta ed ed.). Madrid: Médica Panamericana.

Antonuccio, D., Ward, C., & Tearnan, B. (1989). El tratamiento conductual de la depresión unipolar en pacientes ambulatorios adultos. *Newbury Park*, 152-191.

Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*, 6(1), 37-58. Obtenido de https://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf

Bassani Dal´Bosco, E., Messias Floriano, L. S., Vienscoski Skupien, S., Arcaro, G., Rodrigues Martins, A., & Correa Anselmo, A. C. (2020). La salud mental de enfermería en el enfrentamiento de la Covid-19 en un hospital regional universitario. *Reben*, 1-7.

- Beato Gutiérrez, M. (1993). Explicaciones teóricas de la depresión: Del conductismo a cognitivismo. *Revista de Historia de la Psicología*, 14(3-4), 385-394.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emer, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Nueva York: Editorial Desclée de Brower, S.A.,.
- Bellón Ruíz, J., Moreno-Küstner, B., Torres González, F., Montón Franco, C., Gomez Barragán, M., & al, e. (2008). *Predicción de la aparición y persistencia de episodios depresivos en la atención primaria de salud* (Vol. 8). BMC Public Health. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/51430340_Predicting_the_onset_and_persistence_of_episodes_of_depression_in_primary_health_care_The_predictD-Spain_study_Methodology
- Benjet, C., Borges, G., Medina, A., Bautista, F., & Zambrano, J. (setiembre-octubre de 2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n5/a06v46n5.pdf>
- Berrío García, N., & Mazo Zea, R. (2011). Estrés académico. *Revista de psicología Universidad de Antioquía*, 64-82.
- Bogaert García, H. (2012). La depresión: Etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 37(2), 183-197. doi:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87024179002>
- Bonifacio, S. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 141-157.

- Bousoño, M., Baca, E., Álvarez, E., Eguiluz, I., Martín, M., Roca, M., & Urretavizcaya, M. (2008). Complicaciones de la depresión. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(2), 44-52. Obtenido de file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/depresion_largo_plazo__109__.pdf
- Briones Velásquez, M. L. (2019). *El estrés*. Tumbes: Facultad de ciencias Sociales.
- Cahuín Pérez, P., & Salazar Gutierrez, E. (2019). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del hospital de Pampas*. Tesis de pregrado, Universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt. Obtenido de <https://repositorio.uoosevelt.edu.pe/bitstream/handle/ROOSEVELT/144/TESIS%20PREVALENCIA%20DEL%20SINDROME%20DE%20BURNOUT%20ENEL%20PERSONALDE%20ENFERMER%20c3%8dA%20DEL%20HOSPITAL%20DE%20PAMPAS%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Calva Pedraza, D. B., & Hernández Vicenttin, G. L. (2004). *Análisis de la percepción del clima laboral en interceramic - Puebla*. Cholula: Universidad de las Américas Puebla.
- Cano Langreo, M., Cicirello Salas, S., López López, A., & Aguilar Vela, M. (2014). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Medicina y seguridad del trabajo*, 198-218.
- Carrillo Saucedo, I. C. (2017). *Un estudio sobre la ansiedad*. México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Carrión, O., & Bustamante, G. (2008). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Buenos Aires, Argentina: Galerna.

- Castillo Alba, K. V. (2019). *Ansiedad y depresión en el personal de enfermería de los centros de salud de Aguas Verdes y Zarumilla - Abril 2019*. Tumbes: Universidad Nacional Alas Peruanas.
- Castro Murillo, R., & Gamero Quispe, E. Y. (2021). *Factores asociados al impacto de la Covid-19 en la salud mental de los profesionales de enfermería, Lima, 2020*. Lima: Universidad María Auxiliadora.
- Cotrina Quintana, L., & Monteza Carrasco, L. (2016). *Estrategias de afrontamiento del Síndrome de burnout por los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque*. Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán, Escuela de Enfermería, Chiclayo. Obtenido de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/3942/Cotrina%20-%20Monteza.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Cozzo, G., & Reich, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *Psiencia*, 1.
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2010). El enfoque cognitivo-transaccional del estrés. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 1-6.
- Del Campo García, S., Lomelí Reyes, F., & Riquelme Viguera, A. (2018). Relación de ansiedad, depresión y estrés y el impacto que tiene sobre la salud mental en jóvenes de preparatoria y licenciatura de la CDMX. 7-12. Obtenido de <file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/1596-Texto%20del%20art%C3%ADculo-11498-1-10-20190215.pdf>

