



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

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

TESIS

**“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN Y PROCRASTINACIÓN EN  
PACIENTES AMBULATORIOS POR EFECTO DEL TELETRABAJO,  
LIMA 2020”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

**Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico**

Presentado por:

**Eugenia Mejia Calle**

**Código ORCID N° 0000-0001-5443-2106**

Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciada en  
Psicología

**Docente asesor:**

Dr. Ambrocio Teodoro Estreves Pairazaman

Código ORCID N° 0000-0003-4168-0850

Chincha – Ica – Perú

2021

## DEDICATORIA

*“A él, a Fernando, mi sobrino, por ser la personita que más quiero y que siempre estuvo presente”.*

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradezco a mi hermana Yesenia y su esposo Henry, por brindarme su confianza y soporte en todo este proceso y estar dispuestos siempre a ayudarme a desarrollar mis metas profesionales. A mis sobrinos, Alejandra y Fernando, por su cariño y compañía incondicional. A mi tío Javier y mi tía Luisa, por su cariño, fortaleza y buen humor. Por último y no menos importante a mi hermana, Luz, quién fue testigo del esfuerzo que realice por culminar este proceso, y quien además me acompañó, me tuvo paciencia y estuvo presente en todo el camino para lograr la meta. Gracias a todos ellos, por enseñarme el valor de la perseverancia y la responsabilidad.

## **ÍNDICE**

<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>viii</b>

<b>RESUMEN.....</b>	<b>10</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>14</b>
2.1 Descripción del problema .....	14
2.2 Pregunta de investigación general.....	18
2.3 Preguntas de investigación específicas .....	18
2.4 Objetivo general .....	18
2.5 Objetivos específicos .....	19
2.6 Justificación e importancia.....	19
2.7 Alcances y limitaciones.....	21
<b>CAPITULO III: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
3.1 Antecedentes .....	22
3.2 Bases teóricas.....	27
3.3 Identificación de las variables .....	37
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....</b>	<b>38</b>
4.1 Tipo y nivel de investigación .....	38
4.2 Diseño de investigación .....	39
4.3 Operacionalización de variables.....	40
4.4 Hipótesis general y específicas .....	43
4.5 Población – Muestra .....	43
4.6 Técnicas e Instrumentos: Validación y confiabilidad 45	
4.7 Recolección de datos .....	49
4.8 Técnicas de análisis e interpretación de datos .....	49
<b>CAPITULO V: RESULTADOS .....</b>	<b>50</b>
4.1 Presentación de resultados .....	50
4.1 Interpretación de resultados .....	51
<b>CAPITULO VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>53</b>
4.1 Análisis de los resultados .....	53
6.2 Comparación de resultados con antecedentes .....	59
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>63</b>

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>74</b>
<b>Anexo 01: Matriz de consistencia .....</b>	<b>75</b>
<b>Anexo 02: Matriz de Operacionalización de variables ..</b>	<b>79</b>
<b>Anexo 3 Instrumentos de Medición .....</b>	<b>82</b>
<b>Anexo 5 Informe Turnitín .....</b>	<b>90</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Nivel de prevalencia de la depresión que presentaron los pacientes ambulatorios participantes de la muestra .....	50
<b>Figura 2.</b> Nivel de procrastinación que presentaron los pacientes ambulatorios participantes de la muestra.....	51

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabla 2.....</b>	<b>49</b>
<b>Tabla 3.....</b>	<b>50</b>
<b>Tabla 4.....</b>	<b>51</b>
<b>Tabla 5.....</b>	<b>52</b>
<b>Tabla 6.....</b>	<b>54</b>
<b>Tabla 7.....</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 8.....</b>	<b>57</b>

## RESUMEN

El propósito del estudio fue determinar la relación entre prevalencia a la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020. El tipo de estudio fue básico, de nivel descriptivo, y diseño transversal, no experimental y correlacional, siendo la muestra 100 participantes. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de depresión Beck II (BDI – II), de Beck, Roberts, Steer y Brown (1996) adaptado a Lima en una muestra clínica de pacientes ambulatorios n salud mental por Barreda (2019), y la Escala de procrastinación general de Busko (1998), adaptado a Perú por Álvarez (2010). Los hallazgos determinaron la existencia de relación positiva, considerable y significativa entre la prevalencia a la depresión y la procrastinación ( $r = .530^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ); así como existencia de relación positiva, media y significativa entre la prevalencia a la depresión cognitiva y la procrastinación ( $r = .466^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ); de igual manera la existencia de relación positiva, considerable y significativa entre la prevalencia a la depresión física conductual y la procrastinación ( $r = .518^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ); asimismo, la existencia de relación positiva, media y significativa entre la prevalencia a la depresión afectiva emocional y la procrastinación ( $r = .471^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ), en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020, indicando que a menor depresión afectiva emocional, menor procrastinación.

**Palabras clave:** Depresión, cognitiva, física – conductual, afectivo – emocional, procrastinación



## ABSTRACT

This study tries to determine the relation between prevalencia a la depresión and procrastination in ambulatory patients, caused by the teletrabajo. Lima 2020. This is a basic type study, with descriptive level, and with transversal design, no experimental and correlacional, 100 participants are the sample. The instrument used in the experiment were the Depression Beck II (BDI - II) inventory from Beck Roberts, Steer y Brown (1996). This inventory was adapted to Lima in a clinic sample to ambulatory patients in mental health by Barreda (2019), and La escala de procrastinación general de Busko (1998), adapted into Perú by Álvarez (2010). The results show the existence of a positive, considerable and consistent relation between the prevalency of the depression and the procrastination. ( $r = .530^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ); Also, the presence of a positive, half significative relacion between the prevalency of the depression and the procrastination ( $r = .466^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ); As well, the existence of a positive, considerable and significative relation between the prevalency of the physic and conductual depression and the procrastination ( $r = .518^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ); on the other hand, the results show the presence of a positive, half significative relacion between the prevalency of the afective emotional depression and the procrastination ( $r = .471^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ), in ambulatory patients, caused by the teletrabajo , Lima 2020, showing that with less average of afective emotional depression, less procrastination.

**Keywords:** Depression, Cognitive, Physic, Conductual, Afective, Emotional, Procrastination

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

La depresión ha alcanzado protagonismo en la escena de la salud pública contemporánea. La Organización Panamericana de la Salud (2013), pronosticó que para el año 2020, la depresión asumiría mayores proporciones en la humanidad, tornándose en la segunda causa de pérdida de años de vida saludable, estimándose una tasa de prevalencia en América Latina de 8.7%, en Colombia y Brasil tasas de 19.6% y 12.6% respectivamente; en Perú de 9.7% y en Chile de 9.2%. Sin embargo tal pronóstico no contemplaba la presencia de la pandemia COVID 19, la cual se vive hoy, desafiando tal escenario a teóricos e investigadores de la salud mental a desplegar explicaciones y revisar enfoques sobre la enfermedad depresiva.

Por otro lado, la psicología clínica y organizacional, como laboral, han prestado poca atención al eventual papel patógeno del entorno y las condiciones laborales como es el caso del teletrabajo, sistema asumido por diferentes organizaciones como alternativa laboral frente a la emergencia nacional sanitaria que vive el país en la actualidad. El Ministerio de Trabajo Promoción Social y Empleo (2020), señala que este sistema de trabajo conjuntamente con el confinamiento y el aislamiento social, se han tornado en factores de riesgo psicosocial para los colaboradores en el afán de cumplir con sus tareas laborales, afectando su salud mental y por ende su accionar.

Al respecto, La Organización Internacional del Trabajo (2014, citado en Ministerio de Trabajo Promoción Social y Empleo, 2020), señaló que frente a efectos de otras pandemias, se había detectado un accionar en los trabajadores por estado de ansiedad o depresión, tendiendo asumir la denominada, procrastinación. Ella implica acciones de postergación de tareas laborales de parte de los colaboradores, constituyéndose en una carga en los costos de la organización, la cual invierte por trabajo realizado en base a un esfuerzo personal de parte de estos, tornándose en no

productivos. En tal sentido, es posible argüir que dicho sistema de trabajo y las condiciones del mismo en conjunto con la pandemia se han tornado en predictores de riesgo psicosocial para la salud mental de los colaboradores.

Lo expuesto, generó la motivación del presente estudio para su realización, cuyo propósito fue determinar la relación entre la prevalencia de depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo. El tipo de investigación fue de tipo básico, nivel descriptivo y de diseño no experimental, transversal y correlacional; para lo cual se trabajó con una población censal de 100 pacientes. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de depresión de Beck II (Beck, Roberts, Steer y Brown, 1996) adaptada por Barreda (2019), y la Escala de procrastinación de Busko (1998), adaptada por Álvarez (2010).

La tesis está dividida en los siguientes capítulos, en el primer capítulo se presenta la introducción, en el capítulo II se desarrolló el planteamiento del problema, descripción del problema, pregunta de investigación general, preguntas de investigación específica, objetivos general y específicos investigación, así como la justificación, importancia, alcances y limitaciones; En el capítulo III se desarrolló el marco teórico. El capítulo IV corresponde a la Metodología. En el capítulo V corresponde a los resultados y el capítulo VI Análisis de los resultados. Finalmente conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1 Descripción del problema**

Muchas ciudades a lo largo de la historia, se han visto afectadas por brotes epidémicos, que avanzan a un ritmo muy apresurado dentro y entre las poblaciones llegando a convertirse en pandemias, definiéndosele como refiere Martínez (2016), en una enfermedad que afecta a gran parte de la población y que se extiende a países de los diversos continentes. La institución Clínica y Salud (2020) señala que hoy en día, el Perú y el mundo, se encuentran ante una nueva pandemia, denominada coronavirus o como su nombre científico lo reseña la Organización Mundial de la Salud (OMS) COVID-19 o SARS-CoV-2 (Piña, 2020). La pandemia por COVID-19 es una enfermedad infecciosa nueva, que puede llegar a presentar manifestaciones clínicas graves, llegando incluso a la muerte, encontrándose presente en 124 países del orbe (Clínica y Salud, 2020). Además se ha convertido en una amenaza para la salud mundial, llegando a ser por lejos el brote más grande de neumonía atípica desde la aparición del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en el año 2003 (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu y Ho, 2020).

Si bien el devastador efecto que viene ocasionando esta pandemia, como la progresión y generalización de la enfermedad, ha originado que se dicten políticas gubernamentales de salud pública, que se enfocan principalmente en el distanciamiento social y cuarentena de la población, con lo cual se ha pretendido evitar que las personas que ya se encontraban contagiadas puedan exponer a otras o que por el contrario, las personas que aún no presentan el virus lo contraigan. Por otro lado, Sandín, Valiente, García y Chorot (2020), refieren que un aspecto que también se debe considerar en los efectos de la pandemia, son los psicológicos que se producen en la población tanto a nivel personal como colectivo, incluido el personal que labora en las diferentes empresas, quienes asumen la posición de ser un grupo de riesgo elevado en estas situaciones de pandemia; en donde las

consecuencias en la salud mental son inevitables (Piña, 2020; Ministerio de Salud, 2020).

Ante la pandemia del COVID-19 en Perú, la respuesta fue mandar a la población a una cuarentena, como mejor herramienta para combatirla; y es que durante mucho tiempo atrás se viene utilizando la cuarentena como herramienta para prevenir la posible propagación de enfermedades transmisibles entre la población (Barbisch, Koenig y Shih, 2015). Sin embargo, es preciso considerar también si los beneficios que se obtendrían con esta obligatoriedad en la cuarentena van a compensar el posible costo psicológico durante este periodo (Fundación Femeba, 2015).

Durante el periodo en que las personas se encuentran en cuarentena en su hogar, se pueden apreciar dos tipos de reacciones, por un lado unas pueden sacar lo mejor de sí mismos y otras pueden presentar estrés, agobio u otros desordenes psicológicos como depresión (La Guía GO, 2020). Es importante mencionar que el decaimiento económico probablemente se tornó en un problema durante la cuarentena, debido a que la mayoría de las personas estaban impedidas de trabajar, teniendo que interrumpir sus actividades ocupacionales o profesionales sin la debida planificación, cuyos efectos podían perdurar por mucho tiempo. Asimismo, la pérdida económica, pese a la subvención económica brindada por el gobierno, situación en la cual existieron personas que consideraron que la cantidad brindada era insuficiente y/o les llegó demasiado tarde. Debido a esto, muchos se sintieron perjudicados, al no poder cubrir sus gastos frecuentes, generándoles síntomas depresivos (Ministerio de Salud, 2020).

Acerca de la depresión desde la perspectiva clínica, existen investigaciones internacionales efectuados durante la pandemia, es así que un estudio chino realizado en la fase inicial de la pandemia en 1210 personas descubrió que el 13,8% presentó síntomas depresivos leves; el 12,2%, síntomas moderados; y el 4,3%, síntomas graves (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu y Ho, 2020). Se observaron mayores niveles de depresión en los

varones, en personas sin educación, en personas con molestias físicas (escalofríos, mialgia, mareo, coriza y dolor de garganta) y en personas que no confiaban en la habilidad de los médicos para diagnosticar una infección por COVID-19 (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu y Ho, 2020).

Asimismo, se informaron menores niveles de depresión en las personas que se enteraron del incremento de pacientes recuperados y en las personas que siguieron las recomendaciones de salud pública (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu y Ho, 2020). Así como en aquellas personas que sufrieron el fallecimiento repentino de un ser querido por COVID-19, la incapacidad de despedirse generó sentimientos de ira, tristeza y resentimiento, lo que podría generar el desarrollo de un duelo patológico y un atípico proceso de depresión (Ho, Chee, Ho, 2020). A nivel nacional, no fue posible hallar estudios sobre depresión durante la pandemia.