- Del Hoyo Delgado, M. A. (2004). *Ministerio de trabajo y asuntos sociales*. Obtenido de Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo: <https://www.sesst.org/wp-content/uploads/2018/08/estres-laboral-guia.pdf>
- Donas Burak, S. (2001). Adolescencia y juventud: Viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio. *Adolescencia y juventud en América Latina*, 23-39.
- Editora Perú. (25 de marzo de 2021). Coronavirus: Italia Conmociónada por el suicidio de dos enfermeras infectadas. *Andina*. Obtenido de Andina.
- El Universo. (25 de Marzo de 2020). *Coronavirus en Italia: enfermeras se suicidan y médicos siguen muriendo infectados*. Obtenido de El universo.
- Esparcia, A., Talam, A., Armayones, M., Horta, E., & Requena, E. (2009). *Psicopatología, cap. 3 los trastornos de Ansiedad*. México: Editorial UOC.
- Farkas, C. (2002). Estrés y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Psikhe*, 57-68.
- Fernández Martínez, E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. León: Universidad de León.
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. Ibid.
- Galiano Apaza, Z. D. (2021). *Tesis laboral y Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Antoni Lorena durante la oandemia por Covid-19*. Cusco: Unniversidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.
- Gastó , C., & Navarro, V. (2007). *La Depresión: Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración*. Barcelona, España: Forumclínic. Obtenido de <https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>

Gavidia Arbeláez, S. L. (2009). ¿por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 316-324.

Gómez Gonzales, J., & Jaimes Moreno, S. (2019). *Revisión documental: Relación de la depresión con el bajo rendimiento académico en la etapa escolar*. Tesis de licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia. Obtenido de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/15874/4/2019_depresion_bajo_rendimiento.pdf

González Benites, I., & Lorenzo Ruiz, A. (2012). Propuesta teórica acerca del estrés familiar. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 416-432.

Grecco, G. (23 de julio de 2019). Los casos de suicidio entre el personal de salud. (J. C. Paullier, Entrevistador)

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Guzmán Yacama, J. E. (2016). *Adaptación de la Escala de Percepción Global de Estrés en universitarios de Beca 18*. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

Herrera Santi, P. M. (2008). El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. *Scielo*.

Ignacio Zarragoitía, A. (2011). *Depresión: Generalidades y Particularidades*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

Jinez Mamani, R. N. (2020). *Nivel de estrés laboral en profesionales de enfermería del hospital III EsSalud - 2019*. Puno: Universidad nacional del Altiplano.

- Josué Díaz, L., Torres Lio-Coo, V., Urrutia Zerquera, E., Moreno Puebla, R., Font Darías, I., & Cardona Monteagudo, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Rev Cubana Med Milit*, 35(3), 1-7. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v35n3/mil09306.pdf>
- Lewinsohn, P., Hoberman, H., Teri, L., & Hautzinger, M. (1985). *Una teoría integradora de la depresión*. Nueva York: Academic Press.
- López Ibor, J. (1969). *La angustia vital*. Madrid: Paz Montalvo.
- Lozano Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Neuropsiquiatr*, 51-56.
- Martina, M., Ara, M. A., Gutiérrez, C., Nolbert, V., & Piscocoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulto mayor según la ENDES 2014 -. *An Fac med*, 393-397.
- Martino Rosario, P. (2014). Un análisis de las estrechas relaciones entre el estrés y la depresión desde la perspectiva psiconeuroendocrinológica: el rol central del cortisol. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 8(1), 60-75. Obtenido de <http://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/155>
- Morales Vilchez, R. (2021). *Estrés laboral en licenciados de enfermería en áreas Covid del Hospital José cayetano Heredia - Piura, Mayo 2021*. Piura: Universidad Nacional de Piura.
- Morán Nina, E. D., & Rosas Guitiérrez, M. E. (2021). *Niveles de depresión, ansiedad y estrés en personal de salud que labora en área Covid de los hospitales de la región Arequipa - 2021*. Arequipa: Universidad Católicos de Santa María.

- Naranjo Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 171-190.
- Obando Zegarra, M., Aliaga Sánchez, R. A., Arévalo Ipanaque, J. M., & Obando Zegarra, R. (2020). Ansiedad , estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de Enfermería*, 1-20.
- Ocas Rodríguez, L. I., & Contreras Carmona, P. J. (2021). *Estrés, ansiedad y depresión en el personal de salud el primer nivel de atención durante la pandemia de Covid-19. Lima,2020*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-11 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Papanicolaou, A. (2004). Schachter y Singer y el enfoque cognitivo. *Rev. española de Neuripsicología*, 53-73.
- Pedrero Pérez, J. E. (2003). Modelo de conservación de los recursos de Hobfoll y su potencial aplicación. *Asociación para la prevención e investigación en dependencias*, 1-16.
- Peña López, C. G. (2018). *El estrés en enfermería durante el embarazo en una unidad de cuidados intensivos pediátricos-reanimación*. Alicante: Universidad Miguel Hernández.
- Perales, A., Chue, H., Padilla, A., & Barahona, L. (2011). Estrés, ansiedad y depresión en magistrado de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 581-588.
- Periodico de Ibiza. (11 de Agosto de 2021). Efectos de la Covid en las enfermeras: la mitad sufre ansiedad y un 20%, depresión. Palma, Mallorca, España.

- Pineda Pizarro, A. J. (2019). *Nivel de ansiedad y estrés laboral en trabajadores de vigilancia privada asociados a características laborales. Tacna, 2018*. Tacna: Universidad de Tacna.
- Rado, S. (1928). El problema de la melancolía. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 9, 420-438.
- Rajkumar Philip, R. (2020). COVID-19 y salud mental: una revisión de la literatura existente. *Revista asiática de psiquiatría*, 52. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151415/>
- Ramirez Ortiz, J., Castro Quintero, D., Lerma Córdoba, C., Yela Ceballos, F., & Escobar Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia Covid-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Scielo*, 1-20.
- Rehm L, P. (1977). *Un modelo de autocontrol de la depresión* (Vol. 8). Terapia de comportamiento.
- Reyes López, V. G. (2021). *Estrés agudo en el personal de enfermería expuesto y recuperado de Covid-19, en atención directa*. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Rojas Soto, L. A. (2018). *Nivel de estrés del personal de enfermería de quirófano de emergencias del Hospital nacional Dos de mayo, Lima 2014*. Lima: Universidad nacional Federico Villarreal.
- Rother Hornstein, L. (2006). *Las depresiones: Afectos y humores del vivir*. Buenos Aires: Editorías Paidós.
- RPP . (2 de Marzo de 2016). El estrés eleva la propagación del cáncer a través del sistema linfático. *RPP*.

- Ruiz, A. M., Tavar, J. A., & Andrade, V. (2017). Experiencias del personal de enfermería de salud mental ante estresores ocupacionales en un institución prestadora de servicios de Cali, Colombia. *Univeridad y Salud*, 171-185.
- Sánchez García, S. (2019). *Detección del estrés en el personal de enfermería de unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría de la región de Murcia*. Alicante: Universitarias Miguel Hernández.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 141-157.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clínical and Health Psychology*, 141-157.
- Santillán Lombeida, M. G. (2012). *Estudio del estrés como resultado de los factores psicosociales de trabajo inadecuados en militares de infantería del Ala N°11*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Satchimo Namalyongo, A., Nieves Achón, Z. I., & Grau Ábalo, R. (2013). Factores de riesgo y vulnerabilidad al estrés en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 143-154.
- Seligman Pete, M. (1975). *ndefensión: sobre la depresión, el desarrollo y la muerte*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M., Reivich, K., Jaycox, L., & Gillham, J. (2005). *Niños optimistas*. Barcelona: Random House Mondadori, S.A.
- Serra, J., & Irizarry, C. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas.

- Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134. Obtenido de <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/148/189>
- Slipak, O. E. (1991). Historia y concepto del estrés. *Alcmeon Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica*, 355-360.
- Spielberger, C., Pollans, C., & Wordan, T. (1984). *Desórdenes de ansiedad*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Tejada Musayon, M., Villalobos Obando, R., & Zurita de la Cruz, C. (2018). *Factores estresantes predominantes en las enfermeras que laboran en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño – centro de salud - Chiclayo*. Tesis de pregrado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque. Obtenido de <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/5534/BC-TEST-204120%20TEJADA%20MUSAYON%20-%20VILLALOBOS%20OBANDO%20-%20ZURITA%20DE%20LA%20CRUZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tobal, M. (1990). *La ansiedad*. Madrid: Alhambra.
- Toledo Saucedo, R. N. (2018). *Ansiedad y afrontamiento al estrés en técnicas de enfermería del centro médico naval, 2018*. Lima: Universidad alas peruanas.
- Tyrer, P. (1982). Principales síntomas comunes en psiquiatría: ansiedad. *Revista de Medicina Hospitalaria*, 27, 109-113.
- Urpeque García, R. (2020). *Estado de Salud Mental en el Personal de Salud frente al Covid-19 de un Hospital III-1*. Tesis de Pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Escuela de Psicología, Chiclayo. Obtenido de https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/3402/1/TL_UrpequeGarciaRicardo.pdf

- Vallejos Suárez, M. (2021). *Efecto emocional por COVID-19 en el personal de salud*. Tesis de Mestría, Universidad Cesar Vallejo, Lambayeque. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56418/Vallejos_SML-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vásquez Elera, L. E. (2020). *Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020*. Lima: Universidad Cesar Vallejo.
- Vásquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449. Obtenido de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Vega Centeno Bueno, F. E. (2013). *Características epidemiológicas y frecuencia de síntomas del síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería del Hospital regional de Arequipa PNP MAY. ODO. Julio Pinto Manrique - 2013*. Arequipa: Universidad católica de Santa María.
- Villalobos Galvis, F. H. (2007). Aplicación del modelo procesual del estrés a la conducta suicida. *Sección documento de reflexión no derivado de investigación - Revista centro de estudios en salud*, 126-141.
- Villanueva Pampañaupa, S. A. (2020). *Factores asociados a la ansiedad en el personal de enfermería durante la pandemia por la covid 19 en Lima y Callao*. Lima: Universidad Norbet Wiener.

- Villarruel Ávila, A. E. (2016). *Niveles de estrés percibido y percepción de la autoeficacia en madres de niños con habilidades especiales*. Lima: Universidad femenina del sagrado corazón.
- Vinueza Veloz, A. F., Aldaz Pachacama, N. R., Mera Segovia, C. M., Pino Vaca, D. P., Tapia Veloz, E. C., & Vinueza Veloz, M. F. (2020). *Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19*. Ecuador.
- Virto Concha, C. A., Virto Farfán, C., Cornejo Calderón, A. A., Loayza Bairo, W., Álvarez Arce, B. G., Gallegos Laguna, Y., & Triveño Huamán, J. J. (2020). Estrés ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con Covid-19 Cusco Perú. *Recien*, 50-60.
- Walpole, R., & Myers, R. (1966). *Probabilidad y estadística*. México: McGraw_Hill.
- Willax Televisión. (5 de Mayo de 2020). Ica: enfermera se quebró al enterarse que tiene COVID-19. Ica, Ica, Perú.
- Yungán Gunsha, A. D. (2020). *Afrontamiento emocional en el estrés por cuidado de enfermería a pacientes con Covid-19, Hospital general Puyo, 2020*. Riobamba: Universidad nacional de Chimborazo.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estrés generado por la pandemia Covid-19 y su relación con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería del departamento de Lambayeque, 2020.