Ansoleaga y Miranda (2014), en base a información de pandemias producidas con anterioridad, señalan que asumen la condición de promotora de riesgo psicosocial afectando las condiciones de trabajo en las organizaciones de forma atípica. Desde esta perspectiva, el Ministerio de Trabajo Promoción Social y Empleo (2020), consideró que las condiciones presentes generaron una situación laboral atípica, y como manifiesta Gil (2016), directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del puesto, la realización de la tarea e, incluso, el entorno del trabajo el cual asume la capacidad de afectar negativamente el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador. Desde la perspectiva laboral vinculada a la depresión, en base a los efectos de otras pandemias en el mundo, Ansoleaga y Miranda (2014), refieren estudios señalando que en obreros japoneses la falta de control, trabajos inadecuados y pobres relaciones humanas resultaron predictores significativos de depresión. Otra investigación con obreros en Japón mostró que el ruido ambiental en sujetos vulnerables predijo mayor frecuencia de depresión. Asimismo, en una cohorte de funcionarios públicos ingleses, el Modelo Demanda - Control explicó la aparición de la depresión, incluso por encima de las

diferencias de clase social. En una cohorte de ejecutivos, la ambigüedad del rol y la carga de trabajo fueron predictores significativos de sintomatología depresiva. En profesores en práctica, las demandas del trabajo así como el pobre soporte social predijeron la depresión, lo mismo ocurrió en médicos residentes de urgencia, donde la depresión osciló entre 10% y 50%, considerando la carga de trabajo y el medio social (conflictos interpersonales y soporte social pobre) predictores consistentes de ánimo depresivo en ocupaciones de distinto tipo.

Ante la situación del confinamiento, y la situación expuesta anteriormente en temas de salud y laboralmente, las empresas en el país asumieron una nueva alternativa y forma de trabajo a distancia a través del denominado teletrabajo, como forma de mantener la actividad empresarial y la productividad en las empresas, así como que los trabajadores mantengan su trabajo y no ingresar al mundo del desempleo. En tal sentido, el teletrabajo, definido por Aranibar (2016), como aquella actividad laboral desarrollada a distancia (fuera de la organización), a través de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), lo que hace que sea el producto, y no el trabajador, el que se desplace hasta el sitio de interés.

Con este sistema de trabajo se cumplía con las disposiciones gubernamentales sobre confinamiento y aislamiento social para que no se propague el virus. Sin embargo, si bien este sistema de trabajo tiene ventajas, la desventaja es que en situaciones de confinamiento, la actividad laboral se realiza con las mismas presiones de trabajo que a nivel presencial, sumándose los problemas de señal, la falta de privacidad en el hogar, pobres relaciones humanas, excesiva carga de trabajo, etc., aspectos que han generado algunos desórdenes depresivos y/o ansiosos o dejar de hacer actividades o tareas laborales para otro momento, comportamientos similares a la sintomatología presentada en público en general y personal de salud en China (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu y Ho, 2020).

A nivel del centro de salud privado en Lima, la casuística de pacientes ambulatorios atendidos, ingresan con cierta sintomatología depresiva como con manifestaciones de descuido y postergación de actividades laborales debido a la presión ejercida por las organizaciones a las cuales pertenecen laboralmente.

En base a lo expuesto, es que el presente estudio investigará lo siguiente.

## **2.2 Pregunta de investigación general**

¿Qué relación existe entre prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020?

## **2.3 Preguntas de investigación específicas**

Problema específico 1

¿Qué relación existe entre prevalencia de la depresión cognitiva y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020?

Problema específico 2

¿Qué relación existe entre prevalencia de la depresión física conductual y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020?

Problema específico 3

¿Qué relación existe entre prevalencia de la depresión afectiva emocional y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020?

## **2.4 Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.



## **2.5 Objetivos específicos**

### Objetivo específico 1

Determinar la relación que existe entre prevalencia de la depresión cognitiva y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

### Objetivo específico 2

Determinar la relación que existe entre prevalencia de la depresión física conductual y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

### Objetivo específico 3

Determinar la relación que existe entre prevalencia de la depresión afectiva emocional y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

## **2.6 Justificación e importancia**

### 2.6.1 Justificación

El presente estudio, considerando las variables prevalencia de depresión y procrastinación en un grupo de pacientes ambulatorios, cuyos resultados han sido relevantes para la contrastación con teorías y conceptualizaciones de la temática investigada acorde a la literatura académica existente. Además buscó contrastar la aplicación de las teorías respectivas en la población en estudio y en la actualidad, ayudando con hallazgos en este campo investigativo, bajo un enfoque clínico, considerando las consecuencias de la vivencia en momentos de emergencia nacional sanitaria por efecto de la pandemia del COVID 19.

Desde la perspectiva práctica, considerando que la variable procrastinación ha sido investigada mayormente en el campo educativo y organizacional, fue necesaria su investigación en el campo clínico conjuntamente con la

variable prevalencia de la depresión; en la medida que los resultados permitieron explicar la concomitancia entre ambas, teniendo como característica la población a trabajar, personas que de laborar de manera presencial, pasaron a trabajar bajo el sistema de teletrabajo en situación de confinamiento a consecuencia de la pandemia del COVID 19.

En tal sentido los resultados permitieron proponer la planificación para la implementación de proyectos de prevención y estrategias de intervención, mediante programas y talleres, a fin de brindar herramientas y recursos para aquellas personas que se ven afectados por esta problemática, desde la perspectiva del sistema e - Health.

Desde la perspectiva social, por ser una población constituida por pacientes ambulatorios, donde existen limitados estudios de corte clínico, el estudio representó un beneficio para la institución donde acuden atenderse los pacientes. En tal sentido, el reporte de los hallazgos y la futura propuesta de programas de intervención destinados apoyar el proceso de tratamiento dirigida a la población estudiada.

### 2.6.2 Importancia

La importancia del estudio radicó en el aporte investigativo, ampliando el estudio de ambas variables considerando los antecedentes del mismo, así como aperturar una línea de investigación en el campo clínico de ambos constructos.

Además, la investigación contribuyó con los estudios en el campo de la psicología, vinculados a los constructos en forma conjunta, considerando las limitadas investigaciones al respecto, las mismas que han sido relacionadas con ansiedad, personalidad, desempeño, etc., siendo de vital importancia conocer la forma cómo se presentan en los pacientes ambulatorios que asisten al centro de salud por problemas de salud mental.

Por otro lado, los diferentes estudios incluidos los clínicos, han sido desarrollados en situaciones fuera de la emergencia nacional sanitaria, la cual contextualmente posee característica propia, dada la causa endémica, aportando el presente estudio características clínicas de pacientes que viven y laboran ante tal situación, considerando cada una de las variables estudiadas, aportando con los hallazgos respectivos.

## **2.7 Alcances y limitaciones**

### **2.7.1 Alcances**

El estudio de los constructos depresión y procrastinación, han sido realizados en ámbitos educacionales y organizacionales con la finalidad de ver la injerencia y dinámica de presentación en dichos ámbitos, efectuándose a través de estudios correlacionales con otras variables. La presente investigación, se orientó a estudiarlos correlacionalmente en forma conjunta desde la perspectiva clínica, considerando que la problemática se presentaba a consecuencia de un sistema laboral de tipo remoto en situación de confinamiento por efecto de la pandemia COVID 19. Para ello, se sustentó con conceptos y teorías desarrolladas acerca de los constructos, cuya medición y resultados permitió brindar nueva información sobre ellas en un contexto sui generis de pandemia.

### **2.7.2 Limitaciones**

Respecto a las limitaciones del estudio, existen aquellas vinculadas la existencia de limitadas referencias de investigaciones previas relacionando depresión con procrastinación en forma conjunta en el contexto clínico, existiendo estudios de cada una de ellas con otras variables en el contexto académico como organizacional, sin embargo, se emplearon como referencias a contrastar. Por otro lado considerando la situación de la pandemia y dado que se efectuarán las mediciones en forma virtual mediante la plataforma zoom, existió la posibilidad de que los participantes y la institución tengan problemas de señal, para lo cual se organizó

pequeños grupos en un horario pertinente y flexible, con ratificación de asistencia a través de Whatsapp el mismo día de la evaluación, dejando la institución de emplear la plataforma en otras actividades y los participantes en casa también, para no cargarla en dichos días y horarios. Cabe mencionar que los hallazgos del estudio, sólo podrán generalizarse a población con características sociodemográficas similares a las de la presente investigación.

## **CAPITULO III: MARCO TEÓRICO**

### **3.1 Antecedentes**

#### **3.1.1. Antecedentes internacionales**

Borges (2018), en Venezuela, efectuó el estudio depresión y ansiedad mediante el HPQ en Venezuela. El objetivo del estudio se propuso conocer los niveles de depresión y ansiedad en pacientes adultos de atención primaria de Caracas – Venezuela. El tipo de estudio fue básico y el diseño descriptivo, siendo la muestra 814 participantes. Los instrumentos empleados fueron las subescalas PHQ-9 y GAD-7. Los resultados indicaron que 84% de los participantes presento depresión leve y 10,6% había presentado depresión mayor y el 7% trastornos de ansiedad generalizada. Al analizar los resultados por variables sociodemográficas como el género, la edad y el estado civil se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a los jóvenes con respecto a los mayores de edad hubo mayor prevalencia de depresión; en los hombres hubo mayor prevalencia de depresión y ansiedad y el estado civil, en los jóvenes solteros hubo mayor prevalencia de depresión que en los casados, en quienes había prevalencia de ansiedad.

Da Silva, López, Susser y Menezes (2016), en Brasil, efectuaron la investigación “Depresión relacionada con el trabajo en personal de equipos de atención primaria en Brasil”. El objeto del estudio fue determinar factores relacionados con el trabajo asociado a síntomas depresivos y posible depresión mayor en personal de los equipos de atención primaria. El tipo de investigación fue básica de diseño correlacional siendo la muestra de 2940 participantes. El instrumento empleado fue el Patient Health Questionnaire (PHQ-9), de Santos y Tavares (2013).

Los resultados indicaron que los agentes comunitarios de salud presentaron una prevalencia más elevada de posible depresión mayor 18%, y depresión leve 76%, y los trabajadores de atención primaria 67% presentaron depresión leve. Las razones de presentación de síntomas depresivos o la posible depresión mayor se asociaron a una antigüedad mayor en el empleo en la atención primaria; a tener un trabajo pasivo, activo o con gran presión laboral; a la falta de retroalimentación de los

supervisores con respecto al desempeño; y al escaso apoyo social de los colegas y los supervisores. Concluyendo el estudio que los niveles observados de depresión relacionada con el trabajo pueden poner en peligro la sostenibilidad de los programas de atención primaria.

Londoño y Gonzales (2016), en Colombia, efectuaron el estudio Prevalencia a la depresión y factores asociados en hombres. El objetivo fue evaluar la prevalencia de depresión, detectar el riesgo suicida e identificar los factores sociodemográficos y personales asociados a este trastorno. La investigación fue básica y de tipo descriptivo, estando la muestra conformada por 1525 hombres que laboraban en entidades públicas y privadas. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Depresión para Hombres (Álvarez y Londoño, 2012); para evaluar la comorbilidad con ansiedad se usó la Escala de Ansiedad HADS (Zigmond y Snaith, 1983) y el IMAFE (Lara, 1991); y para recolectar información acerca de los factores personales y sociodemográficos. El estudio concluyó que existió prevalencia real reportada y riesgo suicida a niveles altos.

Gherardi, Cardoso, Bastos, de Souza y Reisdorfer (2015), en Brasil, realizaron el estudio Asociación entre depresión y estrés laboral en profesionales de enfermería de nivel medio. El objetivo del estudio fue establecer la relación entre ambas variables en un hospital universitario en Sao Paulo. El estudio fue de tipo básico y el diseño correlacional, estando la muestra conformada por 310 técnicos y auxiliares de enfermería. Los instrumentos empleados fueron la Escala de estrés en el trabajo (Karasek, 2010), y la Historia de depresión de las enfermeras participantes. Los resultados indicaron la prevalencia de depresión en este estudio fue del 20%, más expresiva en las mujeres, de edad superior de 40 años, que viven sin pareja y en los fumadores. La posibilidad de padecer depresión ha sido dos veces más grande entre los profesionales que mostraron un alto nivel de estrés en el trabajo, incluso después del control en la regresión múltiple. El estudio concluyó que los síntomas depresivos se han asociado fuertemente con altos niveles de estrés entre los auxiliares y técnicos de

enfermería, evidenciando un problema a tener en cuenta por los programas de planificación específicos de intervención para esta población, así como la necesidad de una mejor gestión de los casos por los supervisores.

Villagómez, Gómez y Rosales (2015), en México, efectuaron el estudio Factores que se asocian a la depresión y la prevalencia en pacientes del programa de hemodiálisis de 5 hospitales diferentes. El propósito del estudio, fue establecer la prevalencia de depresión en este tipo de pacientes. El estudio fue de tipo básico y de diseño descriptivo, estando la muestra conformada por 225 pacientes. El instrumento empleado fue el Inventario de depresión de Beck II. Como resultados se obtuvo que la prevalencia total de depresión fue de 47,1%, de los cuales el 19,1% presentó depresión leve, 13,8% depresión moderada y 14,2% depresión severa. Por lo tanto, se evidenció una alta prevalencia de depresión en la población estudiada.

### 3.1.2. Antecedentes nacionales

Inga (2018), efectuó el estudio Procrastinación y satisfacción laboral en personal operativo de una empresa manufacturera peruana. El propósito fue establecer la relación entre ambas variables. El tipo de investigación fue básica y el diseño correlacional, siendo la muestra de 370 colaboradores. Los instrumentos empleados fueron la Escala de procrastinación laboral (Metin, Taris y Peeters, 2016), adaptada por Guzmán y Rosales (2016), y la Escala de satisfacción laboral de Alarco (2010) Los resultados indicaron la existencia de correlación negativa entre ambas variables, señalando que a mayor procrastinación menor es el nivel de satisfacción en los colaboradores ( $r = .256$  p valor  $< .05$ ).

Huachos y Veli (2018), realizaron la investigación Síndrome de burnout y depresión en trabajadores de la Universidad Nacional del Centro del Perú. El objeto de la investigación fue establecer la relación entre las variables en referencia. La investigación fue de tipo básico y de diseño descriptivo

correlacional, siendo la muestra 150 trabajadores. Los instrumentos empleados fueron el Inventario Maslach y la Escala de depresión de Hamilton. Los resultados indicaron la existencia de relación entre agotamiento emocional, despersonalización y autorrealización de la variable de Burnout con la variable depresión, además se evidenció que todas las dimensiones muestran correlaciones positivas y bajas con la depresión, pero todas son significativas, lo que evidencia que hay una asociación de la variable Síndrome de Burnout con la variable depresión y de todas las dimensiones de Síndrome de Burnout con la variable depresión.

Córdova (2018), realizó el estudio estrés y procrastinación en estudiantes universitarios de Lima. El propósito del estudio fue analizar la relación entre ambas variables en estudiantes universitarios. La investigación fue de tipo básica y el diseño correlacional siendo la muestra 285 estudiantes de la Universidad Nacional de Ingeniería. Los instrumentos empleados fueron la Escala de procrastinación (Gonzales, 2014), y el Inventario de estrés (Barraza, 2006). Los resultados mostraron relación positiva y altamente significativa entre estrés y procrastinación ( $Rho = 456, p = 000 < .01$ ), lo que indica que a mayores niveles de estrés, los estudiantes presentan elevados niveles de procrastinación, es decir que ante las demandas de tareas los estudiantes se estresan y al presentar los síntomas del estrés como, angustia, fatiga, distracción, dolores de cabeza, alteraciones del sueño y el apetito, tensión muscular del cuello y hombros, pensamientos persistentes de sentimiento de culpabilidad, dificultad para tomar decisiones, sentirse incompetente, fracasados, los conlleva a que se desmotiven y hace que los estudiantes evadan sus responsabilidades, abandonen sus tareas y las aplacen, es por ello que procrastinan.

Espinoza (2018), realizó la investigación Personalidad proactiva y procrastinación laboral en colaboradores del área de recursos humanos en una empresa de Call Center del Cercado de Lima. El propósito fue determinar la relación entre ambas variables. El estudio fue de tipo básico



y el diseño fue no experimental, de tipo descriptivo y correlacional, estando la muestra conformada por 145 colaboradores. Los instrumentos empleados fueron la Escala de personalidad proactiva (Crant, 1933), y la Escala de procrastinación en el trabajo PAWS, (Metin, 2016). Los resultados señalaron la existencia de relación significativa inversa entre los niveles de personalidad proactiva y procrastinación laboral ( $Rho = .678$  p valor  $< .01$ ). Indicando que al mostrar los colaboradores mayor iniciativa y disposición a los cambios que enfrentan su entorno laboral, presentaran menores conductas procrastinadoras dentro de su tiempo de gestión.

Soto (2017), estudió La procrastinación laboral y compromiso organizacional en personal docente y administrativo de dos organizaciones educativas del Callao. El objetivo fue relacionar ambas variables. El tipo de estudio fue básico y el diseño no experimental, transversal y correlacional, estando la muestra conformada por 134 docentes y administrativos. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de postergación activa y pasiva en el entorno laboral (Tools, 2014), y la Escala de compromiso organizacional (Meyer y Allen, 2006). Los resultados indicaron la existencia de relación inversa entre las variables ( $r_s = -.229$  p valor  $< .01$ ), indicando que a mayor procrastinación, menor es el compromiso organizacional.

## **3.2 Bases teóricas**

### 3.1.3. Depresión

#### a) Enfoques teóricos de la depresión

Salas (2016), refirió que el abordaje del estudio de la depresión, ha sido desarrollado por diferentes enfoques teóricos, brindando cada uno las bases teóricas y la manera de intervención para su atención. A continuación se presentan los diferentes enfoques o teorías.

#### Enfoque psicodinámico

Boeree (2016), señala que este enfoque explica que los motivos y conflictos inconscientes, vinculado a la historia pasada de la persona, explican la

situación comportamental actual. La dinámica se sustenta en que considerando al ser humano un ser pensante, sin embargo, también es un cúmulo de instintos en contraste con la conciencia moral. En tal sentido, como refiere Phares (2017), señala que este enfoque en el ámbito terapéutico, centra los esfuerzos en hallar los motivos inconscientes de la conducta depresiva a través de la historia del sujeto.

Enfoque teórico humanista – existencial.

Phares (2017), señala que este enfoque basado en la comprensión del ser humano, sustentando que posee la capacidad de autodeterminación y autorrealización, donde sus comportamientos se basan en las propias decisiones. En el caso del abordaje de la depresión, buscan a través de técnicas como introspección y análisis literarios propios del sujeto, un medio de llegar a la fuente de la depresión.

Enfoque conductual

Según Smith, Sarason y Sarason (2017), refieren que el enfoque conductual explica el proceso de depresión en base a un sistema contingencial, producto de la interacción entre estímulos y asociaciones con el tipo de recompensas (positiva y negativas) recibidas. Bajo este parámetro, se buscaría las consecuencias que motivan la conducta depresiva. En tal sentido, el tratamiento se sustentaría en la búsqueda de aquellos indicadores que refuerzan la conducta depresiva, y forman un círculo vicioso. Para el tratamiento de un modelo de intervención terapéutico basado en la asociación con otros que contrarresten conductas depresivas, generando un cambio en el medio ambiente, recompensando la conducta deseable y no recompensando la indeseable con el objeto de reducir la frecuencia del comportamiento (Skinner, 1986).

Enfoque cognitivo – conductual

Este enfoque parte de que la actividad cognitiva determina el comportamiento humano y que el cambio conductual depende de los aspectos cognitivos, estableciendo que los comportamientos

desadaptativos serán modificados en la medida que el sujeto procese, evalúe y reaccione en su mente en función a sus planes y previsiones, centrándose en el análisis de los constructos que motivan la conducta de la persona con depresión, puesto que su percepción es la realidad imaginaria donde el sujeto se mueve (Clapier, 2014).

Respecto al abordaje terapéutico, sugiere la programación y ejecución de actividades graduales conjuntamente con reestructuración cognoscitiva.

### Teorías biológicas de la depresión

Schiller (2015), refiere que esta teoría resalta la jerarquía del sistema neuroquímico del cerebro en el trastorno depresivo lo cual se basa, en determinados neurotransmisores del sistema nervioso central, como la serotonina, dopamina, acetilcolina, indolamina, noradrenalina. Explicando que la depresión es causada por una alteración en la regulación de la facilitación e inhibición conductual, en la respuesta y procesamiento ejecutivo cortical de la información.

### Teoría cognitiva

Beck, Rush, Shaw y Emery (1996 citado en Espinoza, 2016), refiere que la teoría cognitiva explica a través de un modelo estructural, describiendo cómo funciona el cerebro, tanto normal como con el trastorno depresivo. Indicando la existencia de un filtro que plantea múltiples situaciones, los cuales el denomina esquemas, quienes se encargarían de regular las interpretaciones cotidianas, los cuales va generando un significado diferente a las situaciones que vive. Para el caso de la depresión el sujeto cognitivamente asume una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. La persona que sufre de depresión, utiliza un pensamiento negativo sobre sí mismo, observándose como un individuo indigno, desvalorizado. En él sobresalen sus aspectos negativos y no observa nada positivo ni

bueno de sí, los cuales serían en última instancia los responsables de la regularidad o irregularidad en las interpretaciones cotidianas.

En cuanto a los esquemas, son un conjunto de significados característicos con los cuales la persona va dando sentido a las diferentes etapas vitales. Beck (1996), mencionó que las personas con depresión tratan de minimizarse y tener pensamientos negativos de ella, no valorando sus logros, lo que le generaría problemas con su entorno social y familiar, lo cual lo frustraría, ya que tendría problemas sociales, por lo tanto, el individuo no gozaría de situaciones que normalmente le son gratificantes. Peralta (2017), señaló que en la teoría cognitiva de Beck, la depresión se mantiene por medio de la presencia de esquemas de significado desadaptativos, protegidos y fortalecidos por cambios cognitivos en el modo de procesar la información, provocado por acción de dichos esquemas.

Es posible concluir que Beck (1979) consideró los factores; genético, orgánico y ambiental, como base a distorsiones cognitivas la cual desencadenaba sobre otras áreas en la persona. Finalmente, el modelo cognitivo de Beck, postuló tres conceptos centrales: la tríada cognitiva, esquemas y errores cognitivos. La triada cognitiva se divide en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, a su futuro y las experiencias negativas; por otro lado los esquemas cognitivos son patrones relativamente estables que constituyen la base de la regularidad con que se interpreta un determinado conjunto de situaciones, la cual regula y anticipa la conducta, orientando al procesamiento de información; y los errores cognitivos se expresan en las interpretaciones de las dos anteriores conllevando a la distorsión cognitiva (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, citado en Núñez y Saire, 2015).

#### b) Definición de depresión

La definición de depresión, es la estructuración de la sintomatología expresa. Beck, Rush, Shaw y Emery (1996, citados en Carranza, 2012) lo

define desde la perspectiva cognitiva, como un desbarajuste del pensamiento, mediante el cual, la persona depresiva deforma la realidad y se ve negativamente en la triada cognitiva: él como persona, el mundo y el futuro; además supone la activación de signos y síntomas como consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Robert y Lamontegne (2015), lo conceptualizan como un estado de tristeza, donde existe gran disminución de la valía y valorización personal, afectando los aspectos cognitivos, motrices y orgánicos. Salmuri y Skoknic (2015), consideraron que la depresión es un trastorno que genera alteraciones psicológicas y trastornos emocionales, conllevando al individuo alterar su sistema de vida cotidiano y sumergirse en su propio mundo de desvalía.

Por otro lado, Sanz y Vázquez (2017) refieren que es un síndrome, donde el estado de ánimo se ve alterado, demostrando estados de tristeza, ansiedad e irritabilidad que van alterar el funcionamiento fisiológico, psicológico y social generados por pensamientos negativos y de desvalía, así como dependencia. Posteriormente, Beck (2010, citado en Espinoza, 2016), propone su definición como un trastorno emocional alterado de base cognitiva, expresado en tristeza, pesimismo, pensamientos suicidas y desvalorización, influenciando en aspectos físico conductuales mostrados a través de la indecisión, autocrítica, sentimiento de culpa, fracaso, disconformidad con uno mismo, sentimiento de castigo, pérdida de placer y llanto, que afecta la esfera afectivo emocional, manifestado en situaciones de agitación, pérdida de interés, pérdida de energía, cambios de hábitos y sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio , pérdida de interés en el sexo, expresados en el medio ambiente.

Por otro lado, Álvarez (2016) indicó que la depresión, es un trastorno de humor, conformado por un conjunto de síntomas con predominancia afectiva, frente a los de tipo cognitivo, volitivo y físicos.

### c) Síntomas de la depresión

Barreda (2019), refiere que la Asociación de Psicología Americana (2014), no ha realizado cambios sustanciales respecto a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos, de la IV a la V edición del manual diagnóstico; por tanto los síntomas incluidos por Beck, continúan siendo relevantes. Así el sustento teórico actualizado del IDB-II incluye los siguientes síntomas de los trastornos depresivos descritos en el DSM-V. Entre ellos se tienen: 1. El estado de ánimo deprimido caracterizado por la tristeza, sensación de vacío y desesperanza. 2. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva. 3. Incapacidad para experimentar placer que anteriormente sí presentaba. 4. Pérdida o aumento de peso. 5. Insomnio o hipersomnia. 6. Agitación o por el contrario retraso psicomotor. 7. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 8. Disminución de la capacidad para concentrarse, tomar decisiones. 9. Pensamientos recurrentes de muerte, intentos de suicidio.

#### d) Dimensiones de la depresión

Beck (2010), establece para la medición de la depresión, mediante el BDI – II, tres dimensiones o áreas, área cognitiva, área física /conductual y área afectiva / emocional.

Dimensión cognitiva, está relacionada con los síntomas de tristeza, pesimismo, pensamiento suicida, desvalorización (Barreda, 2019).

Dimensión física – conductual, esta dimensión está relacionada con conductas de indecisión, autocrítica, sentimiento de culpa, fracaso, disconformidad con uno mismo, sentimiento de castigo, pérdida de placer y llanto (Barreda, 2019).

Dimensión afectivo – emocional, esta dimensión se vincula con síntomas de agitación, pérdida de interés, pérdida de energía, cambios de hábitos y

sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio y pérdida de interés en el sexo (Barreda, 2019).

#### e) Niveles de depresión

Barreda (2019), señala que existen varios niveles de trastornos depresivos, clasificándolos de la siguiente manera.

##### Nivel depresivo leve

La persona que padece un episodio depresivo leve, debe cumplir diversos criterios de un episodio depresivo. Debe presentarse al menos dos o tres síntomas los cuales mostraremos a continuación: 1. Humor depresivo que se presenta la mayor parte del día y que tenga una duración de dos meses. 2. Pérdida de interés en las actividades. 3. Decaimiento de la energía o aumento del cansancio.

##### Nivel depresivo moderado

Este episodio depresivo, se muestra de manera más intensa, ya que normalmente se presentan de cuatro a más síntomas de la depresión, generando en la persona de que no pueda realizar ningún tipo de actividad.

##### Nivel depresivo grave

Las personas que padecen este episodio depresivo, muestran síntomas significativos, llegando a afectar principalmente a la autoestima, manifestándose el sentimiento de culpa, las ideas irracionales de suicidio y otros, obteniendo una puntuación total de ocho síntomas la cual se llega a clasificar este episodio depresivo.

#### 3.1.4. Procrastinación

### a) Enfoques teóricos de la procrastinación

La procrastinación ha sido estudiada desde diferentes enfoques, así se tiene los siguientes.

#### Teoría psicodinámica

Natividad (2014), refiere que la perspectiva psicoanalítica menciona que la historia de la formación desde temprana edad es un factor predictor de la procrastinación, estableciéndolo como una manifestación conductual a causa de un drama psíquico interno subyacente, donde la ansiedad es una señal de alarma del ego de la existencia de material inconsciente reprimido. Ella trae como consecuencia un sentimiento perturbador y abrumador que genera malestar. Ante ello el ego genera mecanismos de defensa, como introyección, aislamiento, proyección, a modo de protección ante situaciones determinantes de fracaso.