Te saluda Frida Gamarra y Yein Pejerrey egresadas de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; con el fin de obtener el título profesional de Licenciadas en Psicología estamos realizando la presente investigación con el objetivo de determinar la relación entre el Estrés generado por la pandemia Covid-19 con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería del departamento de Lambayeque.

Estoy de acuerdo con colaborar con la presente investigación y al conocimiento con total veracidad, siendo mi participación de manera consciente, libre y voluntaria. Si está de acuerdo presione: "Sí" *

Sí

ANEXO B

FICHA TÉCNICA LA ESCALA DE PERCEPCIÓN GLOBAL DE ESTRÉS	
Nombre original	Perceived Stress Scale
Nombre en castellano	Escala de Estrés Percibido
Autor	Cohen, S. , Karmarck, T., & Mermelstein, R.
Año	1983
Adaptación local	Jaime Enrique Guzmán Yacama (2015)
Finalidad	Mide el grado en que los individuos se han sentido molestas o preocupadas, o, al contrario, se han sentido seguras de su capacidad para controlar problemas durante el último mes
Descripción	El instrumento está constituido por 13 ítems organizados en 2 dimensiones: Distrés (Ítems: 1,2,3,8,11,13) Total: 6 ítems Eustrés (Ítems:4,5,6,7,9,10,12) Total: 7 ítems Las opciones de respuesta tienen una escala Likert de 5: Nunca (N), Casi Nunca (CN), De vez en cuando (DVC), Frecuentemente (F), Casi Siempre (CS); con puntuaciones de 0 a 4 respectivamente, y teniendo en cuenta la puntuación inversa para los ítems 4,5,6,7,9,10 y 12. Su puntaje total se obtiene entre la suma de los puntajes positivos, que ha sido revertido, y el puntaje de los ítems negativos.
Aplicación	Individual y Colectiva
Duración	De 10 a 15 minutos aproximadamente, en una sola sesión.
Validez	Validez: “Se obtuvieron evidencias de validez divergente y convergente utilizando el SPANAS”. (Guzmán Yacama, 2016, p. 5).
Confiabilidad	Confiabilidad: Para analizar la confiabilidad, se empleó el método de consistencia interna de alfa de Cronbach. En la dimensión Entrés, el índice de consistencia interna fue de .799, con la correlación ítem total fluctúa entre .41 y .60, y para la dimensión distrés, el índice fluctúa en .770 en alfa de Cronbach, con la correlación ítem total corregida entre .32 y .59. (Guzmán Yacama, 2016).

PUNTAJES TOTALES DE CADA DIMENSIÓN.

NIVEL	EUSTRÉS		DISTRÉS	
	PC	PUNTAJE	PC	PUNTAJE
ALTO	75	23 a 28	75	13 a 24
MODERADO	50	10 a 22	50	10 a 12
BAJO	25	0 a 17	25	0 a 9

ESCALA DE PERCEPCIÓN GLOBAL DE ESTRÉS PARA PROFESIONALES DE ENFERMERIA DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Marca con una "x" en el casillero aquella opción que exprese mejor tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes. Para cada pregunta coloca solo una opción.					
	Nunca	Casi Nunca	De vez en Cuando	Frecuente	Casi Siempre
1. En el último mes ¿cuán seguido has estado molesto por que algo pasó de forma inesperada?					
2. En el último mes ¿Cuán seguido te has sentido incapaz de controlar hechos importantes en tu vida?					
3. En el último mes ¿Cuán seguido te has sentido continuamente tenso?					
4. En el último mes ¿Cuán seguido te sentiste seguro de tus habilidades para manejar tus problemas personales?					
5. En el último mes ¿Cuán seguido has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?					
6. En el último mes ¿Cuán seguido confiaste en tu capacidad para manejar tus problemas personales					
7. En el último mes ¿Cuán seguido sentiste que las cosas te estaban resultando como tú querías?					
8. En el último mes ¿Cuán seguido te diste cuenta que no podías hacer todas las cosas					
9. En el último mes ¿Cuán seguido has podido controlar las dificultades en tu vida?					
10. En el último mes ¿Cuán seguido has sentido que tienes el control de todo?					
11. En el último mes ¿Cuán seguido te has sentido molesto por situaciones que estaban fuera de tu control?					
12. En el último mes ¿Cuán seguido pudiste controlar la manera en que utilizaste el tiempo?					
13. En el último mes ¿Cuán seguido sentiste que los problemas se te habían acumulado?					