#### Teoría conductual

Smith (2015), refiere que se relaciona con las teorías del aprendizaje, se hace énfasis a la ley del efecto. Las personas que comúnmente procrastinan es por el hecho que han sido recompensadas y, por tanto, persistirán en hacerla; de manera contraria, las personas que comúnmente no procrastinan es porque no han sido recompensados; por lo que rápidamente, abandonan las conductas de procrastinar.

En esta teoría el término recompensa engañosa, entendida como la tendencia humana a preferir recompensas de corto plazo antes que las de largo plazo, así como descontar el beneficio de las de corto plazo. En otras palabras, la persona dilata la necesidad de sentirse bien en vez de esperar los beneficios próximos que pueden ser incluso más grandes.



## Teoría cognitivo conductual

López (2016), plantea que en esta teoría se analizan los pensamientos (adaptativos o desadaptativos), conductas y opiniones acerca de la persona y la sociedad. Esta aproximación hace hincapié en diferentes variantes como los afectos y actitudes; sin dejar de lado a las cogniciones como un papel mediador trascendental. Para la teoría cognitivo conductual, los pensamientos tienen una relación directa sobre lo que la persona obra. Por tanto, la procrastinación es el resultado de cogniciones ilógicas de los individuos, las que generan una percepción negativa de autovalía respecto a su rendimiento. Según esta perspectiva, la procrastinación se da por la generación de creencias irracionales sobre sí mismo y los demás; es el resultado de tres causas básicas: autolimitación (pensamientos autocríticos y autoafirmaciones negativas), baja tolerancia a la frustración (incapacidad para tolerar molestias) y hostilidad.

### b) Definición de procrastinación

El constructo procrastinación proviene de la palabra latina *procrastinare* cuya acepción es retrasar, prolongar, aplazar o posponer alguna actividad. Siendo definido de diferentes formas, partiendo de Busko (1998), lo conceptualiza como una actitud irracional de postergar, retrasar o evitar tareas. Chan (2011), indica que es un problema de autocontrol y de organización del tiempo, conllevando a posponer actividades para más adelante. Por su parte, Steel y Klingsieck (2016, citado en Barraza y Barraza, 2018), definen la procrastinación como aquella acción de retraso voluntario vinculada alguna actividad.

Por otro lado, Moreta y Durán (2018), señalan que es el retraso de una tarea en función a un patrón conductual disfuncional. Mientras que Balkis y Duru (2017), refieren que es el retraso de tareas en el contexto

laboral. Terada (2017), considera que la procrastinación es la acción de no completar, dejar de hacer e inclusive aun realizando la tarea, antes de concluir la abandonar. Domínguez (2016), señala que es la acción de retrasar de manera voluntaria y de modo innecesario alguna tarea a consecuencia de diferentes causas, trayendo como consecuencia malestar percibido.

También, es definido como aquella tendencia irracional que activa el grado de autorregulación y control de pensamientos, motivaciones, expresados en comportamientos de descuido, pérdida de tiempo, incumplimiento de compromisos y decisiones, disgusto por seguir pautas, descuidar tareas y distraerse con facilidad; así como el grado de realizar actividades manifiestas como aplazar tiempo de tareas, postergar toma de decisiones, tareas por cansancio, por aburrimiento o sin motivo reemplazando por actividades más placenteras o que no significan mucho esfuerzo, caracterizando su desenvolvimiento y desempeño personal (Álvarez, 2010, citado en Domínguez y Campos, 2017).

### c) Dimensiones de la procrastinación

Domínguez y Campos (2017), señalan que existen dos factores o dimensiones que se encuentran intrínsecamente relacionadas a la procrastinación, siendo ellas,

1.- déficit de autorregulación de tareas, entendida como la dificultad en establecer objetivos de aprendizaje, deterioro de la autorregulación del pensamiento motivación y comportamiento para la toma de decisiones en la consecución de una actividad académica;

2.- postergación de actividades, entendida como el retrasar, postergar, no concluir una actividad laboral.

Chacaltana (2018), señala que la procrastinación en un inicio es un comportamiento propio de cada persona en general, que puede resultar positivo, en la medida que baja su tasa de ansiedad, sin embargo, a mediano y largo plazo, genera inconvenientes mayores, al experimentar mayor ansiedad y miedo al fracaso al no ejecutar con anticipación las actividades laborales, conllevando en muchos casos a la deserción del puesto laboral.

### **3.3 Identificación de las variables**

Las variables de la investigación son.

Variable 1 Depresión

Definición conceptual

Es un trastorno emocional de base cognitiva alterado, expresado en tristeza, pesimismo, pensamientos suicidas y desvalorización, influenciando en aspectos físico conductuales mostrados a través de la indecisión, autocrítica, sentimiento de culpa, fracaso, disconformidad con uno mismo, sentimiento de castigo, pérdida de placer y llanto, que afecta la esfera afectivo emocional, manifestado en situaciones de agitación, pérdida de interés, pérdida de energía, cambios de hábitos y sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio, pérdida de interés en el sexo, expresados en el medio ambiente (Beck, 2010, citado en Espinoza, 2016).

Variable 2 Procrastinación

Definición conceptual

Es aquella tendencia irracional que activa el grado de autorregulación y control de pensamientos, motivaciones, expresados en comportamientos de descuido, pérdida de tiempo, incumplimiento de compromisos y decisiones, disgusto por seguir pautas, descuidar tareas y distraerse con facilidad; así como el grado de postergación para realizar actividades manifiestas como aplazar tiempo de tareas, toma de decisiones, tareas por

cansancio, por aburrimiento o sin motivo reemplazando por actividades más placenteras o que no significan mucho esfuerzo, caracterizando su desenvolvimiento y desempeño personal (Álvarez, 2010, citado en Domínguez y Campos, 2017).

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipo y nivel de investigación**

El estudio fue de tipo básico, entendido por Fresno (2019), como aquel que proporciona conocimiento acerca de la realidad, respecto a un fenómeno determinado. Respecto al nivel de investigación, fue descriptivo, definida por Fresno (2019), como aquella que describe los hechos de un fenómeno a estudiar. En el caso de la investigación, se profundizó en el conocimiento del problema y estudio de las variables depresión y procrastinación, describiendo la forma en que cada una de ellas se presentó, considerando

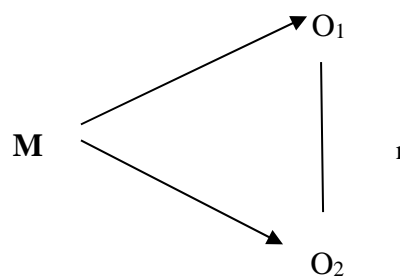
el contexto de pacientes cuya característica común era que laboraban bajo el sistema de teletrabajo, los mismos que no se encontraban institucionalizados y que asistían a un centro de salud mental, contrastándose los resultados con los aspectos teóricos de la literatura académica.

## 4.2 Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue no experimental u observacional, transversal y de corte correlacional. Al respecto Fresno (2019), refiere que este tipo de diseño se caracteriza por el estudio de un fenómeno, sin manipulación de variables, dado que son variables intactas, que se miden en un momento dado, cuya medición y tratamiento estadístico permitirá establecer la vinculación entre las variables estudiadas.

En tal sentido, en la investigación se describió, analizó, especificó la forma en que se presentaron las variables depresión y procrastinación, sin manipulación de alguna de ellas, sólo fueron observadas y medidas, considerando día, fecha y hora para la evaluación, a fin de recolectar la información pertinente, cuyos datos fueron estadísticamente trabajados on el objeto de establecer la relación entre ambos constructos.

Según Sánchez y Reyes (2015), el esquema representativo es el siguiente:



Dónde:

M = Muestra (Pacientes ambulatorios)  
O1 = Variable 1 (Depresión)  
O2 = Variable 2 (Procrastinación)  
r = Correlación

### **4.3 Operacionalización de variables**

Tabla 1

*Matriz de operacionalización de las variables de estudio depresión y procrastinación*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Depresión	Es un trastorno emocional de base cognitiva alterado, expresado en tristeza, pesimismo, pensamientos suicidas y desvalorización, influenciando en aspectos físico conductuales mostrados a través de la indecisión, autocrítica, sentimiento de culpa, fracaso, disconformidad con uno mismo, sentimiento de castigo, pérdida de placer y llanto, que afecta la esfera afectivo emocional, manifestado en situaciones de agitación, pérdida de interés, pérdida de energía, cambios de hábitos y sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio, pérdida de interés en el sexo, expresados en el medio ambiente (Beck, 1996, citado en Espinoza, 2016).	Es la medición de dimensiones e indicadores establecida en el inventario de depresión de Beck II, considerando puntuaciones, rangos y niveles establecidos para su calificación e interpretación.	Cognitiva  Física conductual  Afectivo emocional	Tristeza Pesimismo Pensamientos suicidas Desvalorización  Indecisión Autocrítica Sentimiento de culpa Fracaso Disconformidad con uno mismo Sentimiento de castigo Pérdida de placer y llanto  Agitación Pérdida de interés Pérdida de energía Cambios de hábitos y sueño Irritabilidad Cambios de apetito Dificultad de concentración Cansancio Pérdida de interés en el sexo	1 2 9 14  13 8 5 3 7 6 4,10  11 12 15 16 17 18 19 20 21	Instrumento Inventario de depresión de Beck II  Escala Escala ordinal  Niveles 0 -19, depresión leve; 20-28, depresión moderada y 29 - 63, depresión grave (Barreda, 2019).

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Procrastinación	Es aquella tendencia irracional que activa el grado de autorregulación y control de pensamientos, motivaciones, expresados en comportamientos de descuido, pérdida de tiempo, incumplimiento de compromisos y decisiones, disgusto por seguir pautas, descuidar tareas y distraerse con facilidad; así como el grado de postergación para realizar actividades manifiestas como aplazar tiempo de tareas, toma de decisiones, tareas por cansancio, por aburrimiento o sin motivo reemplazando por actividades más placenteras o que no significan mucho esfuerzo, caracterizando su desenvolvimiento y desempeño personal (Álvarez, 2010, citado en Domínguez y Campos, 2017).	Es la medición de dimensiones e indicadores establecida en la escala de procrastinación, considerando puntuaciones, rangos y niveles establecidos para su calificación e interpretación.	Déficit de autorregulación de tareas  Postergación de actividades	Excusar lo no realizado Perder el tiempo Cumplir con reuniones Disgustar seguir pautas estrictas Descuidar tareas difíciles Distraerse fácilmente Cumplir decisiones  Aplazar tiempo de tareas Postergar toma de decisiones Postergar tarea por cansancio Postergar tarea por aburrimiento Postergar una tarea sin motivo	2 3, 10 5 8 11 12 13  1 4 6 7 9	Instrumento Escala de Procrastinación  Escala Ordinal  Niveles De 0 a 34: nivel bajo; entre 35 y 50: nivel medio; de 51 a más: nivel alto (Álvarez, 2010)



## **4.4 Hipótesis general y específicas**

### 4.4.1 Hipótesis general

Existe relación entre prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

### 4.4.2 Hipótesis específicas

#### Hipótesis específica 1

Existe relación entre prevalencia de la depresión cognitiva y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

#### Hipótesis específica 2

Existe relación entre prevalencia de la depresión física conductual y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

#### Hipótesis específica 3

Existe relación entre prevalencia de la depresión afectiva emocional y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

## **4.5 Población – Muestra**

### **4.5.1 Población**

La población es definida por Deza y Muñoz (2015), como el total de elementos que poseen características propias y comunes en un contexto

determinado. En este caso la población estuvo constituida por 100 pacientes no institucionalizados en calidad de ambulatorios que asistían al centro privado de salud mental (Fuente: Administración del Centro de Salud Privado).

#### **4.5.2 Muestra**

Respecto a la muestra, entendido como el subconjunto de la población que la representa y posee características propias y comunes con la población (Deza y Muñoz, 2015). En el caso del estudio, considerando el tamaño de la población, la investigación trabajó con toda ella, es decir se efectuó a través de un trabajo de censo, denominándose población censal. Ella es definida por Deza y Muñoz (2015), como aquella donde las unidades de análisis en un estudio son todos los sujetos. Es decir que en el estudio la participación era de todos los pacientes.

Por otro lado, considerando que el diseño fue transversal y con la finalidad de que las características de población censal fuera homogénea, se empleó la técnica de muestreo propositivo, definida por Kerlinger y Lee (2002), como aquella que escoge a los participantes en base a determinados criterios. En este caso los criterios fueron los siguientes:

Criterios de Inclusión:

Consentimiento informado: participación voluntaria en la investigación de parte de los pacientes

Presencial: estar presentes los pacientes al momento de la evaluación

Criterios de exclusión:

Consentimiento informado: no aceptar la participación en el estudio

Presencial: no estar presentes al momento de la evaluación.

Las características sociodemográficas de los participantes en la muestra fueron los siguientes:

La edad de los pacientes participantes de la muestra, donde 56% eran varones y 44% mujeres, en cuanto a sus edades, 52% tenían entre 25 y 30 años y otro grupo de 48% sus edades estaban entre los 31 y 35 años; referente al estado civil, 71% eran solteros, 25% casados, 3% divorciados y 1% viudo; referente a las personas con quienes vivían en la actualidad, 40% con los padres, 27% con la pareja, 15% con familiares, 15% de manera independiente y 3% con otras personas que no son familiares; en cuanto a la profesión de los participantes, 43% eran ingenieros y arquitectos, 17% psicólogos, 9% eran administradores, 9% abogados, 6% especialistas en marketing, 4% eran docentes, 3% contadores, 3% diseñadores gráficos, 2% médicos, 1% economistas, 1% asistentes de oficina, 1% técnicos, 1% era vendedor; en cuanto al tiempo laborando en la empresa, 71% tenía entre 1 y 5 años, 15% entre 6 y 10 años y 14% entre 11 y 15 años; respecto a la condición laboral, 58% era estable, 24% era contratado y 18% por servicios; y referente a las horas que trabaja mediante teletrabajo, 81% entre 1 y 8 horas y 19% más de 8 horas.

#### **4.6 Técnicas e Instrumentos: Validación y confiabilidad**

##### **4.6.1 Técnicas**

La técnica empleada para el estudio es la encuesta, referida por Deza y Muñoz (2015), como la forma en que un estudio recolecta la información de los sujetos de la muestra, referente al objeto estudiado. En este caso, se encuestó a los pacientes ambulatorios del centro de salud mental privado cuya característica en común es la de laborar bajo el sistema de teletrabajo. Para ello se administró los instrumentos que permitieron obtener la información sobre los constructos investigados.

##### **4.6.2 Instrumentos**

Los instrumentos empleados fueron los siguientes.

Variable 1: Depresión

## Instrumento 1

### **Ficha Técnica**

Nombre: Inventario de depresión de Beck II (BDI - II).

Autores: Beck, Robert, Steer y Brown.

Año: 1996

Adaptación en Perú en universitarios: Espinoza.

Año: 2016.

Adaptación en Perú en una muestra clínica: Barreda

Año: 2019

Administración: Colectiva e Individual.

Significación: Evaluar el nivel de Depresión.

Tiempo de aplicación: 10 minutos como máximo.

Aplicación: personas de 13 años en adelante.

Descripción: El inventario de Depresión Beck-(BDI-II). Es de uso auto aplicable de 21 ítems ha sido diseñado para evaluar el grado de la sintomatología depresiva de la persona en adultos y en el adolescente con una edad mínima de 13 años. En la escala, la persona tiene que elegir según el estado de ánimo del cual se encuentre en el último mes.

Está conformada por tres dimensiones, la primera denominada cognitiva, la cual está compuesta por los ítems 1, 2, 9 y 14; la segunda dimensión denominada física – conductual, integrada por los ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 y 13; la tercera dimensión es la denominada afectivo – emocional, compuesta por los ítems 11, 12 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21. La calificación es de tipo Likert y cada ítem responde a cuatro categorías de respuestas ordenadas que se codifican de 0 hasta 3; si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría de la puntuación más alta. El resultado es la suma de las respuestas de los 21 ítems, desde 0 a 63 puntos. La clasificación de los niveles es: 0 -19, depresión leve; 20-28, depresión moderada y 29 - 63, depresión grave (Barreda, 2019).

Validez: Las puntuaciones totales del BDI - II, obtenidas por Beck, Steer y Brown (1996), se observó una media de 22.45; Brenlla y Rodríguez (2006), en Argentina, la puntuación media fue de 22.20; Sanz y García (2013), en España, la puntuación media fue de 24.28; Barreda en Perú (2019), en Lima, en una muestra de 400 pacientes atendidos en un hospital de salud mental especializado, se observó puntuaciones que oscilaron entre 0 y 60; con una media de 22.08 y una desviación estándar de 12.28. Para la validez, Espinoza (2016) en Lima Sur en universitarios evaluó la validez de constructo de BDI - II a través de análisis factorial hallando tres factores que explican el 39% de la varianza total; Barreda (2019), obtuvo validez de contenido mediante juicio de expertos obteniendo V de Aiken de .99, siendo el 100% de los ítems válidos. Asimismo, obtuvo validez de constructo, mediante el test de adecuación muestral de Kaiser – Meyer -Olkin (KMO = .95) y la prueba de esfericidad de Bartlett (chi cuadrado = 3603.2,  $p < .001$ ), se aceptó el modelo factorial para los datos del BDI – II donde el valor es menor a .01 y tiene un porcentaje de 95.4% de aceptación.

Confiabilidad: Beck, Steer y Brown (1996), obtuvieron un alfa de .92; Sanz y García (2013), obtuvieron un alfa de Cronbach de .91; Brenlla y Rodríguez (2006), presentaron un valor de .88 de fiabilidad; Redondo (2015), obtuvo un alfa de .89 en la muestra clínica. Espinoza (2016), en Lima Sur, en una muestra de más de 1000 universitarios, reportó en la confiabilidad por consistencia interna coeficientes Alfa de Cronbach de 0.865 para el nivel general y coeficientes superiores a 0.60 para las 3 dimensiones que componen el inventario; Barreda (2019), la confiabilidad por consistencia interna obtenida fue de un alfa de Cronbach de .93, lo que evidenció una muy buena consistencia.

Variable 2: Procrastinación

Instrumento 2

**Ficha técnica:**

Nombre: Escala de procrastinación general

Autor: Busko (1998)

Adaptación: Álvarez (2010)

Significación: medir el nivel de procrastinación en general

Administración: Individual o colectiva.

Aplicación: adolescentes y adultos

Tiempo: 10 minutos.

Descripción: La Escala de procrastinación general construida por Busko (1998), consta de 13, ítems, originalmente se aplicó a 112 estudiantes universitarios adultos de la Universidad de Guelph, con el objetivo de evaluar la tendencia hacia la procrastinación de manera general. Por su parte Álvarez (2010), tradujo al español la escala y adaptó en Perú el instrumento en 235 estudiantes de secundaria en Lima Metropolitana.

La escala mide dos dimensiones, la primera denominada autorregulación de realización de tareas y actividades, conformada por los ítems 2, 3, 10, 5, 8, 11, 12 y 13; la segunda dimensión denominada, postergación de actividades, compuesta por los ítems 1, 4, 6, 7 y 9. La calificación, se puntúa a través de una escala de tipo Likert donde: Nunca = 1; Casi nunca = 2; A veces = 3; Casi siempre = 4; Siempre = 5. Siendo la puntuación mínima de 13 y máxima de 65. Para los niveles Álvarez (2010), estableció que las puntuaciones de 34 a menos indicaban nivel bajo, puntuaciones entre 35 y 50 corresponde a nivel medio y puntuaciones de 51 a más corresponde a nivel alto, implicando que a mayor puntuación, mayor procrastinación.

Confiabilidad y validez: Busko (1998), encontró validez de estructura interna ( $r = .87$ ) para la escala en general. Para la confiabilidad, reportó una consistencia interna mediante Alfa de Cronbach de .82 y los errores de medición, obtenidos alcanzaron valores de .191. Álvarez (2010), en Perú, en el proceso de adaptación, la validez de constructo, los se observó que la correlación ítems test - ítems fluctúan entre 0.26 y 0.65 estadísticamente significativos (mayores a .20), concluyéndose que todos los ítems son aceptados. Además, obtuvo mediante la medida de adecuación del

muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin un valor de 0.823, lo cual indicó que las variables tienen un adecuado potencial explicativo. En cuanto al test de esfericidad de Bartlett presenta, un valor que es significativo (Chi-cuadrado = 716.83  $p < .05$ ), lo cual corroboró que los coeficientes de correlación entre los ítems son lo suficientemente elevados. El análisis factorial efectuado a través del método de los componentes principales indicó la existencia de un solo factor que permite explicar el 30,99% de la varianza total, por tanto concluyó que la escala presenta validez de constructo. Respecto a la confiabilidad mediante Alfa de Cronbach obtenido para la escala en general fue de .87 siendo una muy buena confiabilidad.

#### **4.7 Recolección de datos**

Con la finalidad de recolectar los datos de las variables en estudio, para obtener la información respectiva se efectuaron las coordinaciones con la Directora del Centro de Salud Mental Privado, a fin de explicar acerca del trabajo de investigación y el manejo confidencial de los datos. Luego de la aceptación de parte de la institución de salud, se coordinaron fecha y hora de realización del trabajo de campo, siendo la misma directora, quien comunicó de manera virtual, mediante la plataforma zoom a los pacientes de la necesidad del consentimiento informado respecto a su participación. Luego de la aceptación y para efecto de la evaluación, se coordinó con los pacientes mediante Whatsapp el día, fecha y hora en la cual se contactaría para la administración de los instrumentos. Habiendo obtenido los datos, se efectuó el tratamiento estadístico respectivo.

#### **4.8 Técnicas de análisis e interpretación de datos**

En primera instancia se efectuó el análisis descriptivo, de base porcentual, teniendo en cuenta, niveles y rangos comprendidos en cada instrumento. En una segunda fase, se realizó la interpretación de los datos de manera

inferencial. Para lo cual, se obtuvo primero el coeficiente de Bondad y Ajuste de Kolgomorov - Smirnov, permitiendo la toma de decisión respecto al estadístico matemático a emplear para la correlación. La distribución encontrada fue normal, equivaliendo a que el nivel de significatividad obtenido fue mayor a .05 empleándose el estadístico paramétrico como *r* de Pearson. Considerando ello, se procedió a efectuar el tratamiento estadístico con la finalidad de comprobar las hipótesis planteadas en el estudio. Para efecto de la interpretación de la correlación se empleó la siguiente tabla.

*Tabla 1*

*Interpretación de los índices de correlación de *r* de Pearson / Rho de Spearman*

Puntuación	Denominación del grado
-0.91 a -1.00	Correlación negativa perfecta (a mayor X menor Y)
-0.76 a -0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.51 a -0.75	Correlación negativa considerable
-0.26 a -0.50	Correlación negativa media
-0.11 a -0.25	Correlación negativa débil
-0.01 a -0.10	Correlación negativa muy débil
0.000	No existe Correlación alguna entre la variable
+0.01 a +0.10	Correlación positiva muy débil
+0.11 a +0.25	Correlación positiva débil
+0.26 a +0.50	Correlación positiva media
+0.51 a +0.75	Correlación positiva considerable
+0.76 a +0.90	Correlación positiva muy fuerte
+0.91 a +1.00	Correlación positiva perfecta ( a mayor X mayor Y)

Fuente: Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 305). Metodología de la investigación científica.

## **CAPITULO V: RESULTADOS**

### **4.1 Presentación de resultados**

A continuación se presentan los resultados obtenidos.

Tabla 2



## Prueba de normalidad

### Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Depresión	Procrastinación
N		100	100
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	10,3200	34,6500
	Desviación estándar	8,43020	7,48112
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,143	,125
	Positivo	,143	,125
	Negativo	-,110	-,067
Estadístico de prueba		,143	,125
Sig. asintótica (bilateral)		,200 <sup>c</sup>	,201 <sup>c</sup>

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

La tabla 2, muestra la existencia de una distribución normal, considerando que el nivel de significatividad mostrado fue mayor a .05, por tanto ello permitió tomar la decisión de emplear el estadístico paramétrico *r* de Pearson.

#### 4.1 Interpretación de resultados

Tabla 3

*Nivel de prevalencia de la depresión que presentaron los pacientes ambulatorios participantes de la muestra*

Nivel	N	%
Grave	2	2.00%
Moderada	12	12.00%
Leve	86	86.00%

Total	100	100.00%
-------	-----	---------

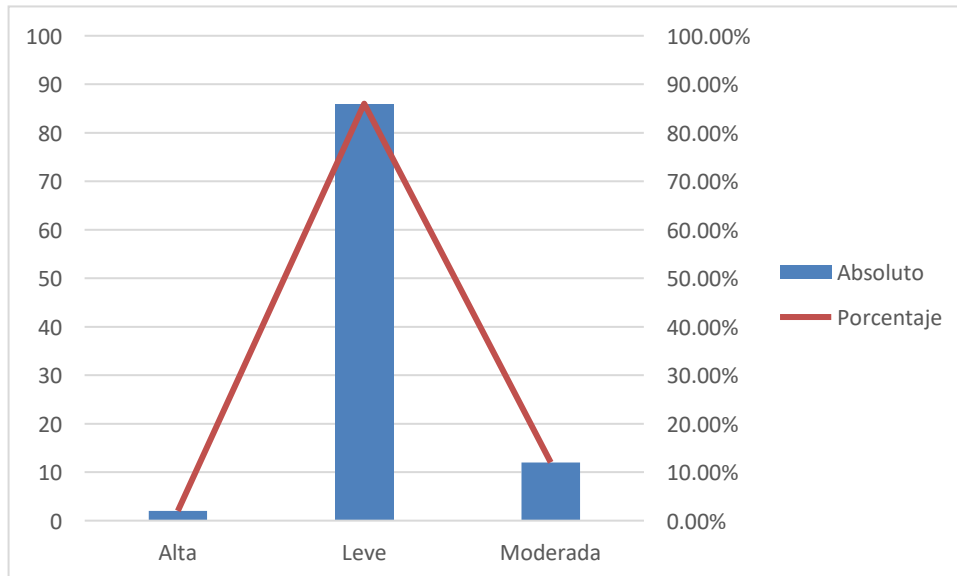


Figura 1. Nivel de prevalencia de la depresión que presentaron los pacientes ambulatorios participantes de la muestra

**Análisis e interpretación:** la tabla 3, muestra respecto al nivel de prevalencia de la depresión, que 86% de los pacientes participantes presentaron prevalencia de depresión leve, 12% depresión moderada y 2% depresión grave.

Tabla 4

Nivel de procrastinación que presentaron los pacientes ambulatorios participantes de la muestra

Niveles	N	%
Alto	2	2.00
Medio	39	39.00
Bajo	59	59.00

Total	100	100.00
-------	-----	--------

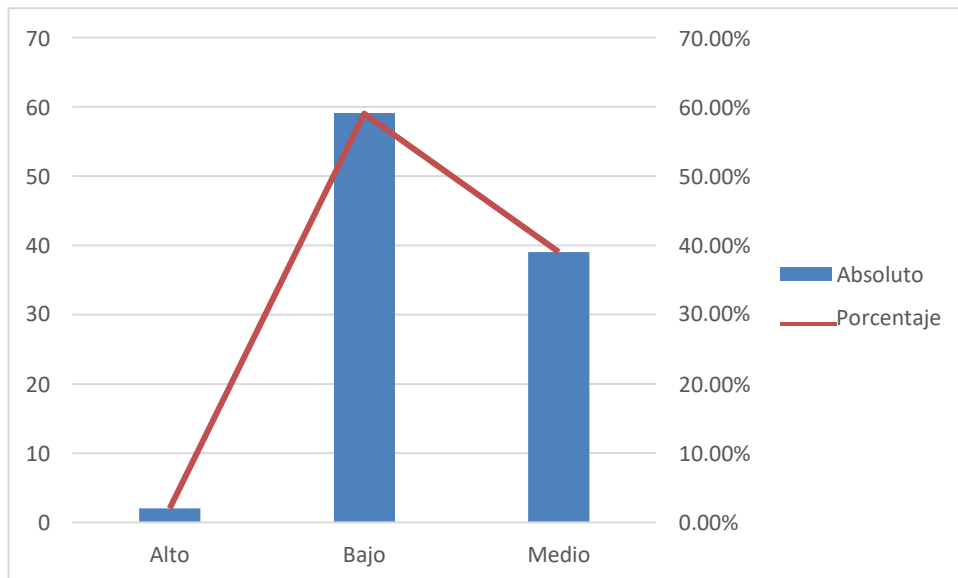


Figura 2. Nivel de procrastinación que presentaron los pacientes ambulatorios participantes de la muestra

**Análisis e interpretación:** la tabla 4 muestra en referencia a la procrastinación que 59% se orientó hacia nivel bajo, 39% hacia nivel medio y 2% a nivel alto.