ANEXO C

FICHA TÉCNICA INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)	
Autor	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown
Año	1996
Adaptación peruana	Dennys Vanessa Barreda Sánchez-Pachas (2019)
Objetivo	Evaluar la magnitud o intensidad de los síntomas de depresión durante las últimas dos semanas en adolescentes y adultos a partir de los 13 años de edad.
Descripción	<p>El instrumento está compuesto de 21 ítems, tomando como base los síntomas de los trastornos depresivos descritos en el DSM-V. Cada ítem se compone de cuatro frases como opciones de respuesta, según una escala de cuatro puntos, de 0 a 3, a excepción del ítem 16 y 18 que tiene 7 frases cada uno como opción de respuesta, sin embargo, mantienen la misma puntuación de 0 a 3. La puntuación mínima y máxima de la prueba es de 0 y 63 respectivamente. Los ítems se describen a continuación:</p> <p>(1)Tristeza, (2)Pesimismo, (3)Fracaso, (4)Pérdida de placer, (5)Sentimientos de culpa, (6)Sentimientos de castigo, (7) Disconformidad con uno mismo, (8)Autocrítica, (9)Pensamientos o deseos suicidas, (10)Llanto, (11)Agitación, (12)Pérdida de interés, (13)Indecisión, (14)Desvalorización, (15)Pérdida de energía, (16)Cambios en los hábitos de sueño, (17)Irritabilidad, (18)Cambios en el apetito, (19)Dificultad de concentración, (20)Cansancio fatiga, (21)Pérdida de interés en el sexo.</p>
Aplicación	Individual o Colectiva, a partir de los 13 años de edad.
Duración	5 a 10 minutos aproximadamente.
Confiabilidad	Barreda (2019) evaluó la confiabilidad del instrumento en nuestra población (Perú), mediante el método de consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach obteniendo un puntaje de 0.93; lo que evidencia una muy buena consistencia interna.
Validez	Barreda (2016) evaluó la validez de contenido y de constructo. Respecto a la validez de contenido, se realizó mediante la evaluación de jueces expertos donde obtuvo el coeficiente de validez de contenido de Aiken, con un valor V de Aiken de 0.99, obteniéndose el 100% de ítems válidos. Para verificar la validez de constructo, se aplicó el test de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .95$) y la prueba de esfericidad de Bartlett (chicadrado = 3603.2, $p < .001$), el valor es menor a .01 y tiene un porcentaje de 95.4% de aceptación.

Interpretación

Baremos de los niveles de depresión

Depresión		
Niveles	No depresivos	<13
	Leve	14-19
	Moderada	20-28
	Severa	29-63

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)

Nombre: Estado Civil: Edad:

Sexo:

Fecha:

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.

- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
 - 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
- 9. Pensamientos o Deseos Suicidas**
- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
 - 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
 - 2 Querría matarme
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
- 10. Llanto**
- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
 - 2 Lloro por cualquier pequeñez.
 - 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.
- 11 Agitación**
- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
 - 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 - 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
 - 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
- 12 Pérdida de Interés**
- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 - 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 - 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 - 3 Me es difícil interesarme por algo.
- 13. Indecisión**
- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
 - 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 - 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
- 14. Desvalorización**
- 0 No siento que yo no sea valioso
 - 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
 - 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 - 3 Siento que no valgo nada.
- 15. Pérdida de Energía**
- 0 Tengo tanta energía como siempre.
 - 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
 - 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
 - 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
- 16. Cambios en los Hábitos de Sueño**
- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
 - 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
 - 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
 - 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
 - 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
 - 3a. Duermo la mayor parte del día
 - 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
- 17. Irritabilidad**
- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
 - 1 Estoy más irritable que lo habitual.
 - 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
 - 3 Estoy irritable todo el tiempo.
- 18. Cambios en el Apetito**

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

ANEXO D

FICHA TÉCNICA INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)	
Autor	Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R
Año	1988
Adaptación argentina	Nicolás Alejandro Vizioli y Alejandro Emilio Pagano (2020)
Objetivo	Evaluar la gravedad de la sintomatología de ansiedad clínica
Descripción	<p>La escala consta de 21 ítems, que se valoran en una escala Likert que va del 0= En absoluto; 1= Levemente; 2= Moderadamente al 3= Severamente; la puntuación mínima y máxima de la prueba es de 0 y 63 respectivamente. Los ítems se describen a continuación:</p> <p>(1)Hormigueo o entumecimiento, (2)Sensación de calor intenso, (3)Debilidad en las piernas, (4)Incapacidad para relajarse, (5)Miedo a que pase lo peor, (6)Mareos o vértigos, (7)Palpitaciones o taquicardia, (8)Sensación de inestabilidad, (9)Con miedo o aterrorizado/a (10)Nervioso/a (11)Sensación de ahogo (12)Temblor de manos (13)Inquieto/a, tembloroso/a, (14)Miedo a perder el control, (15)Dificultad para respirar, (16)Miedo a morir, (17)Asustado/a, (18)Indigestión o malestar estomacal, (19)Sensación de desvanecimientos o desmayos, (20)Ruborizarse, sonrojamiento, (21)Sudoración.</p>
Aplicación	Individual o Colectiva, a partir de los 13 años de edad.
Duración	5 a 10 minutos aproximadamente.
Confiabilidad y validez:	<p>Confiabilidad: Vizioli, N. & Pagano, A. (2020) realizaron la adaptación del instrumento en una población latinoamericana (Argentina). En relación a la consistencia interna, se calculó el alfa de Cronbach para el único factor que conforma la totalidad del inventario. Se obtuvo un α ordinal =0,93, considera aceptable.</p> <p>Validez: Vizioli, N. & Pagano, A. (2020) En cuanto a la Validez de contenido, los coeficientes V de Aiken oscilaron entre valores de 0.80 a 1 en su mayoría, considerados valores aceptables; en cuanto a la validez estructural el modelo más adecuado es el de un factor; con respecto de la validez de constructo, las cargas factoriales estandarizadas, se obtuvieron puntuaciones mayores a $> .40$ en todos los casos considerado adecuado excepto en el ítem 19, cuya carga estandarizada fue de 0,27.</p>

Interpretación

Baremos de los niveles de ansiedad

Ansiedad		
Niveles	No ansiosos	<7
	Leve	8-15
	Moderada	16-25
	Severa	26-63

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Nombre: Estado Civil: Edad:
 Sexo: Fecha:

Instrucciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, marque con una “X” indicando cuanto la ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

Ítems	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Hormigueo o entumecimiento				
2. Sensación de calor intenso				
3. Debilidad en las piernas				
4. Incapacidad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Mareos o vértigos				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad				
9. Con miedo o aterrorizado/a				
10. Nervioso/a				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Inquieto/a, tembloroso/a				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado/a				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Sensación de desvanecimientos o desmayos				
20. Ruborizarse, sonrojamiento				
21. Sudoración fría o caliente (no producida por calor)				

	deficientes (Dahab et al., 2010, p. 2)				
<i>Depresión en el personal de enfermería de Lambayeque</i>	El modelo cognitivo de la depresión define a esta como la visión que tiene la persona acerca de sí mismo, del futuro y del mundo acompañadas de esquemas negativos y distorsiones cognitivas que lo llevan a un estado de inutilidad y tristeza profunda. (Beck, Rush, Shaw, & Emer, 2010)	Trastorno psicológico caracterizado por la presencia de síntomas cognitivo-afectivos y somático-afectivos y somático-motivacionales manifestados en un nivel leve, moderado o severo presentes en los profesionales de enfermería en un contexto de pandemia, siendo medido por el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en una	No depresivos: Depresión leve: Moderada: Depresión severa:	Puntuación del Inventario de Depresión de Beck (0-13) (14-19) (20-28) (29-63)	Ordinal

		segunda versión, compuesto por 21 ítems, los cuales se puntúan en una escala Likert que va del 0 al 3.			
<i>Ansiedad en el personal de enfermería de Lambayeque</i>	Clark y Beck (2012) define a la ansiedad: “sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (...) que se actúa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles,	Trastorno psicológico caracterizado por la presencia de síntomas cognitivo-afectivo y somáticos manifestados en un nivel leve, moderado y severo presentes en los profesionales de enfermería en un contexto de pandemia, siendo medido por el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), compuesto por	No ansiosos: Ansiedad Leve: Moderada: Ansiedad Severa:	Puntuación del Inventario de Ansiedad (0-7) (8-15) (16-25) (26-63)	Ordinal

	incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo”. (p.23)	21 ítems, los cuales se puntúan en una escala Likert que va del 0 al 3.			
--	--	---	--	--	--

ANEXO F

Tabla Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Eustrés	,099	101	,017	,971	101	,023
Distrés	,100	101	,014	,980	101	,120
Depresión	,109	101	,005	,929	101	,000
Ansiedad	,133	101	,000	,892	101	,000

Nota: n: 101

En la prueba de normalidad se evidencia que el grado de significancia es < 0.05 , en tal sentido los datos siguen una distribución no normal y se deberá trabajar con pruebas no paramétricas.

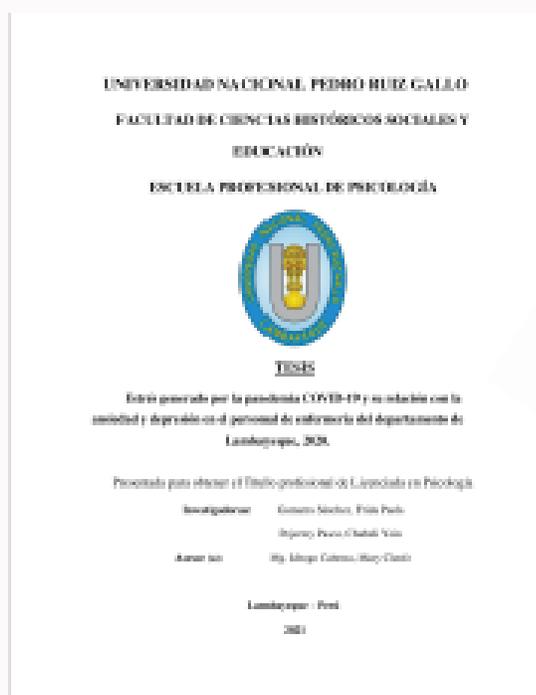


Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Gamarra Sánchez Frida Paola Y Pejerrey Pasco Chabeli Yein
Título del ejercicio:	Estrés generado por la pandemia COVID-19 y su relación co...
Título de la entrega:	Estrés generado por la pandemia COVID-19 y su relación co...
Nombre del archivo:	INFORME_FINAL_DE_GAMARRA_Y_PEJERREY.docx
Tamaño del archivo:	5.47M
Total de páginas:	122
Total de palabras:	25,488
Total de caracteres:	139,003
Fecha de entrega:	19-nov.-2021 12:13p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	1707770086



Estrés generado por la pandemia COVID-19 y su relación con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uch.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1%
7	rephip.unr.edu.ar Fuente de Internet	<1%
8	idoc.pub Fuente de Internet	<1%
9	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	

52	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	<1 %
53	eprints.ucm.es Fuente de Internet	<1 %
54	search.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
55	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
56	Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la Vega Trabajo del estudiante	<1 %
57	archive.org Fuente de Internet	<1 %
58	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
59	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
60	www.hacerfamilia.com Fuente de Internet	<1 %
61	www.parfen-laszig.de Fuente de Internet	<1 %
62	depression585.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %
	repositorio.uroosevelt.edu.pe	

63	Fuente de Internet	<1 %
----	--------------------	------

Mary Cloffe
 M.sc. Mary Cloffe Idrogo Cabrem
 PSICÓLOGA
 C.Ps. P. 14168

Excluir citas Activo Excluir coincidencias < 15 words
 Excluir bibliografía Activo