## CAPITULO VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Análisis de los resultados

A continuación se presentan los resultados estadísticos mediante tablas, respecto a la correlación obtenida entre prevalencia a la depresión y procrastinación, como entre las dimensiones depresión cognitiva, física conductual y afectivo emocional con la procrastinación, con la finalidad de comprobar las hipótesis planteadas en el estudio.

## Comprobación de hipótesis

### Hipótesis general

H<sub>G</sub>.- Existe relación entre prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

H<sub>0</sub>.- No existe relación entre prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

Tabla 5

*Relación entre prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.*

<b>Correlaciones</b>			
		Depresión	Procrastinación
Depresión	Correlación de Pearson	1	,530**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
Procrastinación	Correlación de Pearson	,530**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

\*\*.

### Interpretación

La tabla 5 muestra la existencia de relación positiva o directa, considerable y significativa entre la prevalencia a la depresión en general y la procrastinación en general en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020 ( $r = .530^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ).

## **Contrastación de hipótesis**

### **Nivel de significación**

Nivel de significación:  $\alpha = .01$

Correspondiente a un nivel de significatividad de 99%

Estadístico de prueba

r de Pearson

### **Regla de decisión**

Región crítica

Si el p valor es  $< \alpha .01$ , se acepta la hipótesis

Si el p valor es  $> \alpha .01$ , se rechaza la hipótesis

Acorde a los hallazgos, la correlación obtenida  $r = .530^{**}$  p valor  $.000 < .01$ , indicó la existencia de correlación positiva, considerable y significativa entre la prevalencia a la depresión en general y la procrastinación en general en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020. Por tanto, al ser el nivel de significatividad encontrado menor a  $.01$ , es posible comprobar la hipótesis, aceptando la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula.

## **Hipótesis Específicas**

### **Hipótesis específica 1**

H<sub>1</sub>.- Existe relación entre prevalencia de la depresión cognitiva y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

H<sub>0</sub>.- No existe relación entre prevalencia de la depresión cognitiva y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

Tabla 6

*Relación entre prevalencia de la depresión cognitiva y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.*

		<b>Correlaciones</b>	
		Depresión cognitiva	Procrastinación
Depresión cognitiva	Correlación de Pearson	1	,466**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
Procrastinación	Correlación de Pearson	,466**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

### **Interpretación**

La tabla 6 muestra la existencia de relación positiva o directa, media y significativa entre la prevalencia a la depresión cognitiva y la procrastinación en general en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020 ( $r = .466^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ).

### **Contrastación de hipótesis**

#### **Nivel de significación**

Nivel de significación:  $\alpha = .01$

Correspondiente a un nivel de significatividad de 99%

Estadístico de prueba

r de Pearson

#### **Regla de decisión**

Región crítica

Si el p valor es  $< \alpha$  .01, se acepta la hipótesis

Si el p valor es  $> \alpha$  .01, se rechaza la hipótesis

Acorde a los hallazgos, la correlación obtenida  $r = .466^{**}$  p valor  $.000 < .01$ , indicó la existencia de correlación positiva, media y significativa entre la prevalencia a la depresión cognitiva y la procrastinación en general en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020. Por tanto, al ser el nivel de significatividad encontrado menor a  $.01$ , es posible

comprobar la hipótesis específica 1, aceptando la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula.

### **Hipótesis específica 2**

H<sub>2</sub>- Existe relación entre prevalencia de la depresión física conductual y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

H<sub>0</sub>- No existe relación significativa entre prevalencia de la depresión física conductual y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

Tabla 7

*Relación significativa entre prevalencia de la depresión física conductual y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020*

<b>Correlaciones</b>			
		Depresión física	
		conductual	Procrastinación
Depresión física conductual	Correlación de Pearson	1	,518**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
Procrastinación	Correlación de Pearson	,518**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

### **Interpretación**

La tabla 7 muestra la existencia de relación positiva o directa, considerable y significativa entre la prevalencia a la depresión física conductual y la procrastinación en general en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020 ( $r = .518^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ).

### **Contrastación de hipótesis**

#### **Nivel de significación**

Nivel de significación:  $\alpha = .01$

Correspondiente a un nivel de significatividad de 99%

Estadístico de prueba  
r de Pearson

### Regla de decisión

Región crítica

Si el p valor es  $< \alpha .01$ , se acepta la hipótesis

Si el p valor es  $> \alpha .01$ , se rechaza la hipótesis

Acorde a los hallazgos, la correlación obtenida  $r = .518^{**}$  p valor  $.000 < .01$ , indicó la existencia de correlación positiva, considerable y significativa entre la prevalencia a la depresión física conductual y la procrastinación en general en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020. Por tanto, al ser el nivel de significatividad encontrado menor a  $.01$ , es posible comprobar la hipótesis específica 2, aceptando la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula.

### Hipótesis específica 3

H<sub>3</sub>.- Existe relación entre prevalencia de la depresión afectiva emocional y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

H<sub>0</sub>.- No existe relación entre prevalencia de la depresión afectiva emocional y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.

Tabla 8

*Relación entre prevalencia de la depresión afectiva emocional y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.*

Correlaciones			
		Depresión afectiva emocional	
		Procrastinación	
Depresión afectiva emocional	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1	,471** ,000



	N	100	100
Procrastinación	Correlación de Pearson	,471**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

### **Interpretación**

La tabla 8 muestra la existencia de relación positiva o directa, media y significativa entre la prevalencia a la depresión afectiva emocional y la procrastinación en general en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020 ( $r = .471^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ).

### **Contrastación de hipótesis**

#### **Nivel de significación**

Nivel de significación:  $\alpha = .01$

Correspondiente a un nivel de significatividad de 99%

Estadístico de prueba

r de Pearson

#### **Regla de decisión**

Región crítica

Si el p valor es  $< a .01$ , se acepta la hipótesis

Si el p valor es  $> a .01$ , se rechaza la hipótesis

Acorde a los hallazgos, la correlación obtenida  $r = .471^{**}$  p valor  $.000 < .01$ , indicó la existencia de correlación positiva, media y significativa entre la prevalencia a la depresión afectiva emocional y la procrastinación en general en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020. Por tanto, al ser el nivel de significatividad encontrado menor a  $.01$ , es posible comprobar la hipótesis específica 3, aceptando la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula.

## **6.2 Comparación de resultados con antecedentes**

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la prevalencia de la depresión y la procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto

del teletrabajo, Lima 2020. Los hallazgos demostraron que 86% de los pacientes participantes presentaron nivel de prevalencia de depresión leve, 12% moderada y 2% grave, indicando la prevalencia de depresión en este grupo. Caracterizándose el grupo por presentar un trastorno emocional de base cognitiva, expresado en la disminución de la valía y valorización personal, generados por pensamientos negativos y de dependencia, alterando su sistema de vida cotidiano (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1996, citados en Carranza, 2012; Robert y Lamontegne, 2015; Salmuri y Skoknic, 2015; Sanz y Vázquez, 2017; Álvarez, 2016; Beck (2010, citado en Espinoza, 2016)

Los resultados del estudio, coinciden con los hallazgos de Borges (2018), en Venezuela, quien encontró en pacientes de atención primaria en ambientes hospitalarios que solo un 10.6% presentó prevalencia de depresión mayor y el 84% depresión leve. De la misma forma, coincide con los resultados de Da Silva, López, Susser y Menezes (2016), en Brasil, quienes hallaron prevalencia de depresión leve en personal de salud comunitario. Incluso con el estudio realizado por Villagómez, Gómez y Rosales (2015), en México, donde en los pacientes con hemodiálisis prevalecía depresión leve en mayor porcentaje. Diferiendo de los hallazgos de Londoño y Gonzales (2016), en Colombia con hombres, quien indicó la prevalencia de riesgo suicida a niveles altos, aspecto no contemplado en los resultados del presente estudio.

Mientras que en la variable procrastinación, 59% presentaron nivel bajo, 39% medio y 2% alto, caracterizándose este grupo por presentar actitudes irracionales y disfuncional de postergación de tareas y actividades, bajo un déficit de autocontrol voluntario que demuestra un desenvolvimiento personal inadecuado, trayendo como consecuencia malestar percibido (Busko, 1998; Chan, 2011; Steel y Klingsieck, 2016, citado en Barraza y Barraza, 2018; Moreta y Durán, 2018; Balkis y Duru, 2017; Terada, 2017; Domínguez, 2016; Álvarez, 2010, citado en Domínguez y Campos, 2017).

Los resultados anteriormente expuestos, no coinciden con los de Inga (2018), donde los trabajadores presentaron alto nivel de procrastinación.

Respecto a la hipótesis general, se encontró existencia de relación positiva o directa, considerable y significativa entre la prevalencia a la depresión en general y la procrastinación en general en los pacientes ambulatorios participantes ( $r = .530^{**}$   $p$  valor  $.000 < .01$ ), los hallazgos indicaron que a menor depresión, menor procrastinación, estableciéndose la predictibilidad de la depresión respecto a la procrastinación. Estos resultados en cuanto a la predictibilidad de la depresión, coinciden con los de Gherardi, Cardoso, Bastos, de Souza y Reisdorfer (2015), en Brasil, con profesionales de enfermería, donde los altos síntomas depresivos estaban fuertemente asociados a un alto estrés, aspecto que se suscitó en la presente investigación, donde la asociación entre prevalencia de depresión leve y procrastinación baja, pese a que su incidencia fue moderada.

Sin embargo, no coinciden con el estudio de Inga (2018), donde la procrastinación se torna en una variable predictiva respecto a la insatisfacción laboral en personal operativo de una empresa manufacturera, aspecto que en el presente estudio, pese a la presión ejercido por la empresa en los participantes que laboraban bajo la modalidad de teletrabajo, no se ha observado insatisfacción por su trabajo en la problemática presentada, observándose por el contrario un nivel de procrastinación baja. De igual forma, dista mucho de los hallazgos de Huachos y Veli (2018), quienes hallaron baja incidencia de la depresión respecto al burnout en trabajadores de una universidad, mientras que en este estudio la prevalencia de la depresión incide moderadamente sobre la procrastinación. Por otro lado, si bien en este grupo la prevalencia de depresión moderada direcciona la procrastinación, el estrés asume mayor incidencia sobre la procrastinación, como lo demostró Córdova (2018), en el estudio con universitarios, así como la personalidad proactiva lo hace con la procrastinación en colaboradores de una empresa de Call Center demostrado por Espinoza (2018) y con el compromiso organizacional en

personal docente y administrativo de una institución educativa, evidenciado por Soto (2017).

En relación a la hipótesis específica 1, se evidenció existencia de relación positiva o directa, media y significativa entre la prevalencia a la depresión cognitiva y la procrastinación en general en los pacientes ( $r = .466^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ). Los resultados evidencian la incidencia de los síntomas de tristeza, pesimismo, y desvalorización (Barreda, 2019), sobre el déficit de autorregulación de tareas y la postergación de actividades (Álvarez, 2010).

En cuanto a la hipótesis específica 2, se observó existencia de relación positiva o directa, considerable y significativa entre la prevalencia a la depresión física conductual y la procrastinación en general en los pacientes ( $r = .518^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ). Demostrándose que conductas de indecisión, autocrítica, sentimiento de culpa, fracaso, disconformidad consigo mismo, sentimiento de castigo, pérdida de placer y llanto (Barreda, 2019), activan la autorregulación negativa de tareas y postergación de actividades (Álvarez, 2010).

En referencia a la hipótesis específica 3, se halló existencia de relación positiva o directa, media y significativa entre la prevalencia a la depresión afectiva emocional y la procrastinación en general en los participantes ( $r = .471^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ). Donde la presencia de síntomas de agitación, pérdida de interés, pérdida de energía, cambios de hábitos y sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio y pérdida de interés en el sexo (Barreda, 2019), generan la procrastinación. (Álvarez, 2010).

Finalmente, es necesario establecer en función a los hallazgos la prevalencia de depresión en el grupo de pacientes, suscitándose cambios en la forma de procesar información, generando distorsiones cognitivas (Beck, 1979; Clapier, 2014; Peralta, 2017), tornándose en una variable predictiva de la procrastinación, en la medida que incide y afecta de alguna forma la autorregulación de tareas y promueve la postergación de

actividades, generando un déficit en el pensamiento, motivación y de comportamientos en las personas para tomar la decisión de cumplir de manera regular o no concluir con su trabajo remoto (Domínguez y Campos, 2017; Chacaltana, 2018). Lo expuesto corrobora lo que la literatura académica y los autores señalan.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **Conclusiones**

Se determinó la existencia de relación positiva, considerable y significativa entre la prevalencia a la depresión y la procrastinación ( $r = .530^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ), en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020, indicando que a menor depresión, menor procrastinación.

Se logró determinar la existencia de relación positiva, media y significativa entre la prevalencia a la depresión cognitiva y la procrastinación ( $r = .466^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ), en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020, indicando que a menor depresión cognitiva, menor procrastinación.

Se determinó la existencia de relación positiva, considerable y significativa entre la prevalencia a la depresión física conductual y la procrastinación ( $r = .518^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ), en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020, indicando que a menor depresión física conductual, menor procrastinación.

Se pudo determinar la existencia de relación positiva, media y significativa entre la prevalencia a la depresión afectiva emocional y la procrastinación ( $r = .471^{**}$  p valor  $.000 < .01$ ), en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020, indicando que a menor depresión afectiva emocional, menor procrastinación.

Recomendaciones

## **Recomendaciones**

En base a los resultados se recomienda realizar seguimiento especializado a todos los pacientes, considerando la prevalencia de

depresión existente, principalmente aquellos que presentan nivel moderado y alto, con la finalidad de apoyar el proceso psicoterapéutico, que están recibiendo en la actualidad por los profesionales especialistas de salud mental de la institución.

Teniendo en cuenta que los pacientes están involucrados con la tecnología mediante la labor diaria que realizan para la empresa, sería conveniente elaborar y aplicar un programa mixto, de tipo semipresencial, por un lado participando presencialmente en talleres de apoyo para el manejo de la depresión; por otro, mediante las herramientas del e – Health y la psicoeducación, elaborar un programa permanente de intervención que apoye con psicología positiva, y otras terapias alternativas el proceso de mejora de los pacientes, realizando un acompañamiento eficaz.

Además, debido al confinamiento y que la comunicación por la pandemia se ha tornado virtual, se recomienda que la institución de salud mental, mediante su página web, elabore su propio programa e – Health empleando plataforma virtual de psico atención y psicoeducación, así como un protocolo del mismo, a fin de establecer en que momentos debe ser utilizado en el proceso terapéutico. Ello debe efectuarse previa validación, como opción disponible para casos de personas que presenten sintomatología de prevalencia de depresión, así como los efectos negativos en otros aspectos como la procrastinación.

Respecto a la procrastinación, se requiere implementar charlas informativas a los pacientes acerca de las causas, modo de presentación y la forma en que afecta el desempeño laboral y otras actividades que realizan, así como la dinámica familiar.

Capacitar al personal de salud mental de la institución en el programa e – Health, llevándolos hacia una actualización en el trabajo de salud mental empleando como herramienta la tecnología, sea por

computadora o por celular. La utilidad de ello, permitirá reducir la brecha de atención, seguimiento y acompañamiento en salud mental, así como de consejería hacia los familiares de los pacientes, en el caso de la depresión y los efectos negativos sobre la procrastinación.

Elaborar programas psicoeducativos virtuales de charlas preventivas promocionales de parte de la institución de salud mental, en la temática de depresión y procrastinación dirigidos a la comunidad en general, proporcionando información especializada, actualizada, solucionando con ello limitaciones de atención y educación en salud mental.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Álvarez, O. (2010). *Procrastinación general y académica en una muestra de estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana*. Recuperado de [http://www.redalyc.org/pdf/1471/Resumenes/Resumen\\_147118212009\\_1-pdf](http://www.redalyc.org/pdf/1471/Resumenes/Resumen_147118212009_1-pdf)



- Álvarez, G. (2016). *Depresión escolar*. España: Fundamentos
- Ansoleaga, E., y Miranda, G. (2014). Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación. *Revista Costarricense de Psicología* 33 (1) pp. 1-14. Recuperado de: <http://www.revistacostarricensedepsicologia.com>
- Aranibar, A. (2016). *Mejoramiento de la productividad y minimización de costos de la consultoría informática mediante el modelo de teletrabajo*. Tesis Licenciatura. Universidad San Ignacio de Loyola. Lima.
- Asociación de Psicología Americana. (2014). *Manual de diagnóstico y estadísticas de desórdenes mentales*. Washington: APA.
- Balkis, M., y Duru, E. (2017). Gender differences in the relationship between academic procrastination, satisfaction with academic life and academic performance. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* 15 (1) pp. 105-125. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293150349004>
- Barbisch D., Koenig K., y Shih F. (2015). Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Med Public Health* 9 (5) pp 547–53.
- Barraza, A., y Barraza, S. (2018). Evidencias de validez y confiabilidad de la escala de procrastinación académica en una población estudiantil mexicana. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales* 9 (1) pp 75-99. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v9n1/2007-1833-rpcc-9-01-75.pdf>
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología* 22 (1) pp. 39 – 52. Recuperado de: DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Beck, J. (1979). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Fontanella.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (1996). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclee de Brower S.A Recuperado de: [https://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_5847338ec8c7c.pdf](https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847338ec8c7c.pdf)

- Beck, A. T. (2010). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165 (8) pp 969-977. Recuperado de: Doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721
- Boeree, G. (2016). *Teóricos de la personalidad*. México: Fondo de Cultura Económica
- Borges, T. (2018). *Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Busko, D. (1998). *Causes and consequences of perfectionism and procrastination: a structural equation model* (Tesis de maestría inédita). University of Guelph. Guelph, Ontario. Recuperada de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.456.4450&rep=rep1&type=pdf>
- Carranza, R. (2012), Depresión y características sociodemográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista Apuntes Universitarios Universidad Peruana Unión* 2 (2) pp 79 – 90.
- Clapier, S. (2014). *Teorías de la personalidad*. España: Paidotribo.
- Clínica y Salud (2020). *La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España*. Recuperado de: DOI: 10.5093/clysa2020a11
- Córdova, C. (2018). *Procrastinación y estrés académico en estudiantes de la Universidad Nacional de Ingeniería*. Tesis Licenciatura. Universidad Peruana Unión. Lima.
- Chacaltana, K. (2018). *Procrastinación académica, adaptación universitaria y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de psicología – Ica*. Tesis Maestría. Universidad Femenina Sagrado Corazón. Lima
- Chan, L. (2011). Procrastinación académica como predictor en el rendimiento académico en jóvenes de educación superior. *Revista temática psicológica-UNIFE* 7 (1) pp. 53- 62. Recuperado de: [http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revista\\_tematica\\_psicologia\\_2011/chan\\_bazalar.pdf](http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revista_tematica_psicologia_2011/chan_bazalar.pdf)
- Da Silva, A., Lopes, C., Susser, E., y Menezes, P. (2016). Depresión relacionada con el trabajo en personal de equipos de atención

- primaria en Brasil. *Am J Public Health* 106 pp 1990–1997.  
Recuperado de: Doi:10.2105/AJPH.2016.303342
- Deza, J., y Muñoz, S. (2015). *Metodología de investigación científica*. Lima: Fondo Editorial Universidad Alas Peruanas.
- Domínguez, S. (2016). Datos normativos de la escala de procrastinación en estudiantes de psicología de Lima. *Evaluar* 16 pp 20 – 30.  
Recuperado de: DOI: 10.35670/1667-4545.v16.n1.15715
- Domínguez, S., y Campos, Y. (2017). Influencia de la satisfacción con los estudios sobre la procrastinación académica en estudiantes de psicología: un estudio preliminar. *Liberabit*, 23 (1), 123-135.  
Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272017000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100010)
- Espinoza, S. (2018). *Personalidad proactiva y procrastinación laboral en colaboradores del área de recursos humanos en una empresa de Contact Center del Cercado de Lima*. Tesis Licenciatura. Universidad Cesar Vallejo. Lima.
- Espinoza, A. (2016). *Estandarización y propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck (BDI-II) en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur*. Tesis Licenciatura). Universidad Autónoma del Perú. Lima.
- Fresno, C. (2019). *Metodología de la investigación*. Argentina: El Cid Editor.
- Fundación Femeba (2015). Los efectos psicológicos de poner en cuarentena a una ciudad Recuperado de:  
<https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/los-efectos-psicologicos-de-poner-en-cuarentena-a-una-ciudad-47518>
- Gherardi, E., Cardoso, L., Bastos, C., De Souza, S., y Reisdorfer, E. (2015). Asociación entre depresión y estrés laboral en profesionales de enfermería de nivel medio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 23 (4) pp 733-740.  
Recuperado de:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es\\_0104-1169rlae-2/3-04-00733.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es_0104-1169rlae-2/3-04-00733.pdf).
- Gil, P. (2016). *Situación actual y perspectiva en el estudio de la psicología de la salud ocupacional*. Madrid: Pearson Educación.

- Ho, C., Chee, Y., y Ho, R. (2020). Mental health strategies to combat the psychological Impact of COVID-1. *Ann Acad Med Singapore*. 49 (1) pp1-3.
- Huachos, A., y Veli, R. (2018). Síndrome de burnout y depresión en trabajadores de la Universidad Nacional del Centro del Perú. *Horizonte de la Ciencia* 10 (18). Recuperado de: DOI <https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2020.18.408>
- Inga, D. (2018). *Procrastinación y satisfacción laboral en personal operativo de una empresa manufacturera peruana*. Tesis Licenciatura. Universidad San Ignacio de Loyola. Lima.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. México: MC Graw Hill.
- La Guía Go (2020). Los efectos psicológicos observados en las cuarentenas. Recuperado de: <https://www.laquiago.com/espana/los-efectos-psicologicos-observados-en-las-cuarentenas-segun-este-estudio-de-the-lancet>
- Londoño, C., y González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología* 19 2 pp. 315-329. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79847072013>
- López, J. (2016). *Procrastinación: Por qué dejamos para mañana lo que podemos hacer hoy*. Barcelona: Grao.
- Martínez, J. (2016). *Pandemias y bioamenazas globales del siglo XXI*. Disponible en: [http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano\\_es/contenido?WCM\\_GLOBAL\\_CONTEXT=/elcano/elcano\\_es/zonas\\_es/ari42-2016-martinezhernandez-pandemias-bioamenazas-globales-siglo-21](http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari42-2016-martinezhernandez-pandemias-bioamenazas-globales-siglo-21)
- Ministerio de Salud. (2020). *Cuidado de la salud mental de la población afectada familias y comunidad en el contexto del Covid 19*. Lima: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Trabajo Promoción Social y Empleo. (2020). *Consecuencias laborales de la pandemia*. Lima: MTPE.

- Moreta, R., y Durán, T. (2018). Propiedades psicométricas de la escala de procrastinación académica en estudiantes de psicología de Ambato, Ecuador. *Salud y Sociedad* 9 (3) pp 236-247. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6755345>
- Natividad, L. (2014). *Análisis de la procrastinación en estudiantes universitarios*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia. Valencia. Recuperado de: <http://roderic.uv.es/handle/10550/37168>
- Núñez, J., y Saire, C. (2015). *Funcionamiento familiar y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima Este*. Tesis Licenciatura. Universidad Peruana Unión. Lima.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). ¿Qué es una pandemia? Recuperado de: [https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/es/](https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/)
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *WHO AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS.
- Peralta, C. (2017). *Aspectos psicométricos de la escala de autoevaluación para la depresión en pacientes de Neurología y Cardiología en un Hospital Público del distrito de Ventanilla*. Tesis Licenciatura. Universidad Cesar Vallejo. Lima.
- Phares, E. (2017). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno
- Piña, L. (2020). El COVID 19: impacto psicológico en los seres humanos. *Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud* 4 (7) p 188.
- Robert, S. y Lamontegne, Y. (2015). *Depresión: principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. Madrid: Debate.
- Salas, L. (2016). *Psicología teorías contemporáneas*. España: Pearson.
- Salmuri, F. y Skoknic, V. (2015). *Efectos conductuales de la educación emocional en alumnos de educación básica*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Sanz, J., y Vásquez, C. (2017). *Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck en pacientes con trastornos psicológicos*. Madrid: TEA.

- Sánchez, H., y Reyes, C. (2015). *Metodología de la investigación*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Sandín, B., Valiente, R., García, J., y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 25 (1) pp. 1-22.
- Schiller, R. (2015). *Psicofarmacología de la depresión*. México: Manual Moderno.
- Skinner, B. (1986). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella.
- Smith, R., Sarason, I., y Sarason, B. (2017). *Enciclopedia de psicología*. México: Mc Graw Hill.
- Smith, L. (2015). *Personalidad y procrastinación*. México: Trillas.
- Soto, S. (2017). *Procrastinación laboral y compromiso organizacional en personal docente y administrativo de dos organizaciones educativas del Callao*. Tesis Licenciatura. Universidad Cesar Vallejo. Recuperado de: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11337/Soto\\_SS\\_G.pdf?sequence=](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11337/Soto_SS_G.pdf?sequence=)
- Terada, M. (2017). Effect of individual differences in construal level on procrastination: moderating role of intelligence theories. *Psychology* 8 pp 517-525. Recuperado de: <https://doi.org/10.4236/psych.2017.84032>
- Villagómez, L., Gómez S. y Rosales L. (2015). Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México. *Revista El Sevier* 35 (3). Recuperado de: DOI: 10.1016/j.dialis.2014.02.001
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, y Ho, C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *J Environ Res Public Health* 17 (5).



# ANEXOS



**Anexo 01: Matriz de consistencia**

**Título: Prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.**

**Investigadora: Eugenia Mejía Calle**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Qué relación existe entre prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar la relación que existe entre prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p>Existe relación significativa entre prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.</p>	<p><b>Variable 1</b></p> <p>Depresión</p> <p><b><u>Dimensiones</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognitiva</li> <li>- Física</li> <li>- Conductual</li> <li>- Afectivo</li> <li>- Emocional</li> </ul> <p><b>Variable 2</b></p> <p>Procrastinación</p> <p><b><u>Dimensiones</u></b></p>	<p><b>Tipo de investigación</b></p> <p>Básica</p> <p><b>Diseño de Investigación</b></p> <p>No experimental, transversal, correlacional</p> <p><b>Población</b></p> <p>100 pacientes</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>100 pacientes (muestreo censal)</p>
<p><b>Problemas específicos</b></p>	<p><b>Objetivo específicos</b></p>	<p><b>Hipótesis específicas</b></p>		

<p>¿Qué relación existe entre prevalencia de la depresión cognitiva y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020?</p> <p>¿Qué relación existe entre prevalencia de la depresión física conductual y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020?</p> <p>¿Qué relación existe entre prevalencia de la</p>	<p>Determinar la relación que existe entre prevalencia de la depresión cognitiva y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.</p> <p>Determinar la relación que existe entre prevalencia de la depresión física conductual y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.</p>	<p>Existe relación significativa entre prevalencia de la depresión cognitiva y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.</p> <p>Existe relación significativa entre prevalencia de la depresión física conductual y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorregulación de tareas</li> <li>- Postergación de actividades</li> </ul>	<p><b>Técnicas de recolección de datos</b></p> <p>Encuesta</p> <p><b>Instrumentos</b></p> <p><b>Inventario de depresión de Beck</b> (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 1979), adaptada a Lima Metropolitana por Carranza, 2013; adaptada a Lima Sur por Estrada, 2016; adaptada a pacientes ambulatorios por Barreda, 2019.</p> <p><b>Escala de procrastinación</b> (Busko,</p>
---	---	---	--	--

<p>depresión afectiva emocional y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020?</p>	<p>Determinar la relación que existe entre prevalencia de la depresión afectiva emocional y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.</p>	<p>Existe relación significativa entre prevalencia de la depresión afectiva emocional y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020.</p>		<p>1998), adaptada a Lima por Álvarez, 2010.</p> <p><b>Técnicas de análisis e interpretación de datos</b></p> <p>Estadística descriptiva de base porcentual para ubicar niveles de prevalencia en la depresión y niveles de procrastinación.</p> <p>Estadística inferencial en primera instancia para obtener índice de bondad – ajuste de Kolmogorov Smirnov para la toma de decisión respecto al estadístico paramétrico o</p>
--	--	--	--	--

				no paramétrico a emplear para la correlación.
--	--	--	--	---

### Anexo 02: Matriz de Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Depresión	Es un trastorno emocional de base cognitiva alterado, expresado en tristeza, pesimismo, pensamientos suicidas y desvalorización, influenciando en aspectos físico conductuales mostrados a través de la indecisión, autocrítica, sentimiento de culpa, fracaso, disconformidad con uno mismo, sentimiento de castigo, pérdida de placer y llanto, que afecta la esfera afectivo emocional, manifestado en situaciones de agitación, pérdida de interés, pérdida de energía, cambios de hábitos y sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio, pérdida de interés en el sexo, expresados en el medio ambiente (Beck, 1996, citado en Espinoza, 2016).	Es la medición de dimensiones e indicadores establecida en el inventario de depresión de Beck II, considerando puntuaciones, rangos y niveles establecidos para su calificación e interpretación.	Cognitiva	Tristeza Pesimismo Pensamientos suicidas Desvalorización	1 2 9 14	<b>Instrumento</b> Inventario de depresión de Beck II  <b>Escala</b> Escala ordinal  <b>Niveles</b> 0 -19, depresión leve; 20-28, depresión moderada y 29 - 63, depresión grave (Barreda, 2019).
			Física conductual	Indecisión Autocrítica Sentimiento de culpa Fracaso Disconformidad con uno mismo Sentimiento de castigo Pérdida de placer y llanto	13 8 5 3 7 6 4,10	
			Afectivo emocional	Agitación Pérdida de interés Pérdida de energía Cambios de hábitos y sueño	11 12 15 16	

				Irritabilidad	17	
				Cambios de	18	
				apetito		
				Dificultad de	19	
				concentración		
				Cansancio	20	
				Pérdida de	21	
				interés en el		
				sexo		

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Procrastinación	Es aquella tendencia irracional que activa el grado de autorregulación y control de pensamientos, motivaciones, expresados en comportamientos de descuido, pérdida de tiempo, incumplimiento de compromisos y decisiones, disgusto por seguir pautas, descuidar tareas y distraerse con facilidad; así como el grado de postergación para realizar actividades manifiestas	Es la medición de dimensiones e indicadores establecida en la escala de procrastinación, considerando puntuaciones, rangos y niveles establecidos para su calificación e interpretación.	Déficit de autorregulación de tareas	Excusar lo no realizado Perder el tiempo Cumplir con reuniones Disgustar seguir pautas estrictas Descuidar tareas difíciles Distraerse fácilmente	2 3, 10 5 8 11 12 13	<b>Instrumento</b> Escala de Procrastinación  <b>Escala</b> Ordinal  <b>Niveles</b> De 34 a menos: nivel bajo; entre 35 y 50: nivel medio; de 51 a más: nivel alto (Álvarez, 2010)

	<p>como aplazar tiempo de tareas, toma de decisiones, tareas por cansancio, por aburrimiento o sin motivo reemplazando por actividades más placenteras o que no significan mucho esfuerzo, caracterizando su desenvolvimiento y desempeño personal (Álvarez, 2010, citado en Domínguez y Campos, 2017).</p>		<p>Postergación de actividades</p>	<p>Cumplir decisiones Aplazar tiempo de tareas Postergar toma de decisiones Postergar tarea por cansancio Postergar tarea por aburrimiento Postergar una tarea sin motivo</p>	<p>1 4 6 7 9</p>	
--	---	--	------------------------------------	---	----------------------------------	--

## Anexo 3 Instrumentos de Medición

### Inventario de Depresión Beck II

Beck (1979)

Adaptada Barreda (2019)

#### Instrucciones:

Por favor lea cuidadosamente cada una de los 21 grupos de frases. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido en las últimas dos semanas, incluido el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado que ha elegido.

Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

Verifique que no haya elegido y marcado más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (CHS), y el ítem 18 (CA).

N°	Ítems
<b>1.- T</b>	
<b>0</b>	No me siento triste
<b>1</b>	Me siento triste gran parte del tiempo
<b>2</b>	Estoy triste todo el tiempo
<b>3</b>	Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo
<b>2.- P</b>	
<b>0</b>	No me siento desanimado respecto a mi futuro
<b>1</b>	Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes
<b>2</b>	No espero que las cosas funcionen para mi
<b>3</b>	Siento que no hay esperanza para mi en el futuro y que las cosas van a empeorar
<b>3.- F</b>	
<b>0</b>	No me siento como un fracasado
<b>1</b>	He fracasado más de lo debido
<b>2</b>	Cuando miro hacia atrás miro muchos fracasos
<b>3</b>	Siento que como persona soy un fracaso total



<b>4.- PP</b>	
<b>0</b>	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes
<b>1</b>	No disfruto tanto de las cosas como antes
<b>2</b>	Obtengo muy poco placer de las cosas
<b>3</b>	No puedo obtener ningún placer de las cosas
<b>5.- SCU</b>	
<b>0</b>	No me siento culpable
<b>1</b>	Me siento culpable respecto ha varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
<b>2</b>	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
<b>3</b>	Me siento culpable todo el tiempo
<b>6.- SCA</b>	
<b>0</b>	No siento que esté siendo castigado
<b>1</b>	Creo que tal vez estoy siendo castigado
<b>2</b>	Espero ser castigado
<b>3</b>	Siento que estoy siendo castigado
<b>7.- DUM</b>	
<b>0</b>	Siento acerca de mi lo mismo de siempre
<b>1</b>	He perdido la confianza en mi mismo
<b>2</b>	Estoy decepcionado de mí mismo
<b>3</b>	No me gusto a mí mismo
<b>8.- AC</b>	
<b>0</b>	No me critico ni me culpo más de lo habitual
<b>1</b>	Estoy más crítico conmigo mismo que antes
<b>2</b>	Me critico a mí mismo por todos mis errores
<b>3</b>	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede
<b>9.- PDS</b>	
<b>0</b>	No pienso en matarme
<b>1</b>	He pensado en matarme pero no lo haría

<b>2</b>	Desearía matarme
<b>3</b>	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo
<b>10.- LI</b>	
<b>0</b>	No lloro más de lo usual
<b>1</b>	Lloro más que antes
<b>2</b>	Lloro por cualquier pequeñez
<b>3</b>	Siento ganas de llorar pero no puedo
<b>11.- AG</b>	
<b>0</b>	No estoy más inquieto o tenso que antes
<b>1</b>	Me siento más tenso o inquieto que antes
<b>2</b>	Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo
<b>3</b>	Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo
<b>12.- PI</b>	
<b>0</b>	No he perdido el interés en otras actividades o personas
<b>1</b>	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
<b>2</b>	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
<b>3</b>	Me es difícil interesarme por algo
<b>13.- I</b>	
<b>0</b>	Tomo decisiones tan bien como siempre
<b>1</b>	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
<b>2</b>	Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones
<b>3</b>	Tengo problemas para tomar cualquier decisión
<b>14.- D</b>	
<b>0</b>	Siento que soy valioso
<b>1</b>	No me considero tan valioso y útil como antes
<b>2</b>	Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás
<b>3</b>	Siento que no valgo nada
<b>15.- PE</b>	
<b>0</b>	Tengo tanta energía como siempre
<b>1</b>	Tengo menos energía que antes
<b>2</b>	No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas

<b>3</b>	No tengo energía suficiente para hacer nada
<b>16.- CHS</b>	
<b>0</b>	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
<b>1a</b>	Duermo un poco más que lo habitual
<b>1b</b>	Duermo un poco menos que lo habitual
<b>2a</b>	Duermo mucho más que lo habitual
<b>2b</b>	Duermo mucho menos que lo habitual
<b>3a</b>	Duermo la mayor parte del día
<b>3b</b>	Me despierto 1 – 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
<b>17.- IRR</b>	
<b>0</b>	No estoy más irritable que antes
<b>1</b>	Estoy más irritable que antes
<b>2</b>	Estoy mucho más irritable que antes
<b>3</b>	Estoy irritable todo el tiempo
<b>18.- CA</b>	
<b>0</b>	No he experimentado ningún cambio en mi apetito
<b>1a</b>	Mi apetito es un poco menor que antes
<b>1b</b>	Mi apetito es un poco mayor que antes
<b>2a</b>	Mi apetito es mucho menor que antes
<b>2b</b>	Mi apetito es mucho mayor que antes
<b>3a</b>	No tengo apetito en absoluto
<b>3b</b>	Quiero comer todo el tiempo
<b>19.- DC</b>	
<b>0</b>	Puedo concentrarme tan bien como siempre
<b>1</b>	No puedo concentrarme tan bien como antes
<b>2</b>	Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo
<b>3</b>	Encuentro que no puedo concentrarme en nada

<b>20.- CoF</b>	
<b>0</b>	No estoy más cansado o fatigado de lo habitual
<b>1</b>	Me fatigo o me canso más fácilmente que antes
<b>2</b>	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer
<b>3</b>	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer
<b>21.- PIS</b>	
<b>0</b>	No he notado un cambio reciente en mi interés por el sexo
<b>1</b>	Estoy menos interesado en el sexo que antes
<b>2</b>	Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
<b>3</b>	He perdido completamente el interés en el sexo

<b>Código</b>	<b>Denominación</b>
<b>T</b>	Tristeza
<b>P</b>	Pesimismo
<b>F</b>	Fracaso
<b>PP</b>	Pérdida de placer
<b>SCU</b>	Sentimiento de culpa
<b>SCA</b>	Sentimientos de castigo
<b>DUM</b>	Disconformidad con uno mismo
<b>AC</b>	Autocrítica
<b>PAS</b>	Pensamientos o Deseos Suicidas
<b>LI</b>	Llanto
<b>AG</b>	Agitación
<b>PI</b>	Pérdida de interés
<b>I</b>	Indecisión
<b>D</b>	Desvalorización

<b>PE</b>	Pérdida de energía
<b>CHS</b>	Cambios en los hábitos de sueño
<b>IRR</b>	Irritabilidad
<b>CA</b>	Cambios en el apetito
<b>DC</b>	Dificultad de concentración
<b>CoF</b>	Cansancio o Fatiga
<b>PIS</b>	Pérdida de interés en el sexo

## ESCALA DE PROCRASTINACIÓN GENERAL

Busko (1998)

Adaptada Carranza (2010)

EDAD:.....SEXO: (M) – (F) GRADO DE INSTRUCCION:.....

.....

Instrucciones:

A continuación se presenta una serie de enunciados sobre la forma de actuar, lea atentamente cada uno de ellos y responda con total sinceridad en la columna a la que pertenece su respuesta, tomando en cuenta lo siguiente:

S = SIEMPRE (ME OCURRE SIEMPRE)

CS = CASI SIEMPRE (ME OCURRE MUCHO)

A = A VECES (ME OCURRE ALGUNA VEZ)

CN = CASI NUNCA (ME OCURRE POCAS VECES)

N = NUNCA (NO ME OCURRE NUNCA)

Nº	Ítems	S	CS	A	CN	N
1	Cuando tengo una fecha límite para hacer algo, espero hasta el último minuto para hacerlo					
2	Encuentro una excusa para no hacer lo que tenía que hacer					
3	Tiendo a perder mucho el tiempo					
4	Aplazo la toma de decisiones difíciles					
5	Casi siempre llego a tiempo a mis reuniones					
6	Cuando me canso de hacer una tarea, tiendo a aplazarla					
7	Cuando me aburro de una tarea, tiendo a aplazarla					

8	Me disgusta seguir pautas estrictas					
9	Sin tener que desarrollar otra actividad importante, aplazo realizar una tarea					
10	No puedo cambiar mi hábito de perder el tiempo					
11	Tiendo a descuidar las tareas que me son muy difíciles					
12	Me distraigo fácilmente cuando trato de concentrarme en hacer algo					
13	Cuando tomo una decisión, la cumplo					

## Anexo 5 Informe Turnitín

Prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020

### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>19%</b> INDICE DE SIMILITUD	<b>17%</b> FUENTES DE INTERNET	<b>1%</b> PUBLICACIONES	<b>9%</b> TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.uigv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>4%</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Universidad de San Martín de Porres</b> Trabajo del estudiante	<b>3%</b>
<b>3</b>	<b>repositorio.upch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>5</b>	<b>repositorio.upeu.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.researchgate.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Universidad Peruana Los Andes</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>www.paho.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>9</b>	<b>scielosp.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>10</b>	<b>repositorio.unsa.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>11</b>	<b>repositorio.unfv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>12</b>	<b>creativecommons.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo