Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

Eficacia de un programa de intervención psicológica en personal de la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, 2023

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública

AUTOR

Karen Rebeca PORRAS ADAUTO

ASESOR

Dr. Ronald Espíritu AYALA MENDÍVIL

Lima, Perú

2025



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Porras K. Eficacia de un programa de intervención psicológica en personal de la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, 2023 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2025.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Karen Rebeca Porras Adauto
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	46440969
URL de ORCID	**https://orcid.org/0009-0007-0925-5471**
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Ronald Espíritu Ayala Mendívil
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09861941
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-9471-7162
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Jorge Walter Calderón Morales
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07224844
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Marcos Julio Saavedra Muñoz
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	084750501
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Javier Roger Raul Vargas Herrera
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	05283407
Datos de investigación	

Línea de investigación	Ciencias de la Salud
Grupo de investigación	Salud pública, Salud ambiental
Agencia de financiamiento	Autofinanciado
Ubicación geográfica de la investigación	Chanchamayo, Junín, Perú
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Año 2023 y 2024
URL de disciplinas OCDE	http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGÍSTER

En la ciudad de Lima, a los 30 días del mes de enero del año dos mil veinticinco siendo las 12:00 horas, bajo la presidencia del Dr. Jorge Walter Calderón Morales con la asistencia de los Profesores: Dr. Marcos Julio Saavedra Muñoz (Miembro), Dr. Javier Roger Raul Vargas Herrera (Miembro) y el Dr. Ronald Espíritu Ayala Mendivil (Asesor); la postulante al Grado de Magíster en Salud Pública, Bachiller en Psicología, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: ***"Eficacia de un programa de intervención psicológica en personal de la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, 2023"*** *con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación* ***B MUY BUENO (17).*** *A continuación, el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de* ***MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA,*** *a la postulante* ***KAREN REBECA PORRAS ADAUTO.***

Se extiende la presente Acta en dos originales y siendo las 13:00 horas se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dr. Marcos Julio Saavedra Muñoz
Profesor Principal
Miembro

Dr. Javier Roger Raul Vargas Herrera
Profesor Asociado
Miembro

Dr. Ronald Espíritu Ayala Mendivil
Profesor Principal
Asesor

Dr. Jorge Walter Calderón Morales
Profesor Principal
Presidente

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **RONALD ESPÍRITU AYALA MENDÍVIL,** en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen de la UPG **N° 001667-2023-UPG-VDIP-FM/UNMSM,** de la tesis cuyo título es: **"Eficacia de un programa de intervención psicológica en personal de la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, 2023"**, presentado por la egresada **KAREN REBECA PORRAS ADAUTO** para optar el **GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA, CERTIFICO** que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **18%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado correspondiente.

Lima, 11 de junio de 2025

Firma del Asesor _____

DNI: **09861941**

Nombres y apellidos: **RONALD ESPÍRITU AYALA MENDÍVIL**



DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

Dedico este presente trabajo de investigación a las personas que inspiran mi vida, como es mi esposo, mis padres, mis hermanas y mis otros familiares, a quienes también agradezco por su comprensión y apoyo en todo este camino académico; así también agradezco a mis pacientes, quienes me motivan a continuar adquiriendo nuevos conocimientos para una mejor intervención.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL **iv**
LISTA DE CUADROS **v**
I. INTRODUCCIÓN **1**
1.1. Situación Problemática 1
1.2. Formulación del Problema 3
1.3. Justificación teórica 3
1.4. Justificación práctica 4
1.5. Objetivos de la Investigación 5
1.5.1. Objetivo General 5
1.5.2. Objetivos Específicos 5
II. MARCO TEÓRICO **7**
2.1. Marco Epistemológico 7
2.2. Antecedentes de la investigación 8
2.1.1. Internacionales 8
2.1.2. Nacionales 9
2.3. Bases Teóricas 11
2.2.1. Programa de Intervención Psicológica 11
2.2.2. Depresión 19
2.2.3. Ansiedad 23
2.2.4. Estrés 24
2.4. Marcos Conceptuales 27
III. METODOLOGÍA **29**
3.1. Hipótesis General 29
3.2. Hipótesis Específicas 29
3.3. Identificación de Variables 29
3.4. Operacionalización de Variables 30
3.5. Matriz de Consistencia 30
3.6. Tipo y Diseño de Investigación 30
3.7. Unidad de Análisis 31
3.8. Población de Estudio 31
3.9. Tamaño y Selección de Muestra 32
3.10. Técnica de Recolección de Datos 32
3.11. Análisis e interpretación de la Información 34
3.12. Aspectos Éticos de la Investigación 35
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN **37**
4.1. Presentación de resultados e interpretación 37
4.2. Prueba de hipótesis 39
4.3. Discusión de resultados 44
4.4. Conclusiones 48
4.5. Recomendaciones 49
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **50**
V. ANEXOS **59**

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 Descripción de los factores sociodemográficos de los participantes 37
Cuadro 2 Nivel de depresión, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica 38
Cuadro 3 Nivel de ansiedad, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica 38
Cuadro 4 Nivel de estrés, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica 39
Cuadro 5 Prueba de normalidad - paramétrica de las variables 40
Cuadro 6 Eficacia del programa de intervención psicológica en la variable Depresión 41
Cuadro 7 Eficacia del programa de intervención psicológica en la variable Ansiedad 42
Cuadro 8 Eficacia del programa de intervención psicológica en la variable Estrés 43

RESUMEN

Objetivo. Determinar la eficacia del programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz”, para reducir depresión, ansiedad y estrés, en servidores públicos que laboran en la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, durante el año 2023. **Método.** Enfoque cuantitativo, de diseño cuasiexperimental de corte longitudinal, con 40 servidores públicos divididos en un grupo experimental y grupo control, el instrumento fue la Escala de Depresión, ansiedad y Estrés DASS-21. **Resultados.** Se evidenció estadísticamente diferencias en los puntajes de pretest y postest en las variables de Depresión (p=0.00), Ansiedad (p=0.00) y Estrés (p=0.00), con el desarrollo del Programa de Intervención Psicológica. **Conclusión.** Existe eficacia del programa de intervención psicológica “Trabaja Por Un Cerebro Feliz” en la reducción de depresión, ansiedad y estrés.

Palabras claves: Programa de intervención psicológica, depresión, ansiedad y estrés.

ABSTRACT

Objective. To determine the effectiveness of a psychological intervention program "Work for a Happy Brain" to reduce depression, anxiety and stress in public servants working in the Superior Court of Justice of the Central Jungle, Chanchamayo, during the year 2023. **Method.** Quantitative approach, quasi-experimental longitudinal design, with 40 public servants divided into an experimental group and a control group, the instrument was the Depression, Anxiety and Stress Scale DASS-21. **Results.** Statistical differences were evidenced in the pretest and posttest scores in the variables of Depression (p=0.00), Anxiety (p=0.00) and Stress (p=0.00), with the development of the psychological intervention program. **Conclusion.** There is efficacy of the psychological intervention program "Work for a Happy Brain" in the reduction of depression, anxiety and stress.

Key words: Psychological intervention program, depression, anxiety and stress.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Situación Problemática

El informe de salud mental de la Organización Mundial de la Salud menciona que millones de individuos viven con un problema de salud mental. El 15 % de adultos que trabajan tienden a sufrir algún trastorno mental. Se calcula que año tras año se ve afectado los días y hora de trabajo ya que existe una pérdida de 12,000 millones de tiempo a causa de la depresión y la ansiedad, lo que afecta financieramente a la economía mundial de manera perjudicial (OMS, 2022). La pandemia ha provocado el incremento del 25% en la depresión y la ansiedad en gran parte del mundo. Por lo que es un desafío constante para la salud pública y específicamente para la salud mental, como un problema de alto impacto a nivel laboral en Latinoamérica, está ubicada la depresión, ansiedad y estrés (González et al., 2014).

Niveles elevados de estrés durante largos periodos de la vida de una persona en actividad laboral puede conllevarle a tener graves problemas no solo en el ámbito profesional, sino también nivel familiar, social y personal; esta inadaptación del estrés en el trabajo podría conducir a distintos trastornos psicológicos como la depresión y ansiedad (Párraga; 2005). La depresión es un trastorno mental común. Se estima que en todo el mundo el 5% de los adultos padecen depresión, afecta más a la mujer que al hombre. Además, puede llevar al suicidio (OMS, 2023). Mientras que el 2019, 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo y una preocupación excesivos y por trastornos del comportamiento conexos. Los síntomas son lo suficientemente graves como para provocar una angustia o una discapacidad funcional importantes (OMS, 2022)

Lovibond y Lovibond (1995) mencionan que el estrés son reacciones de tensión irritabilidad y activación persistente, asimismo para ellos la ansiedad es excitación, ataques de pánico, tensión muscular, respuesta aguda de miedo. También mencionan que la depresión es un estado de ánimo disfórico: tristeza, desesperanza, sentimientos de inutilidad.

En el Perú, el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi determinó que el 37% de la población en general tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. Diferentes estudios realizados en el país confirman los altos índices de estrés, ansiedad y depresión en servidores públicos (Rondón, 2006; Perales et al, 2011; Silva, 2014; Espedilla y Puma 2020; Montoya, 2022)

Por ello, estos autores recomiendan la aplicación de programas de intervención psicológica dada su alta eficacia en el manejo y reducción de las disfunciones emocionales como son el estrés, ansiedad y depresión. Ya que un programa de intervención psicológica es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado utilizado en el tratamiento de alteraciones mentales (Beck et al.; 1967). La legislación nacional sobre Seguridad y Salud en el Trabajo estipula que las instituciones públicas deben identificar los riesgos psicosociales de los servidores públicos en base a la ampliación del aseguramiento y su futuro atendimiento en el sistema de salud. Sin embargo, estas instituciones no adoptan el desarrollo de programas de intervención a pesar de su comprobada incidencia en las disfunciones emocionales al no verse obligadas normativamente (Ley N.° 29783). En diferentes países de Latinoamérica, como es el caso de Colombia, el Estado a través de su legislación obliga a las instituciones públicas y privadas a la identificación, prevención, intervención (aplicación de programas) y monitoreo permanente de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de patologías causadas por el estrés ocupacional (Resolución N.° 2646)

En el documento interno de la matriz de descansos médicos y citas médicas en los periodos de enero a julio del presente año 2023 de los servidores públicos de la Corte Superior de Justicia de la Selva Central (CSJSC), se ha identificado que el 18.9% tienen licencias a causa de estrés, y el 25.7% son atendidos en citas médicas por razones de estrés. Se observa que en la presente institución existen problemas emocionales ya sea por situaciones de sobrecarga laboral, familiares o personales. (CSJSC, 2023)

En tal sentido se pretende investigar la eficacia del programa de intervención psicológica para reducir depresión, ansiedad y estrés, en servidores públicos de la CSJSC, 2023.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la eficacia de un programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz”, para reducir depresión, ansiedad y estrés, en servidores públicos que laboran en la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, durante el año 2023?

1.3. Justificación teórica

Esta investigación se realiza con el propósito de aportar al conocimiento existente sobre la depresión, ansiedad y estrés, por la necesidad de fuentes de información que generen impacto en los servidores públicos e indirectamente a la sociedad. La alianza entre la salud mental y la salud ocupacional es prioritario para conocer la conexión que existe con muchas enfermedades mentales, principalmente las que tienen un nexo social importante como las disfunciones emocionales, en este sentido aunque el conocimiento de estas disfunciones emocionales se están dando a conocer cada vez más, tanto los signos y síntomas para un diagnóstico y tratamiento, el presente trabajo no busca generar conocimiento tácitos o explícitos en los servidores públicos si no crear conciencia para que les permita estar activos y atentos para la prevención, control y reducción de los síntomas que genera la depresión, ansiedad y estrés. Lograr una buena intervención psicológica a nivel de conocimiento en los servidores públicos de la CSJSC, contribuirá en identificar a los trabajadores que presenten síntomas en las áreas del establecimiento del espacio laboral, lo cual es preciso para el diagnóstico precoz de la depresión, ansiedad y estrés y a su vez del tratamiento a su debido tiempo, y así implantar estrategias que sean favorables para una buena calidad de vida y para la población con un estado emocional afectado para la disminución de los niveles de depresión, ansiedad y estrés. Finalmente, si los servidores públicos conocen las formas de prevenir y de autocontrolar la sintomatología de las disfunciones emocionales podrán entender

la identificación oportuna del diagnóstico y tratamiento, así como los beneficios en la disminución del riesgo a sufrir de aquellos estados psicológicos perjudiciales, el objetivo principal es en un futuro reducir y porque no, erradicar los trastornos mentales del mundo. Será importante la contribución al desarrollar esta investigación cuasiexperimental, exploratoria sobre el diseño, aplicación y eficacia por medio de un programa de intervención psicológica para reducir estrés, ansiedad y depresión en servidores públicos, hombres y mujeres, en la selva central de la región Junín.

1.4. Justificación práctica

La investigación permitirá desarrollar la intervención psicológica por medio de un programa y de ese modo generar conocimiento al personal administrativo y jurisdiccional de la institución sobre la prevención, control y autocontrol de las disfunciones emocionales, con el fin sensibilizar y generar interés en ellos, es cierto que el personal puede tener conocimientos básicos de las causas y consecuencias de las disfunciones emocionales, no siempre los conocimientos básicos no bastan, ya que las disfunciones emocionales como la depresión, ansiedad y estrés son estados psicológicos en la que los factores psicosociales tienen un rol importante, es por eso que es importante providenciar conocimiento y sensibilizar al personal para experimentar la implicancia en sus propias vidas y sus componentes, para disminuir los niveles de depresión, ansiedad y estrés. Los conocimientos serán de ayuda para la disminución de la incidencia de estos estados psicológicos perjudiciales en su desarrollo como ser humano. Asimismo, favorecerá de forma relevante en el ámbito de la salud pública y la salud mental, desarrollando un innovador programa de intervención psicológica dirigido a servidores públicos, para su restablecimiento emocional y en consecuencia desempeñen un ejercicio eficaz y digno en cuanto a la atención a los usuarios. Además, a nivel metodológico, el estudio aportará de forma verídica el recojo de información al hacer uso de un cuestionario psicométrico reconocido a nivel internacional y validado a nivel nacional, como son las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés - DASS-21 (Lovibond y Lovibond, 1995).

El Perú necesita cambios y para que ello exista se debe entender que radica en conocer sus problemas, los niveles altos de problemas de salud mental en el Perú, la falta de psicoeducación a la población, así como los problemas psicosociales de riesgo detienen el desarrollo. Por ello las oportunidades de realizar una intervención psicológica dentro de los espacios de actividades laborales, se ven limitadas. Por ende, realizar esta pesquisa aportará de forma significativa la psicoeducación a los servidores públicos sobre prevención y regulación de las disfunciones emocionales. Por lo que, a nivel social, contribuirá en la prevención y promoción de la salud mental, con el fin de que los servidores públicos en actividad desarrollen factores protectores para salvaguardar su bienestar integral; además se busca visibilizar y concientizar sobre la importancia del cuidado de los servidores públicos en su nivel de depresión, ansiedad y estrés y cómo estos pueden afectar en su desempeño laboral, personal, familiar y social.

1.5. Objetivos de la Investigación

1.5.1. Objetivo General

Determinar la eficacia del programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz”, para reducir depresión, ansiedad y estrés, en servidores públicos que laboran en la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, durante el año 2023.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Medir el nivel de depresión en los servidores públicos de la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz”.

- Medir el nivel de ansiedad en los servidores públicos de la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz”.

- Medir el nivel de estrés en los servidores públicos de la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz”.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Epistemológico

El presente trabajo de investigación utiliza un enfoque epistemológico humanístico-holístico, porque en este enfoque se considera a la persona (joven o adulta, es decir independientemente de su edad cronológica) como un ser totalmente libre, en sus diversas transacciones, elecciones y libertades, de acuerdo con su experiencia y subjetividad para percibir el mundo, no permitiendo que otros interfieran en su autorregulación y autorrealización, para despertar su equilibrio emocional, potencial creativo, laboral y social, teniendo en cuenta su ser interior, no exterior (García-Rodríguez y Rodríguez-León, 2009).

El enfoque humanista se caracteriza por el énfasis en la responsabilidad personal ya que cada persona es la principal responsable de lo que le sucede de sus propios actos, que el destino no está controlado por las fuerzas oscuras de la personalidad, que no dejan a las personas más remedio que comportarse de cierta manera, o incluso por la suerte y el azar; por el mayor enfoque en el presente que en el pasado, porque si bien es cierto que las personas se ven afectadas por experiencias traumáticas de los primeros años de vida, el enfoque humanista cree que no tienen por qué moldear la edad adulta y que los individuos tienen la capacidad de superar estas experiencias y seguir adelante con sus vidas; y por el énfasis en el crecimiento personal al afirma que las personas no están satisfechas con solo tener sus necesidades básicas satisfechas y cubiertas, sino que quieren seguir desarrollándose plenamente y mejorando para convertirse en la mejor versión de sí mismas .

El enfoque humanista es un movimiento que es en gran parte consistente con la visión holística; estos conceptos forman la fuerza colectiva que hace del individuo un sistema unificado, libre de obstáculos emocionales como el estrés que impidan el máximo desarrollo de sus potencialidades; el holismo sostiene que las personas son un todo organizado en lugar de una serie de partes separadas sin ningún tipo de conexión (García-Rodríguez y Rodríguez-León, 2009).

2.2. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales

Gómez et al. (2021) realizaron la investigación titulada “Ansiedad, depresión y estrés laboral asistencial en personal sanitario de un hospital de psiquiatría”, cuyo objetivo fue establecer la fuerza de relación entre la ansiedad, depresión y estrés laboral asistencial en personal sanitario de un hospital de psiquiatría. El diseño metodológico es no experimental, relacional, transversal y prospectivo. Los principales resultados fueron que el 2.3% presentó ansiedad severa, 5.8% mostró depresión mayor y el 3.5% sufrió estrés laboral asistencial alto. Y concluyeron que existe una negación entorno a su propia salud mental y que es necesario que se modifique el programa interno de atención hacia el personal sanitario.

Jiménez et al. (2020) realizaron la investigación titulada “Programa de intervención psicológica de reducción de estrés basado en mindfulness”, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad del programa de intervención psicológica para la reducción de estrés basado en la técnica Mindfulness, en un grupo de docentes del Liceo Superior Rafael Pombo, de San Gil, empleando la escala de estrés percibido, PSS – 14 pretest – postest. El diseño metodológico fue de tipo evaluativo, cuasiexperimental, con grupo control y experimental, se aplicó el PSS – 14 en dos tiempos como pretest y postest. Los principales resultados obtenidos desarrollado en 8 sesiones cada uno de 60 minutos en diferentes días, hacen énfasis en como la técnica de mindfulness disminuye significativamente los niveles de estrés en un grupo de docentes. concluyen que la técnica mindfulness como terapia para la reducción de los niveles de estrés resulta efectiva, mostrando reducción del 50% en la percepción de los niveles de estrés en los participantes, por esto, consideran que son efectivas y beneficiosas para el bienestar mental de los docentes, por lo cual debería considerarse su implementación en todo el sector educativo.

Medeiros y Pulido (2011) realizaron la investigación titulada “Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness para funcionarios de la salud:

experiencia piloto en un hospital público de Santiago de Chile", cuyo objetivo fue evaluar la aplicabilidad y efecto de MBSR en un grupo de proveedores de atención médica, consumidores de medicamentos y atención psicológica. El diseño metodológico fue experimental. Los principales resultados de la participación en el programa de 9 sesiones (27 horas) de manera consistente, se evidencia la mejoría significativa en sintomatología ansiosa, depresiva y somática, en diversos aspectos de la calidad de vida, y en destrezas Mindfulness.

Párraga (2005) realizaron la investigación titulada "Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el Síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios", cuyo objetivo fue eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el Síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios. El diseño metodológico fue cuasiexperimental, con grupo control y experimental además el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de alcance explicativo. Los principales resultados fue que tras la aplicación del programa de intervención que duró 3 meses compuesto por 20 sesiones, existe una disminución significativa del estrés, ansiedad y depresión. Concluyeron que la intervención realizada por medio del programa IRIS ha conseguido reducir los niveles de depresión, ansiedad y estrés de los sujetos experimentales con diferencias estadísticamente significativas en relación con el grupo control.

2.1.2. Nacionales

Espedilla y Puma (2020) realizó la investigación titulada "Aplicación del programa *trabajando juntos contra el estrés laboral* para reducir los estresores laborales en los trabajadores del área de limpieza pública de la Municipalidad de Miraflores, Arequipa 2019", cuyo objetivo era aplicar el programa "Trabajando juntos contra el estrés laboral". El diseño metodológico es de tipo cualitativo y diseño experimental. La muestra fue 30 colaboradores del área de limpieza pública. El estudio obtuvo como resultado que los servidores públicos del área de limpieza pública de la municipalidad de Miraflores han logrado disminuir su nivel de estrés en un 30% después de haber aplicado el programa, desarrollado en 10 sesiones de 40 minutos una vez por semana. Por

lo que concluyen que los trabajadores del área de limpieza pública de la municipalidad de Miraflores han logrado disminuir su nivel de estrés en un 30% después de haber aplicado el programa.

Espinoza (2018) realizó la investigación titulada “Estrés laboral y depresión en servidores públicos nombrados de la Dirección Regional de Salud de Junín”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre estrés laboral y depresión en la población correspondiente. El diseño metodológico fue de tipo de estudio básico no experimental y correlacional, en una muestra de 85 personas entre ellas 36 varones y 49 mujeres. Los principales resultados que existe relación directa entre estrés y depresión de los servidores públicos nombrados de la Dirección Regional de Salud Junín - 2017. El total de la población que presenta estrés en la muestra es de 18.7%, y depresión en el de 18.8%. la conclusión fue que sí existe relación significativa entre las variables de estudio.

Yucra (2017) realizó la investigación titulada “El estrés y el desempeño laboral en los servidores públicos del RENIEC, Arequipa 2016” cuyo objetivo fue conocer el grado de relación que existe entre el estrés y el desempeño laboral. El diseño metodológico fue correlacional, no experimental de corte transversal, la población fue censal y estuvo conformada por 66 trabajadores de la RENIEC Arequipa. Los resultados que se hallaron que el 94% de los encuestados mencionan que poseen estrés en un nivel alto, en tanto un 6% menciona que el estrés está en un nivel medio, esto se debe a la cantidad de labores que se desarrolla día a día. Por lo que concluyeron que si el estrés mejora, el desempeño laboral es mejor o viceversa.

Perales et al. (2011) realizaron la investigación titulada “Estrés, Ansiedad y Depresión en magistrados de Lima, Perú”, cuyo objetivo fue determinar los niveles de estrés general y laboral, depresión y ansiedad en magistrados (jueces y fiscales) del Distrito Judicial de Lima, Perú. El diseño metodológico fue un estudio transversal y descriptivo, la muestra estuvo conformada por 287 magistrados: 138 fiscales y 149 jueces. Los principales resultados es que evidencia que un porcentaje significativo de magistrados del Distrito Judicial de Lima presentan altos niveles de estrés, ansiedad y depresión; un cuarto de los

encuestados presenta, al menos, una de las condiciones. Por lo que concluyen recomendando que los programas de intervención y prevención se dirijan al manejo del estrés, ansiedad y depresión en conjunto, dada su alta asociación.

2.3. Bases Teóricas

2.2.1. Programa de Intervención Psicológica

De acuerdo a Bados (2008) en una intervención psicológica se aplica teorías y técnicas especializadas en psicología a cargo de un profesional idóneo y competente, la cual tiene el propósito de contribuir con la salud emocional de los individuos quienes son orientados a comprender sus problemas, así como disminuir y resolver estos problemas; además con un programa de intervención se mejora las capacidades y habilidades de afronte a situaciones que amenace la estabilidad emocional de las personas; estas intervenciones psicológicas van desde los campos clínico, educativo, organizacional, social comunitario, entre otros.

Además, una terapia psicológica es una atención profesional que se basa en métodos psicológicos que busca contener la angustia o amargura de una persona, aportar en su bienestar, su estilo de vida, o instruirle las habilidades correctas para afrontar los diferentes desafíos y problemas de la vida diaria. Un tratamiento psicológico suele brindarse de manera individual, familiar, grupal. Igualmente es posible que las tipologías pueden brindarse de manera mixta, si es considerado conveniente (Froján y Santacreu, 1999; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

Según Gómez (2019) la terapia psicológica grupal tiene como esencia de discernimiento “el grupo psicoterapéutico”. Lo que se desarrolla de manera grupal tiene una gran eficacia terapéutica ya que existe un conjunto de individuos y objetos traspasable que proporcionan y reproducen procesos de importancia y transformación. Las psicoterapias grupales han demostrado su virtud y validez para mitigar el sufrimiento mental en todo tipo de diagnósticos clínicos, de diferentes edades y psicopatologías desde lo más leve a lo moderado y grave.

Por tal razón, se plantea que la terapia psicológica grupal como psicoeducación sea el procedimiento elegido en la práctica psicológica y clínica psiquiátrica en las áreas de salud mental. Las terapias psicológicas de grupo tienen una ventaja fundamental, ya que es una estrategia insuperable de psicoterapia idóneo para efectuar abordajes en gran envergadura y una masiva asistencia a los servicios de salud mental. Disminuye los internamientos hospitalarios y el tiempo de duración, la medicación de sustancias psicotrópicas, las atenciones en emergencias, salud mental y atención a nivel primario, y reduce la cantidad de suicidios, de tentativas y la muerte de los pacientes. Al mismo tiempo, favorece en la relación entre el paciente y el psicoterapeuta, la responsabilidad en los tratamientos psicofarmacológicos y disminuye la cifra de desidias en los tratamientos. Es el método más eficaz y eficiente para reducir los costos económicos, sociales, familiares e individuales, que vienen a ser caros cuando de “enfermedad mental” se trata.

La finalidad es brindar técnicas para aprender sobre “las relaciones, interacciones y comunicaciones con los pacientes”, aunque también de cómo se generan los vínculos “entre” ellos en las terapias psicológicas grupales. Y este aprendizaje solo puede experimentarse relacionándose unos entre otros, en prácticas grupales que faciliten los vínculos y el conocimiento sobre ellos. Se trata de estudiar sobre la interrelación, es decir, sobre aquello que genera conexión entre el paciente y el grupo” (Gómez, 2019).

Intervención en grupo

Para esta forma de intervención se debe contar con varias personas que presenten problemas parecidos o posean un objetivo en común y que sus características no les imposibiliten la participación en el grupo o influyan de manera negativa en el proceso. En lo posible, se recomienda encaminar un tratamiento en grupo, ya que, usualmente, tiende a ser eficaz al igual que el individual y adicional a ello tiene muchas ventajas. Como todo tratamiento surgen posibles barreras que es preciso conocerlas para poder manejarlos caso se presenten (Bados; 2008).

Bados (2008) presenta posibles ventajas de las intervenciones en grupo tales como; descubrir que los propios problemas no son únicos, aumento de la motivación debido al apoyo y presión del grupo, posibilidad de ayuda mutua dentro y fuera de las sesiones**,** aprendizaje de nuevas reglas básicas de la vida, aprendizaje de nuevos comportamientos, creencias y sentimientos en áreas que fueron problemáticas desde la niñez o adolescencia.

Para Gomez (2019) los trabajos grupales tienen adecuados resultados en el tratamiento clínico ya que es allí donde se producen transferencias afectivas entre los pacientes y el profesional en la relación terapéutica; en ese sentido el trasfondo teórico y la interacción emocional se conectan vinculando lo interno con lo externo, entre el pasado y el presente.

Modelo de grupos

Psicoanalítico

Según Rutan (1998) los principios psicoanalíticos se fundamentan en la transferencia producida en el ámbito multipersonal de los pacientes y el acceso a información psicológica debatido en las sesiones, esta es eficaz cuando es aceptada en el grupo, aunque las problemáticas de los pacientes sean de diversa índole; una de la principales falencias es el tiempo reducido para tratar las historias individuales, por lo que el profesional buscará la identificación del grupo con el caso tratado a través de la comparación y contrastación.

Kutash y Wolf (1998), por su parte, refieren que el psicoanálisis en masa se distingue de las otras terapias grupales por la interpretación del origen del inconsciente en la interacción entre las personas tratadas y el terapeuta, con ello los pacientes comprenden sus ideas y desencadenantes e interpretan su situación, a veces no saludables; sin embargo el proceso inconsciente es expuesto, refutado, debatido y aceptado para que el analista pueda dar pautas de afrontar los problemas de los pacientes.

Para Díaz (2000) las técnicas usadas por el psicoanálisis para sacar a flote lo inconsciente y provocar el insight son la interpretación de ideas y sueños, la asociación de situaciones, la resistencia de pensamientos y el proceso de trasferencias.

Adleriano

Kymissis (1998) menciona que este modelo de terapia grupal busca crear una relación de animación hacia los pacientes en los aspectos básicos de la vida y los estilos de vida presentes, es así que los participantes conocen sus fortalezas las cuales servirán para el cambio de su situación problemática; este modelo toma procesos de auto-apertura, interpretación y analisis, observa la conducta en el ámbito social con el fin de los propios pacientes se auto-evalúen; al respecto el profesional encargado propondrá objetivos y metas, y servirá como testigo de los avances individuales del participante para que alcance el insight sobre sí mismos.

Psicodramático

Modelo creado por Jacob Levy Moreno el cual consiste en la utilización de juego de roles o role playing, como medio para corregir y ampliar la percepción general de los participantes de la terapia grupal; una sesión tiene como mínimo las fases de calentamiento, drama y cierre o puesta en común sin un tiempo establecido; en la fase de calentamiento se busca romper el hielo y vincularse entre los protagonistas en un ambiente de espontaneidad y confianza; en la fase de dramatización los participante se ponen en el papel de terapeuta, asistentes, dobles y observadores mediante la empatía; finalmente en la fase de cierre todos los miembros comparten sus experiencias (Gonzáles, 1999).

Humanista-Existencial

El modelo humanista-existencial fue elaborado por Soren Kierkegaard y tiene como objetivo la negación de los hechos opuestos que con frecuencia hay entre el profesional y el participante o para este modelo cliente; en esencia la base de

la terapia es la reciprocidad de opiniones y hechos con el fin de tener una auténtica experiencia grupal; en cuanto al terapeuta su función es estar disponible para el grupo y formular un objetivo aceptado por todos, el cual se va cumpliendo mediante la auto-revelación y confrontación de los miembros de forma prudente (Rosenbaum, 1998).

Centrado en la Persona

Tipo de terapia propuesto por Carl Rogers, radica en inducir a los pacientes en un ambiente de libertad para que tenga un adecuado desenvolvimiento y desarrollo a nivel personal retirando los óbices encontrados durante el proceso por los mismos participantes; en este clima de seguridad aflorarán sentimientos, experiencias y juicios, siendo el rol de profesional terapeuta de la romper barreras de comunicación mediante la confianza, tener aceptación incondicional, respeto y comprensión, creando un clima de tolerancia y experimentación; empero el facilitador no proporciona a la reunión una dirección pre-establecida, puesto que los participantes son considerados capaces de encontrar una dirección significativa, de ayudarse mutuamente y de progresar hacia resultados constructivos (Rogers, 1980).

Gestáltico

Terapia grupal propuesta por Fritz Perls creada pensando en una persona media, que teme a los sucesos de la vida y a experimentar el aquí y el ahora por lo cual suele vivir encasillada en recuerdos obsesivos, y en expectativas ansiosas de la catástrofe (Jourard, 2001).

En este modelo se capacita a los participantes para poner más atención con las experiencias de la vida sean estas positivas o negativas, con la intensificación de esta experiencia se identifican señales no verbales y problemas de infancia o del pasado; ante ese ambiente el profesional debe dedicar tiempo y conocer a profundidad a todos los pacientes desde una perspectiva diagnostica, asimismo el terapeuta centra su atención en la persona en general para utilizarla de forma grupal con el fin de intensificar las técnicas las emociones (Perls, 2001).

Análisis Transaccional

Creado por Eric Berne, el análisis transaccional se fundamenta de dos teorías principales: elaboración y situaciones edípicas, además la técnica incluye el uso de cuestionarios para revelar decisiones problemáticas del pasado en la familia, los roles y la estructura; en cuanto al método se busca advertir cuando los valores del terapeuta son incongruentes con los de los pacientes, así se lleva a la comprensión de normas familiares y culturales que pueden afectar el comportamiento de los miembros del grupo; por último el análisis transaccional puede utilizarse de manera individual a grupos grandes (O'Hearne, 1998).

Terapia Conductual/Cognitivo-Conductual

Este modelo de terapia grupal es óptimo en la identificación y refutación de conductas inadaptabas aprendiendo patrones saludables de conductas; en la terapia conductual de grupo los participantes intentan modificar las conductas problemáticas mediante la aplicación sistémica de procedimientos validados en términos empíricos y socialmente aceptados, en este escenario los pacientes tienen la posibilidad de mejorar la habilidad de administrar sus emociones en situaciones personales, de pareja, familiares y sociales; por ello esta terapia se fundamenta en el aprendizaje y conducta, para el cambio de esta última cuando es problemática en su interacción social; por otro lado el profesional terapeuta o ayuda en la preparación de los propósitos de grupo, les ayuda en aprendizaje de destrezas prácticas, interés educativa y otros (Rose, 1998).

Terapia Racional Emotiva

Fue creado es Albert Ellis, esta terapia racional emotiva se forma de la teoría del aprendizaje cognoscitivo y social y hace hincapié en las distintas formas de la personalidad sobre todo en los determinantes cognoscitivos (González, 1999)

Según González (1999) este modelo "funciona didácticamente: explica, enseña y reeduca. Ayuda a los miembros a observar y afrontar su pensamiento irracional

e identificar su conexión con la conducta auto-punitiva. Les enseña a cambiar patrones de pensamiento y conducta. El terapeuta es responsable de desafiar las señales de conductas basadas en el pensamiento irracional. Los miembros son responsables de combatir pensamientos auto-punitivos y se espera que hagan autoconfrontaciones. Para abordar la psicoterapia de grupo, la TRE se apoya en un modelo más educacional que médico o psicodinámico, por lo cual está a favor tanto de las sesiones de grupo como de las individuales. Trabaja con grupos que van de 20 a 30 personas y algunas veces hasta más de 200. Aunque el número ideal va de 20 a 13 personas, busca equilibrar el número entre hombres y mujeres, considerando todas las edades que van de los 18 a los 60 años. Las sesiones suelen tener una duración de dos horas quince minutos, con una frecuencia de una vez a la semana".

Terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young

La teoría de Young es uno de los postulados cognitivos que actualmente viene siendo difundido. Este postulado tiene un matiz integrador/ ecléctico, al unir técnicas de diferentes tipos y de otros orígenes. Una de las premisas de este modelo es el vínculo que se instaura entre esquemas mentales de vida en la actualidad y su origen de experiencias en la infancia y sobre todo la vivencia con su familia.

En la actualidad la terapia centrada en esquemas es una de las terapias cognitivas, que permite explicar de manera "histórica" la situación problemática del paciente, esto hace que sea diferente a otros modelos más tradicionales. Además, lo que más se destaca en esta terapia, es la manera que busca unir, entre el concepto del problema que tiene el paciente, los aspectos emocionales, cognitivos, y conductuales (Rodríguez; 2009).

Rodríguez (2009) menciona que el concepto principal del modelo de Young es el de esquema disfuncional temprano. Y las define como temas significativamente establecidos y perdurables que se desenvuelven y se construye durante el transcurso de la vida de las personas. Los esquemas disfuncionales tempranos tienden a anticipar verdades, se autoperpetúan,

resisten al cambio, suelen ser formados y impulsados por experiencias del medio. Los esquemas disfuncionales tempranos manifiestan creencias irracionales sobre sí mismo en relación al contexto del ambiente. Las experiencias negativas que tenemos con los individuos significativos de nuestra vida, sobre todo, en los primeros años de desarrollo, impactan en nuestra construcción de esquemas mentales.

Orígenes de los esquemas

Young plantea que los esquemas se dan mediante la secuencia de una articulación entre las necesidades emocionales centrales no compensadas en la infancia, el temperamento innato del niño y las vivencias tempranas. (Rodríguez; 2009)

Villa y Álvarez (2017), han considerado que la terapia de esquemas es un proceso continuo de intervención y de evaluación, esto hace énfasis que el tratamiento sea significativo y se pueda disminuir los esquemas mentales disfuncionales construidos durante la infancia.

Terapia de Grupo Centrada en Esquemas

Farrell y Shaw fueron quienes desarrollaron La Terapia centrada en Esquemas de Grupo durante el año 1994 al año 2012. Este modelo de Terapia de Esquemas (TE) para grupos está integrado con el trabajo de Jeffer Young que es autor de la Terapia de Esquemas individual. La Terapia de Grupo centrada en esquemas usa de forma estratégica los componentes terapéuticos de la intervención en grupos para impulsar la modificación de los modos de Esquemas. Es un enfoque innovador que aborda la Terapia de Esquemas, que es mucho más significativo que los modelos tradicionales de terapia de grupo. Por cierto, esta manera de abordaje no solo compone el trabajo de la Terapia de Grupo centrada en esquemas: por el contrario, se han hecho nuevos ajustes del trabajo de la Terapias de Esquemas para una metodología aplicada en grupo. La principal idea de la Terapia de Esquemas grupal radica en que, “bajo la

dirección de los terapeutas, los miembros del grupo puedan recrear a su familia, en donde combinar la recrianza (re-parenting) que proporcionan los terapeutas con la socialización de sus hermanos y hermanas. Una parte del proceso de corrección emocional del grupo se basa en prácticas de imaginación y de juegos de roles (imagery role-playing) que desarrollan los pacientes para desempeñar el papel de distintos modos de cada uno de los miembros del grupo (ej.: el Protector Distanciado, el Adulto Saludable, el Padre Castigador) y finalmente logran sanarse a ellos mismos". La intervención aplicada en la Terapia de Esquemas en un grupo que brinde apoyo y validación puede influir directamente en Esquemas vitales como es el Abandono, Inadecuación, Desconfianza/abuso Aislamiento social, Privación emocional, para generar estabilidad en dichos Esquemas. Al igual que la Terapia de Esquemas individual, la Terapia de Esquema grupal mejora: la funcionabilidad del individuo, las relaciones interpersonales, en la familia y en el trabajo, las conductas en la sociedad y la calidad de vida (Farrell y Shaw, 1994)

Las autoras Farrell y Shaw (2014) han compuesto enfoques complementarios cognitivos y experienciales con el aprendizaje social y la teoría de la psicología del desarrollo. Gracias a la experiencia personal clínica de más de treinta años y al trabajo del Dr. Jeffrey Young, han logrado adecuar las intervenciones de Terapia de Esquemas a la recrianza limitada y al modelo de grupo, con el fin de alcanzar los objetivos de la Terapia de Esquemas, para luego desarrollar las intervenciones centradas en los grupos.

2.2.2. Depresión

Definición

- Lovibond y Lovibond (1995) definen la depresión como una disminuida afectividad efectiva, que se manifiesta en tristeza profunda, angustia, desesperanza, desmotivación y apatía.

- Para Beck et al. (2010) la sintomatología depresiva es la interpretación de los acontecimientos cotidianos de forma negativa reflejados en sentimientos de

autopercepción desfavorables tanto afectivos como físicos. Aaron Beck tiene un corte clínico y explica la incursión de la depresión a través de una cadena de elementos de causalidad revisado a lo largo de su existencia; el primero de ellos son las llamadas experiencias negativas de aparición temprana, como pueden ser las críticas de los familiares y el rechazo por parte de los padres; una vez que se consolidan estas experiencias negativas aparece el segundo elemento referido a los esquemas cognitivos o actitudes disfuncionales, que sobrestiman la opinión de otros sobre la de uno mismo, estos son esquemas latentes, es decir, no logran ser identificados a través de las palabras pero que aparecen en situaciones críticas, lo que accionaría los sesgos de procesamiento de ideas a través de esquemas disfuncionales; con lo cual aflorarían en escena ideas como “parezco un tonto”, “no sirvo para nada”, “valgo menos que otros” (Beck citado en Vásquez, Hervás, Hernangómez y Romero; 2010).

- Seligman (1981) explica la presencia de la depresión en las personas a través de su famosa Teoría de la Indefensión Aprendida, para el investigador la indefensión aprendida es una estado psicológico que se caracteriza por un triple déficit, estos son motivacional, cognitivo y emocional; en el que se establece un paralelismo entre dicho déficit y la sintomatología depresiva; en ese sentido la indefensión aprendida tiene su fundamento en los sentimientos de control sobre el medio para la salud mental; los efectos de la indefensión aprendida serán severos o no en función del estilo atribucional que tienen las personas a los acontecimientos contingentes.

- Reynolds (en Arequipeño y Gaspar; 2017) menciona que la sintomatología depresiva se basa en los cambios de humor, la alimentación y el sueño, lo que trae dificultades para la concentración, reducción de la actividad, fatiga e irritabilidad, generando un estado emocional de depresión.

- Barradas (2014) señala que la sintomatología depresiva es un estado de desaliento y desdicha de forma transitoria o permanente en donde hay una predominancia de síntomas afectivos, lo cual produce la depresión como un trastorno emocional.

- El DSM-5 (APA; 2013) encaja a la depresión dentro del grupo de trastornos afectivos con características de un estado de ánimo frecuentemente con un disminuido interés por las actividades o el placer de realizarlas, con ligación a síntomas de pérdida de energía, dificultad para procesos cognitivos como pensar y concentrarse.

Niveles de depresión

Beck (citado en Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García; 2014) propuso que los niveles de sintomatología de la depresión sean estimados por cortes o curvas de las características operativas de las personas evaluadas (curvas ROC), mediante estudios que comparten criterios diagnósticos del DSM-III según la gravedad de los casos; esto de acuerdo a la práctica clínica de diferenciar los niveles del síndrome en base al número de síntomas evidentes, su rigor y duración; para el caso de la depresión, el autor propone lo siguiente:

- **Depresión leve**. Con episodios leves caracterizados por la presencia de pocos síntomas depresivos, lo que hace que las personas vivan a costa de un esfuerzo importante e inhabitual.
- **Depresión moderada**. Con episodios moderados caracterizados por la presencia de varios síntomas depresivos, lo que hace que las personas vivan a costa de un esfuerzo mucho mayor a los de depresión leve.
- **Depresión grave**. Con graves episodios sin síntomas psicóticos caracterizados por la aparición de síntomas de la depresión y por la evidente incapacidad que es observable en la vida de la persona.

Factores de la depresión

Beck et al. (2006) identifican dos factores de la sintomatología depresiva, los cuales tienen las siguientes características:

- **Cognitivo-Afectivo**. Son afectaciones que evidencian que una persona puede tener depresión mediante sentimientos de extrema tristeza, desaliento, frustración, idea suicida; también la pérdida del deseo, dubitación, desmedro,

inconformidad consigo mismo; esta sintomatología se produce cuando el procesamiento de información de situaciones contrarias a lo que une quiere se convierte en distorsiones cognitivas, el proceso informativo dificulta la concentración que terminan en emociones de tristeza e irritabilidad.

- **Somático-Motivacional**. Son afectaciones que evidencian que una persona puede tener depresión mediante la apatía en las actividades cotidianas, temas que anteriormente había interés y en el sexo; por consiguiente son síntomas que se manifiestan fisiológicamente generalmente relacionados con un tipo de insomnio y problemas alimenticios, además son síntomas que aparecen por la falta de voluntad, la evitación a confrontar situaciones de cierta dificultad o riesgo, por lo que en la búsqueda del escape se encuentran ideas de frustración y malestar.

Complicaciones causadas por la depresión

Bousoño et al. (2008) refieren que una depresión sostenida en el tiempo trae graves complicaciones en la salud psicológica y física, esta sintomatología depresiva resta la estabilidad emocional y la confianza para enfrentar con éxito las dificultades cotidianas propias de la vida, así también una depresión prolongada altera las funciones estructurales del cerebro a través de la inhibición de sustancias del cuerpo convirtiéndose en una dificultad física, reflejada en la aparición de enfermedades de morbilidad asociada, relacionándose entre sí proporcional y negativamente, si una patología agrava la depresión, lo mismo repercutirá la depresión en la patología física como por ejemplo la obesidad, hipertensión, problemas cardiovasculares, diabetes, discapacidad física, entre otros.

Tiburcio et al. (2017) describen la existencia de una correlación de la depresión con problemas de dependencia de las sustancias tóxicas, como son el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción frecuentes, generalmente, en personas con depresión crónica; del mismo modo el estrés, los trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria también se ven estrechamente vinculados con la sintomatología depresiva.

2.2.3. Ansiedad

Definición

- Lovibond y Lovibond (1995) definen la ansiedad como una agitación fisiológica y tensión, dificultades en la respiración, la boca se reseca, miedo, pánico, temblores, taquicardia, estos síntomas son característicos que se suelen presentarse.

- Para Zung (1971) la ansiedad es un trastorno psicoafectivo por una sobre preocupación ansiosa que se extiende hasta el pánico y se asocia con psicosomatizaciones.

- Spielberger et al. (1967) define la ansiedad como un proceso que se inicia con la autoevaluación personal frente a una situación estresante, en la cual el incremento del nivel de ansiedad activa respuestas adaptativas que se van repitiendo a lo largo de la vida.

- El DSM-5 (APA; 2014) define ansiedad como una respuesta anticipada a una situación amenzante o a la percepción de potenciales daños, lo que provoca respuestas conductuales como indisciplina, emocionales como depresión, y fisiológicos como agitación y preocupación.

Niveles de ansiedad

Martínez y Cerna (1990), considerando los diversos tipos escalas sobre la ansiedad, realizaron una nivelación en base a la intensidad, incidencia y duración de síntomas que reflejan este trastorno en sus diversas duraciones, sean estas conductual, emocional y fisiológica; siendo los niveles de ansiedad son los siguientes:

- **Ansiedad leve**. Es la ansiedad que va del nivel mínimo a moderado, en este nivel una persona enfrenta una situación ansiosa, sin embargo, todavía domina sus capacidades sobre dicho episodio, aunque le pone una especial

atención produciendo reacciones como respiración entrecortada, cambio en la frecuencia cardiaca, tensión, entre otros.

- **Ansiedad moderada**. Se extiende desde un nivel moderado a severo, en este estado la situación ansiosa empieza a desbordar las capacidades de afrontamiento de una persona por lo que experimenta restricciones para realmente distinguir lo que ocurre; produciendo así tensión elevada y aumento de la frecuencia cardiaca.

- **Ansiedad grave**. Es el nivel de ansiedad en grado mayor, se caracteriza porque una persona pierde total control de la realidad debido a la situación ansiosa, por lo tanto, es incapaz de afrontarla, en cambio su atención se dispersa, hay dificultades de aprendizaje y tener ideas lógicas; en este nivel se presentan sensación de ahogo, movimientos involuntarios e hipotensión arterial, entre otros.

2.2.4. Estrés

Definiciones

- Lovibond y Lovibond (1995) definen el estrés como un estado persistente de sobreactivación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración.

- Desde 1935, Hans Selye, considerado padre del estrés, introdujo el concepto de estrés como síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química. “El estado que se manifiesta por un síndrome específico consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico pero sin una causa particular”, “Una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda realizada sobre él”.

- Según Barrio, García y Arce (2006) definen al estrés como preparación o activación para enfrentarnos de la mejor manera a las circunstancias que se nos presentan. Existen dos tipos de estrés, el primero es el positivo o también llamando productivo (eu-estrés) que nos ayudan para bien, es decir, nos da la activación para responder de manera adecuada y eficaz a cualquier evento, y al otro extremo tenemos un estrés negativo o destructivo (diestrés) que provoca sufrimiento, poca eficacia, malestar y tensión.

- En el DSM-5 (APA; 2014) se define a la reacción aguda de estrés, a los síntomas intrusivos, estado de ánimo negativo, y síntomas de disociación, evitación y alerta.

Niveles de estrés

El estrés, desde que se manifiesta hasta que alcanza su más alto nivel va atravesando una serie de etapas, durante las cuales se puede detener el trastorno que genera o bien permitir que siga desarrollándose hasta llegar a las peores consecuencias. Melgosa (2004), explica que el individuo al enfrentar el estrés pasa por tres etapas:

- **Estrés leve**: Es la fase de alarma que constituye el aviso de la presencia de un agente estresor.

- **Estrés moderado**: Es la fase de resistencia, cuando la presencia de una situación amenazante supera a la fase de alarma y tiende a prolongarse.

- **Estrés severo**: Es el estado o fase de agotamiento dándose una disminución progresiva en el organismo, que conduce a un estado de deterioro que se caracteriza por la presencia de depresión, fatiga y ansiedad, síntomas que pueden aparecer de manera simultánea o individual

Modelos teóricos

Modelo Tripartito de Ansiedad – Depresión, de Clark y Watson

Es un modelo que une dos categorías diagnósticas (ansiedad y depresión) ya que en la práctica clínica suelen ir unidas, identificada en el CIE-10 como trastorno mixto ansiedad depresión. Se llama así Tripartito, porque vincula 3 grupos sintomatológicos: Bajo afecto positivo (Depresión), elevada reactividad fisiológica (Ansiedad) y alto afecto negativo (Distrés). Para los grupos de Depresión y Ansiedad los síntomas son específicos, en cambio para el grupo del distrés los síntomas son generales (Clark y Watson; 1991).

Adaptación de Peter Lovibond y Sydney Lovibond

Lovibond y Lovibond (1995) toman este modelo proponiendo ciertas modificaciones para la construcción de una escala psicométrica. El grupo sintomatológico de alto afecto negativo, lo convierten a una categoría diagnóstica de Estrés, teniendo 2 síntomas principales, tensión nerviosa e irritabilidad. Si bien, los autores asumen una disfunción emocional mixta como el modelo tripartito, utilizan el análisis factorial para diferenciar las 3 categorías diagnósticas. Los autores proponen que los diversos síndromes están interrelacionados porque comparten causas comunes, como vulnerabilidades genéticas y ambientales, y desencadenantes ambientales.

Depresión, ansiedad y estrés son variables de naturaleza cualitativa politómica con una escala ordinal, para su medición se utiliza la herramienta psicométrica de su propia autoría que es la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21; compuesta por tres subescalas, con referencia a la subescala de depresión está compuesta por los siguientes ítems 3, 5, 10,13, 16, 17, 21; conformada por 7 ítems, con un formato de respuestas tipo Likert de 4 columnas la alternativa “nunca” (0 puntos), “a veces” (1 punto), “con frecuencia” (2 puntos), “casi siempre” (3 puntos); los puntajes directos serán sumados más 7 determinan el nivel de depresión en cuatro categorías según el siguiente rango que va de 7 a 8 funcional; de 9 a 10 leve; de 11 a 15 moderado y de 16 a 28 severo. Respecto a la subescala de ansiedad está compuesta por los siguientes ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; conformada por 7 ítems, con un formato tipo Likert de 4 columnas la alternativa “nunca” (0 puntos), “a veces” (1 punto), “con frecuencia” (2 puntos), “casi siempre” (3 puntos); los puntajes directos serán sumados más 7 que

determinan el nivel de depresión en cuatro categorías según el siguiente rango que va de 7 a 8 funcional; de 9 a 10 leve; de 11 a 15 moderado y de 16 a 28 severo. Referente a la subescala de estrés está compuesta por los siguientes ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18; conformada por 7 ítems, con un formato de respuestas tipo Likert de 4 columnas la alternativa “nunca” (0 puntos), “a veces” (1 punto), “con frecuencia” (2 puntos), “casi siempre” (3 puntos); los puntajes directos serán sumados más 7 que determinan el nivel de depresión en cuatro categorías según el siguiente rango que va de 7 a 8 funcional; de 9 a 10 leve; de 11 a 16 moderado y de 17 a 28 severo.

2.4. Marcos Conceptuales

- **Disfunciones emocionales:** Se refiere a las reacciones emocionales que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y alta activación fisiológica (Cano y Miguel; 2000).

- **Patrones de vida:** llamadas también patrones de conductuales que se entienden por ser formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de manera estructurada y que se pueden asumir como hábitos cuando forman el modo habitual de responder a diferentes situaciones. Estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar (Rodríguez-Marín y Garcia, 1995).

- **Esquema disfuncional temprano:** Young, Klosko y Wheishaar (2003, p. 78) señalan que vendrían a ser el resultado de la interacción entre necesidades emocionales no satisfechas durante la infancia, experiencias vividas a temprana edad y el temperamento del niño.

- **Estabilidad emocional:** es normalmente entendida como el grado en que una persona se siente y se expresa de forma relajada de tal manera que no tiene emociones, pensamientos persistentes negativos. Aquellos que cuenten con una estabilidad emocional adecuada, son personas que se encuentran tranquilas, serenas, constantes, saben afrontar una situación de tensión y/o estrés, se muestran seguras y tienen mayor facilidad de

relacionarse con su entorno. Por lo contrario, las personas menos estables, se muestran más reactivas ante las situaciones de estrés, cambian de manera constante, inseguras, vulnerables, las situaciones distintas hacen que puedan sufrir ante el proceso de adaptarse, muestran mayores cambios de estados de ánimo (Laura; 2022).

- **Respuestas adaptativas:** Son acciones de afrontamientos que tienden a evadir y rechazar todo tipo de conducta que les demande dolor o cansancio. Algunas respuestas tienden a ser el consumo de alcohol desmedido o drogas, así también conductas histriónicas y agresivas o autolesiones (Raffo y Pérez; 2009)

- **Reacciones fisiológicas:** Es la respuesta física y específica del organismo ante cualquier demanda o agresión, ante agresores que amenazan la tranquilidad que pueden ser tanto físicos como psicológicos (Nogareda; 1994)

- **Afecto negativo:** Se hace referencia a un malestar subjetivo que representa el factor común entre varios estados emocionales aversivos, como el miedo, la tristeza, la ira, el disgusto y la culpa (Watson, Clark & Stasik; 2011).

III. METODOLOGÍA

3.1. Hipótesis General

Hg: Sí es eficaz el programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz”, para reducir depresión, ansiedad y estrés, en servidores públicos que laboran en la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, durante el año 2023.

Ho: No es eficaz el programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz”, para reducir depresión, ansiedad y estrés, en servidores públicos que laboran en la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, durante el año 2023.

3.2. Hipótesis Específicas

- Existe el nivel de depresión moderado en los servidores públicos de la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz”.

- Existe el nivel de ansiedad moderado en los servidores públicos de la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz”.

- Existe el nivel de estrés moderado en los servidores públicos de la Corte Superior de Justicia de la Selva Central, Chanchamayo, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz”.

3.3. Identificación de Variables

Variable Independiente:

Programa de intervención psicológica*:* La intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas. (Bados; 2008)

Variables dependientes:

Nivel de Depresión: La depresión es una baja afectividad positiva, que incluye tristeza, ausencia de positividad y entusiasmo y pérdida de iniciativa. (Lovibond y Lovibond; 1995)

Nivel de Ansiedad: La ansiedad es tensión y agitación fisiológica, donde la respiración entrecortada, resequedad de boca, taquicardia, miedo, pánico, temblores, son algunos síntomas característicos que se pueden presentar. (Lovibond y Lovibond; 1995)

Nivel de Estrés: El estrés es un estado persistente de sobreactivación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración. (Lovibond y Lovibond; 1995)

3.4. Operacionalización de Variables

Ver en el Anexo 1.

3.5. Matriz de Consistencia

Ver en el Anexo 2.

3.6. Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio es de tipo Cuantitativo, así mismo tiene un diseño de estudio cuasiexperimental de corte longitudinal (pretest y postest). Hernández et al. (2014) menciona que “en los cuasiexperimentos no se asignan al azar los sujetos a los grupos experimentales, sino que se trabaja con grupos intactos. Los cuasiexperimentos alcanzan validez interna en la medida en que demuestran la equivalencia inicial de los casos, fenómenos o grupos participantes y la equivalencia en el proceso de experimentación. Los cuasiexperimentos son, fundamentalmente, correlacionales, aunque pueden llegar a ser explicativos”.

3.7. Unidad de Análisis

La unidad de análisis es el servidor público de la CSJSC de la sede San Carlos - Chanchamayo.

3.8. Población de Estudio

La población se compone por el total de trabajadores de la CSJSC de la sede San Carlos – Chanchamayo, siendo un total de 40 servidores públicos; el cual fue dividido en un grupo control de 20 participantes y un grupo experimental de 20 participantes

Grupo Experimental

Criterios de inclusión

- Servidor público de la CSJSC - Chanchamayo que tenga contrato vigente en el año 2023.
- Servidor público, varón y mujer, mayor de 18 años de edad.
- Servidor público que firme el asentimiento informado para participar en la aplicación del cuestionario de la investigación.
- Servidor público que firme el asentimiento informado para participar para el desarrollo del programa de intervención psicológica.

Criterios de exclusión

- Servidor público que no asista a laborar en la institución los días en que se programó la aplicación de los cuestionarios.
- Servidor público que no participe en más de 3 sesiones del programa de intervención psicológica.
- Servidor público que rescinda contrato con la institución durante el desarrollo de la investigación.
- Servidor público que no complete correctamente los cuestionarios.

Grupo Control

Criterios de inclusión

- Servidor público de la CSJSC - Chanchamayo que tenga contrato vigente en el año 2023.
- Servidor público, varones y mujeres, mayor de 18 años de edad.
- Servidores públicos que firme el asentimiento informado para participar en la aplicación de los cuestionarios de la investigación

Criterios de exclusión

- Servidor público que no asista a laborar en la institución los días en que se programó la aplicación de los cuestionarios.
- Servidor público que rescinda contrato con la institución durante el desarrollo de la investigación.
- Servidor público que no complete correctamente los cuestionarios.

3.9. Tamaño y Selección de Muestra

La presente investigación no precisa del cálculo del tamaño de muestra, dado que fue una muestra censal, pues se trabajó con la población total de servidores públicos de la CSJSC de la sede de San Carlos, de la ciudad de Chanchamayo.

3.10. Técnica de Recolección de Datos

Realización del diseño del programa de intervención psicológica. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario, para medir el nivel de depresión, ansiedad y estrés del servidor público antes y después (Pre y post) de la intervención psicológica “Trabaja Por Un Cerebro Feliz”.

Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir; debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis (Hernández et al.; 2014)

A continuación, se detalla el plan de recolección de datos. Como primer paso se solicitó el permiso correspondiente a la CSJSC para realizar el estudio titulado “Eficacia de un programa de intervención psicológica en personal de la CSJSC, Chanchamayo, 2023” con el objetivo de determinar la eficacia del programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz” para reducir depresión, ansiedad y estrés en servidores públicos que laboran en la CSJSC de la sede - Chanchamayo, durante el 2023. Asimismo, para la obtención de información se generó una lista de tal forma que los 40 participantes dejaron sus datos, consentimiento informado y el registro de su pretest.

En el segundo paso se llevó a cabo en una reunión de concientización y presentación del plan de intervención psicológica “Trabaja Por Un Cerebro Feliz” Donde se hizo la división del grupo control de 20 participantes y un grupo experimental de 20 participantes, la forma de clasificación para los grupos fue de manera equitativa según la cantidad de los niveles de depresión, ansiedad y estrés, género y etapa de vida. Asimismo, se aplicó el pre test donde se administró el instrumento psicométrico la Escala de Depresión, ansiedad y Estrés DASS-21. A ambos grupos. El grupo control que no participó en el desarrollo del programa de intervención psicológica, posteriormente fue beneficiado con dos talleres sobre disfunciones emocionales, depresión, ansiedad y estrés, el mes siguiente al término de la presente investigación.

Como tercer paso se desarrolló la intervención psicológica “Trabaja Por Un Cerebro Feliz” en el grupo experimental de 20 participantes, se llevó a cabo en 6 sesiones, de una duración de 1hra y 30 minutos cada sesión, cada 15 días

durante 3 meses, esta intervención fue de forma presencial en las instalaciones de la propia Institución beneficiada,

En el cuarto paso se convocó a una reunión de clausura y se aplicó el post test a los participantes, los 20 del grupo control y a los 20 del grupo experimental, se aplicó el instrumento psicométrico la Escala de Depresión, ansiedad y Estrés DASS-21.

En el quinto paso se registró los datos en el programa Microsoft Excel generando una base de datos para poder procesar la información y obtener los resultados correspondientes.

Referente al instrumento psicométrico que se aplicó Escala de Depresión, ansiedad y Estrés DASS-21, cuyo autor es Peter Lovibond y Sydney Harold Lovibond y fue construido en 1995. En Perú adaptado por Palomino Quiroz, Karim Mayumi en 2021. Realizó la validez de contenido con el aporte de cinco expertos, obteniendo valores para la V de Aiken 1 para todos los ítems siendo ≥.80 lo que indica ser adecuados y analizó la confiabilidad por consistencia interna de las escalas DASS-21, obteniendo coeficientes alfa y omega (>80) lo que demuestra que el DASS-21 tiene un alto nivel de fiabilidad. Los puntajes obtenidos constan de 21 ítems, y se puntúa a través de la escala tipo Likert: 0= Nunca, 1= a veces, 2= con frecuencia, 3= casi siempre, esta escala evalúa los niveles de depresión, ansiedad y estrés en categorías generales. El cual establece la información del conocimiento previo de las variables a ser estudiadas.

3.11. Análisis e interpretación de la Información

Una vez obtenido los resultados del pre y postest del grupo control y grupo experimental de las variables dependientes, se procedió a tabular la información en el programa SPSS V23.

Se sistematizó los datos organizándolos en puntajes directos, puntajes percentiles y niveles, para luego responder a los objetivos e hipótesis de

investigación. Para responder al primer objetivo específico, se procedió a realizar la estadística descriptiva, obteniendo las tablas de frecuencia de los niveles del pre y postest de ambos grupos, también se obtuvo la media, desviación estándar, el puntaje mínimo y máximo. Para comprobar la hipótesis de investigación se basó en la estadística inferencial, como primer paso se procedió a conocer la distribución de la muestra, utilizando el estadístico shapiro wilk, el cual se usa para muestras menores de 50, obteniendo como resultado que la investigación presenta una distribución anormal; por consiguiente, se procedió a trabajar con el estadístico U de Mann - Whitney dado que se utiliza para estudios cuasiexperimentales.

3.12. Aspectos Éticos de la Investigación

La autora del presente estudio conoce y respeta los principios de la declaración de Helsinki 2013 , de la Asociación Médica Mundial. Además de ello, también los siguientes:

Confidencialidad y política de protección de datos

La presente investigación se alinea a la ética profesional del psicólogo, en el sentido que hubo absoluta confidencialidad de los datos personales de los participantes del estudio, por tal razón estos datos no han sido difundidos ni compartidos con ninguna persona, y solo el investigador puede manipularlos para los fines académicos sustentados.

Respeto a la privacidad

La privacidad de los participantes estará garantizada, al no utilizar los nombres y apellidos de los participantes en el procesamiento de sus datos, para ello se utilizarán códigos para asociarla al de un servidor público.

Autorización, consentimiento a la participación

Durante el plan de recolección de datos se solicitó la autorización debida a los directivos de la institución, se pidió el consentimiento de participación voluntaria firmado por los participantes, para pedir tales permisos se les informó con claridad el título, problemas, objetivos y justificación de la investigación.

No a la discriminación y libre participación

No existe discriminación de ningún tipo, sea esta, religiosa, racial, cultural o socioeconómica hacia los servidores públicos que voluntariamente quieren participar en el presente estudio; también está asegurada la libertad a los trabajadores en retroceder en su decisión de participar, pudiendo abandonar el estudio en el momento que estimen conveniente.

Profesionalismo

La cordialidad y el respeto son los valores, con lo cual el investigador se conduce para el desarrollo de la investigación, estos valores están presentes en el momento de responder las consultas y dudas, recibir consejos y sugerencias, y al momento de buscar soluciones ante situaciones que impidan el normal desarrollo del estudio.

Calidad de la investigación, autoría y uso de los resultados

El estudio se basa en una metodología aplicada en investigaciones universitarias, los procesos de obtención, manipulación, descripción y análisis de la información se adecuan a los métodos selecciones para garantizar calidad en la investigación, así mismo se respeta los derechos de autor y se cita adecuadamente las fuentes documentales en las referencias bibliográficas. Referentes al uso de los resultados, esta investigación tiene una justificación social al querer contribuir a la producción científica.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de resultados e interpretación

Como se muestra en el Cuadro 1, tanto en el grupo experimental como en el grupo control la muestra de estudio está conformada en su mayoría por trabajadores del sexo femenino, entre los 30 y 44 años, de estado civil soltero/a, sin hijos, con el tipo de cargo personal jurisdiccional y tiempo de servicio de 1 a 5 años.

Cuadro 1 Descripción de los factores sociodemográficos de los participantes

	Grupo control n (%)	**Grupo experimental n (%)**	**Total n (%)**
Sexo			
Masculino	7 (35.0)	9 (45.0)	16 (40.0)
Femenino	13 (65.0)	11 (55.0)	24 (60.0)
Edad			
18-29 años	4 (20.0)	6 (30.0)	10 (25.0)
30-44 años	7 (35.0)	11 (55.0)	18 (45.0)
45-59 años	6 (30.0)	3 (15.0)	9 (22.5)
60-más años	3 (15.0)	0 (0.0)	3 (7.5)
Estado civil			
Soltero/a	12 (60.0)	10 (50.0)	22 (55.0)
Casado/a	1 (5.0)	6 (30.0)	7 (17.5)
Divorciado/a	1 (5.0)	1 (5.0)	2 (5.0)
Conviviente	5 (25.0)	3 (15.0)	8 (20.0)
Viudo/a	1 (5.0)	0 (0.0)	1 (2.5)
Número de hijos			
Sin hijos	9 (45.0)	10 (25.0)	19 (47.5)
1 hijo	3 (15.0)	5 (25.0)	8 (20.0)
De 2 a más hijos	8 (40.0)	5 (25.0)	13(32.5)
Tipo de cargo			
Magistrado/a	2 (10.0)	1 (5.0)	3 (7.5)
Personal jurisdiccional	10 (50.0)	13 (65.0)	23 (57.5)
Personal administrativo	8 (40.0)	6 (30.0)	14 (35.0)
Tiempo de servicio			
Menos de 1 año	0 (0.0)	5 (25.0)	5 (12.5)
De 1 a 5 años	9 (45.0)	9 (45.0)	18 (45.0)
De 6 a más años	11 (55.0)	6 (30.0)	17 (42.5)
Total	**20 (100.0)**	**20 (100.0)**	**40 (100,0)**

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro 2 se evidencia que antes (pretest) del desarrollo del programa de intervención psicológica, tanto en el grupo control como el grupo experimental, el nivel preponderante de depresión es el moderado. Asimismo, después (postest) del desarrollo del programa de intervención psicológica en el grupo control se mantiene en su mayoría el nivel moderado; mientras que en el grupo experimental el nivel predominante es el normal o funcional.

Cuadro 2 Nivel de depresión, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica

	Grupo control		Grupo experimental	
	Pretest n (%)	**Postest n (%)**	**Pretest n (%)**	**Postest n (%)**
Depresión				
Funcional	3 (15.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	14 (70.0)
Leve	4 (20.0)	5 (25.0)	6 (30.0)	6 (30.0)
Moderada	13 (65.0)	12 (60.0)	13 (65.0)	0 (0.0)
Severa	0 (0.0)	3 (15.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Total	**20 (100.0)**	**20 (100.0)**	**20 (100.0)**	**20 (100.0)**

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro 3, se evidencia que antes (pretest) del desarrollo del programa de intervención psicológica, tanto en el grupo control como el grupo experimental, el nivel preponderante de ansiedad es el moderado. Asimismo, después (postest) del desarrollo del programa de intervención psicológica en el grupo control se mantiene en su mayoría el nivel moderado; mientras que en el grupo experimental el nivel predominante es el normal o funcional.

Cuadro 3 Nivel de ansiedad, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica

	Grupo control		Grupo experimental	
	Pretest n (%)	**Postest n (%)**	**Pretest n (%)**	**Postest n (%)**
Ansiedad				
Funcional	1 (5.0)	1 (5.0)	2 (10.0)	11 (55.0)
Leve	8 (40.0)	2 (10.0)	4 (20.0)	8 (40.0)
Moderada	11 (55.0)	11 (55.0)	11 (55.0)	1 (5.0)
Severa	0 (0.0)	6 (30.0)	3 (15.0)	0 (0.0)
Total	**20 (100.0)**	**20 (100.0)**	**20 (100.0)**	**20 (100.0)**

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro 4, se evidencia que antes (pretest) del desarrollo del programa de intervención psicológica, tanto en el grupo control como el grupo experimental, el nivel preponderante de estrés es el moderado. Asimismo, después (postest) del desarrollo del programa de intervención psicológica en el grupo control se mantiene en su mayoría el nivel moderado; mientras que en el grupo experimental el nivel predominante es el leve.

Cuadro 4 Nivel de estrés, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica

	Grupo control		**Grupo experimental**	
	Pretest n (%)	**Postest n (%)**	**Pretest n (%)**	**Postest n (%)**
Estrés				
Funcional	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (25.0)
Leve	4 (20.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	10 (50.0)
Moderado	13 (65.0)	14 (70.0)	15 (75.0)	5 (25.0)
Severo	3 (15.0)	6 (30.0)	4 (20.0)	0 (0.0)
Total	**20 (100.0)**	**20 (100.0)**	**20 (100.0)**	**20 (100.0)**

Fuente: Elaboración propia

4.2. Prueba de hipótesis

Hipótesis general

Ha: Sí es eficaz el programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz”, para reducir depresión, ansiedad y estrés, en servidores públicos que laboran en la CSJSC, Chanchamayo, durante el año 2023.

H0: No es eficaz el programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz”, para reducir depresión, ansiedad y estrés, en servidores públicos que laboran en la CSJSC, Chanchamayo, durante el año 2023.

Test de normalidad

Como se observa en el Cuadro 5, para conocer la distribución de la muestra de estudio se utiliza el estadístico Shapiro-Wilk, ya que las muestras están conformadas por menos de 50 participantes. Asimismo, para justificar la utilización del estadístico inferencial se debe comprobar la normalidad de las muestras.

Cuadro 5 Prueba de normalidad - paramétrica de las variables

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	**gl**	**Sig.**	**Estadístico**	**gl**	**Sig.p**
Pretest Depresión	GC	0,173	20	0,120	0,949	20	0,359
	GE	0,165	20	0,160	0,953	20	0,423
Postest Depresión	GC	0,280	20	0,000	0,784	20	0,000
	GE	0,398	20	0,000	0,672	20	**0,000**
Pretest Ansiedad	GC	0,171	20	0,126	0,909	20	0,061
	GE	0,121	20	0,200*	0,969	20	0,723
Postest Ansiedad	GC	0,170	20	0,131	0,919	20	0,093
	GE	0,243	20	0,003	0,720	20	**0,000**
Pretest Estrés	GC	0,200	20	0,035	0,925	20	0,125
	GE	0,109	20	0,200*	0,971	20	0,778
Postest Estrés	GC	0,217	20	0,014	0,843	20	0,004
	GE	0,213	20	0,018	0,943	20	**0,270**

a. Corrección de significación de Lilliefors
* Esto es un límite inferior de la significación verdadera
Fuente: Elaboración propia

Si el valor de p es < de 0.05, significa que es una prueba no paramétrica; si p es > de 0.05 significa que es una prueba paramétrica.

Decisión: Para las variables depresión y ansiedad el valor p es < de 0.05. Para la variable estrés el valor p es > de 0.05.

Conclusión:

Las variables depresión y ansiedad tienen una distribución no paramétrica, por lo tanto, se utilizará el estadístico U de Mann-Whithney. La variable estrés tiene una distribución paramétrica, por lo tanto, se utilizará el estadístico T de Student.

Estadístico: Prueba de los rangos

En el Cuadro 6, encontramos que para la variable depresión al tratarse de una muestra no paramétrica, se utiliza el estadístico de prueba U de Mann-Whitney, y de esta manera se puede determinar la eficacia del programa de intervención psicológica.

Cuadro 6 Eficacia del programa de intervención psicológica en la variable Depresión

Estadísticos de prueba[a]		
	Pretest	**Postest**
U de Mann-Whitney	168,000	16,500
W de Wilcoxon	378,000	226,500
Z	-0,874	-5,075
Sig. asintótica (bilateral)	0,382	**0,000**
Sig. exacta [2* (sig. unilateral)]	0,398[b]	0,000[b]

a. Variable de agrupación
b. No corregido para empates

Fuente: Elaboración propia

Si el valor de p es < de 0.05 existe evidencia estadística de eficacia del programa de intervención psicológica “Trabaja Por Un Cerebro Feliz”

Decisión: Existe evidencia estadística suficiente para rechazar la H0.

Conclusión: Ambos grupos control y experimental tienen puntajes diferentes en el Postest; por lo tanto, existe eficacia del programa de intervención psicológica “Trabaja Por Un Cerebro Feliz” en la reducción de depresión.

En el Cuadro 7, encontramos que para la variable ansiedad al tratarse de una muestra no paramétrica, se utiliza el estadístico de prueba U de Mann-Whitney, y de esta manera se puede determinar la eficacia del programa de intervención psicológica.

Cuadro 7 Eficacia del programa de intervención psicológica en la variable Ansiedad

Estadísticos de prueba[a]		
	Pretest	**Postest**
U de Mann-Whitney	167,000	27,500
W de Wilcoxon	377,000	237,500
Z	-0,900	-4,736
Sig. asintótica (bilateral)	0,368	**0,000**
Sig. exacta [2* (sig. unilateral)]	0,383[b]	0,000[b]

a. Variable de agrupación
b. No corregido para empates

Fuente: Elaboración propia

Si el valor de p es < de 0.05 existe evidencia estadística de eficacia del programa de intervención psicológica “Trabaja Por Un Cerebro Feliz”

Decisión: Existe evidencia estadística suficiente para rechazar la H0.

Conclusión: Ambos grupos control y experimental tienen puntajes diferentes en el postest; por lo tanto, existe eficacia del programa de intervención psicológica “Trabaja Por Un Cerebro Feliz” en la reducción de ansiedad.

En el Cuadro 8, encontramos que para la variable estrés al tratarse de una muestra paramétrica, se utiliza el estadístico de prueba T de Student, y de esta manera determinar la eficacia del programa de intervención psicológica.

Cuadro 8 Eficacia del programa de intervención psicológica en la variable Estrés

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Pre test	Se asumen varianzas iguales	0,000	1,000	0,542	38	0,591	0,400	0,738	-1,893	1,093
	No se asumen varianzas iguales			0,542	37,73	0,591	0,400	0,738	-1,894	1,094
Pos test	Se asumen varianzas iguales	5,735	0,022	6.697	38	**0,000**	5,550	0,829	3,872	7,228
	No se asumen varianzas iguales			6.697	26,95	0,000	5,550	0,829	3,850	7,250

Fuente: Elaboración propia

Si el valor de p es < de 0.05 existe evidencia estadística de eficacia del programa de intervención psicológica “Trabaja Por Un Cerebro Feliz”

Decisión: Existe evidencia estadística suficiente para rechazar la H0.

Conclusión: Ambos grupos control y experimental tienen puntajes diferentes en el postest; por lo tanto, existe eficacia del programa de intervención psicológica “Trabaja Por Un Cerebro Feliz” en la reducción de estrés.

Conclusión de resultados de hipótesis general: Al comprobar que para las tres variables tienen puntajes diferentes en el Postest se concluye que existe eficacia del programa de intervención psicológica “Trabaja Por Un Cerebro Feliz” en la reducción de depresión, ansiedad y estrés.

4.3. Discusión de resultados

En referencia al primer objetivo específico, los resultados evidencian que el personal de la CSJSC presenta en su mayoría un nivel moderado de depresión. Al respecto, Espinoza (2018) encontró un resultado similar en servidores públicos de la Dirección Regional de Junín, al evidenciar que el nivel de depresión predominante es el nivel moderado y leve. Asimismo, Céspedes (2022) corrobora este resultado al hallar que el personal de salud de la provincia de Tumbes tiene un nivel moderado de depresión. En ese sentido, Lovibond y Lovibond (1995), mencionan que la depresión es un problema de salud mental que con frecuencia se presenta en personas que se desempeñan laboralmente em ámbitos con carga laboral excesiva. Coincide con este punto de vista Beck (2010) ya que la forma de percepción que tiene una persona frente a los problemas, está arraigada a las experiencias negativas en su temprana etapa de vida.

Así también Clark y Watson (1991) de acuerdo al modelo tripartito refieren que las personas con sintomatología de depresión presentan malestar afectivo general, anhedonia y bajo afecto de si mismo y de las situaciones que enfrentan. Por consiguiente, Melgosa (2004) señala que la depresión es una plaga moderna en el ámbito de la Salud Mental donde la persona experimenta un estado de ánimo de inmensa tristeza, ausencia de placer en toda actividad, pérdida de apetito y peso, alteraciones del sueño, fatiga o perdida de energía, sentimientos negativos de sí mismo o de culpa, limitaciones en la capacidad mental e ideas o intentos suicidas. Además, Beck *et al.* (1967) evidenciaron que la persona depresiva tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo, y del futuro que queda expresada dentro de un amplio rango de distorsiones cognitivas negativas.

En referencia al segundo objetivo específico, los resultados evidencian que el personal de la CSJSC presenta en su mayoría un nivel moderado de ansiedad. Al respecto, Montoya (2022) encontró un resultado similar en empleados públicos de una Municipalidad Distrital de Lima, al identificar que el nivel de ansiedad es preponderante el nivel moderado. Asimismo, Ortiz y Villacorta

(2021) respalda este resultado al hallar que trabajadores del sector público de la ciudad de Huaraz, tienen también un nivel moderado de ansiedad, Así también Montoya (2022). En ese sentido, Lovibond y Lovibond (1995), mencionan que la ansiedad es un problema de un estado emocional negativo que con frecuencia se presenta en personas que vivencia el miedo al error ante situaciones propias de la vida o actividades laborales excesivas. En tanto para Beck (2010) la ansiedad es una respuesta emocional negativa que da una persona ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

Así también Clark y Watson (1991) refieren que las personas con sintomatología de ansiedad presentan malestar afectivo general e hiperactivación fisiológica sobre las situaciones que enfrentan. Además, Melgosa (2004) manifiesta que la persona ansiosa experimenta un sentimiento global de aprensión y preocupación que altera considerablemente la normalidad de su vida. Se evidencia a una persona con ansiedad cuando presenta sensación de inquietud, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, respiración acelerada, sensación de horror, sudor frío o sofocos, mareos y boca seca.

En referencia al tercer objetivo específico, los resultados reflejan que el personal de la CSJSC presenta en su mayoría un nivel moderado de estrés. Al respecto, Cruz (2019) encontró un resultado similar en servidores públicos de una Municipalidad Distrital de Arequipa, al identificar que el nivel de estrés es predominantemente el nivel moderado. Asimismo, Echevarría y Nava (2023) coinciden con este resultado al hallar que trabajadores del centro de salud público de los olivos, tienen también un nivel moderado de estrés. En ese sentido, Lovibond y Lovibond (1995), mencionan que el estrés es un estado de alerta y que con frecuencia se presenta de manera negativa ante situaciones propias de la vida y de exceso de trabajo.

Asimismo, para Selye (1973) el estrés es la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que sobre él se ejerce. Por consiguiente, Melgosa (2004) refiere que cuando se ha sobrepasado la barrera del uso adecuado del estrés, el organismo humano empieza a resentirse y a bajar la guardia del sistema inmunológico, que nos protege de las infecciones. Y así el ser humano se hace

más propenso a adquirir todo tipo de enfermedades. Los síntomas más visibles en el estrés suelen ser la falta de concentración, fallos de memoria, dificultad para dormir, migrañas, impaciencia, irritabilidad, impulsividad, tensión constante.

Respecto al objetivo general, los resultados reflejan la eficacia del programa de intervención psicológica ya que en el personal de la CSJSC se produjo la reducción de depresión, ansiedad y estrés. Al respecto, Párraga (2005) encontró un resultado similar en trabajadores de la salud siendo aplicado el estudio en enfermeras del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia de España, donde identificó la eficacia del programa de intervención psicológica titulada IRIS, así también, la reducción de las disfunciones emocionales como la depresión, ansiedad y estrés fue de manera significativa. Asimismo, Espedilla y Puma (2019) coinciden con este resultado al hallar que trabajadores de limpieza de la Municipalidad de Miraflores de la ciudad de Arequipa, tienen niveles reducidos de estrés luego de la aplicación del programa, por lo que sí existe significativamente la eficacia del programa de intervención psicológica.

Así también Medeiro y Pulido (2011) aplicaron el programa de reducción de estrés basado en Mindfulness para funcionarios de la salud de un hospital público de Santiago de Chile donde han demostrado que mencionado programa ha sido eficaz en el manejo de diversas condiciones médicas y psicológicas ya que evidenciaron mejoría significativa en sintomatología ansiosa, depresiva y somática como estrés. Igualmente, Jiménez *et al.* (2020) aplicaron el programa de intervención psicológica de reducción de estrés basado en mindfulness, los participantes fueron un grupo de docentes voluntarios de preescolar, primaria y secundaria de Colombia, quienes han vivenciado la reducción del nivel estrés de manera significativa luego de haber participado del programa de intervención psicológica. En ese sentido, Toro y Ansoleaga (2010) un programa de intervención, es un grupo estructurado de disposiciones que intervendrán sobre los riesgos, teniendo en cuenta siempre lo más crítico para establecerlo como prioridad ejecutando actividades consecutivas en determinados tiempos, para cumplir con los objetivos planteados según cronograma. Asimismo, para Bados (2008), mencionan que la intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicos realizado exclusivamente por un profesional

acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas.

4.4. Conclusiones

- El programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz” fue adecuado para la reducción de depresión, ansiedad y estrés en servidores Públicos, de la CSJSC, Chanchamayo, con una significancia menor a 0,005.

- El nivel predominante de depresión en los servidores públicos de la CSJSC, Chanchamayo, antes del desarrollo del programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz” fue el nivel moderado; mientras que el nivel de depresión después del desarrollo del programa de intervención psicológica fue el nivel funcional.

- El nivel predominante de ansiedad en los servidores públicos de la CSJSC, Chanchamayo, antes del desarrollo del programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz” fue el nivel moderado; mientras que el nivel de ansiedad después del desarrollo del programa de intervención psicológica fue el nivel funcional.

- El nivel predominante de estrés en los servidores públicos de la CSJSC, Chanchamayo, antes del desarrollo del programa de intervención psicológica “Trabaja por un Cerebro Feliz” fue el nivel moderado; mientras que el nivel de estrés después del desarrollo del programa de intervención psicológica fue el nivel leve.

4.5. Recomendaciones

- Implementar el programa de intervención psicológica “Por Un Cerebro Feliz” para reducir Depresión, Ansiedad y Estrés, en servidores públicos en diferentes instituciones del estado.

- Promover el uso de instrumentos psicométricos sobre depresión ansiedad y estrés en servidores públicos de la CSJSC, Chanchamayo, con el fin de conocer los niveles para una atención oportuna.

- Implementar planes de acción que permitan la capacitación del personal del área competente del bienestar de los servidores públicos en la prevención, control y reducción de los estados emocionales negativos, con la finalidad de fortalecer el control y seguimiento de la salud mental.

- Realizar posteriores estudios de tipo cuasiexperimental para incrementar los conocimientos sobre los niveles de Depresión, Ansiedad y Estrés y como reducirlos en servidores públicos, mediante programas de intervención psicológicas.

- Usar la información obtenida de esta investigación para realizar talleres en la prevención y sensibilización en servidores públicos de los problemas que conlleva la Depresión, Ansiedad y Estrés.

IV.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Arequipeño Vásquez, F. M., y Gaspar Salazar, M. N. (2017). Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016 (tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/397/Flor_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bados, (2008) Intervención psicológica: características y modelos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 1(1) 1-48. https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf*

Barradas Alarcón, M. E. (2014). *Depresión en estudiantes universitarios: una realidad indeseable*. Indiana. Editorial Palibrio.

Barrio, J. A., García, M. R., Ruiz, I., Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(1), 37-48. https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1967). Terapia cognitiva de la depresión. [Versión Adobe Digital Editions]. https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf

Beck, A., Robert, S. y Gregory, B. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. Argentina, Buenos Aires: GrAfica MPS.

Beck, A., Emery, G., Shaw, B., y Rush, J. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brower.

Bousoño, M., Baca, E., Álvarez, E., Eguiluz, I., Martín, M., y Roca, M. (2008). Complicaciones de la depresión a largo plazo. *Actas Esp Psiquiatr, 36*(2), 44-52. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/ibc-62781

Cano Vindel, A. Miguel Tobal, J. J. (2000) Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero-15 de Marzo 2000 [citado: 2/3/2004].

Clark, L.A & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonornic implications. Joumal of Abnormal Psychology, 100, 316-336

Corte Superior de Justicia de la Selva Central [CSJSC]. (2023). *Lista de licencias y descansos médicos de magistrados, administrativos y jurisdiccionales*. Documento inédito.

Contreras, I (2018). Escala abreviada de depresión, ansiedad y estrés DASS-21: Evidencias psicométricas en estudiantes de tercero a quinto de secundaria de tres instituciones educativas públicas-Ventanilla, 2018. (Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo). https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29966/Contreras_MI.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Díaz, I. (2000). Bases de la terapia de grupo. México: Ediciones Pax

Espedilla, K. M., y Puma, K. F. (2020). Aplicación del programa “Trabajando juntos contra el estrés laboral” para reducir los estresores laborales en los trabajadores de limpieza de la Municipalidad de Miraflores, Arequipa 2019 (Tesis de licenciatura, Universidad Tecnológica del Perú). https://repositorio.utp.edu.pe/handle/20.500.12867/3613

Espinoza, E. S. (2018). Estrés laboral y depresión en servidores públicos nombrados de la Dirección Regional de Salud Junín – 2017 (Tesis de

licenciatura, Universidad Peruana Los Andes). https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/761/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

El Instituto nacional de salud mental (2009). Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Recuperado de file:///C:/Users/HP/Desktop/TESIS-2018-1/DEPRESION,%20ANSIDAD%20Y%20ESTRES/teorias/ansiedad_esp.pdf

García-Rodríguez, J., y Rodríguez-León, G. (2009). Holística y pensamiento complejo. Nuevas perspectivas metodológicas para el abordaje de la salud. Salud en Tabasco, 15(2-3), 887-892. https://www.redalyc.org/pdf/487/48715008007.pdf

González, J. (1999). Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. México: Manual Moderno.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

Jiménez, A., Martínez, G. O., y Medina, S. J. (2020). Programa de intervención psicológica de reducción de estrés basado en Mindfulness (Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Bucaramanga). https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/14490/2021_Tesis_Adriana_Jimenez_Corzo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jourard, S. (2001). La personalidad saludable: el punto de vista de la psicología humanística. México: Editorial Trillas.

Kutash, I., y Wolf, A. (1998). Psicoanálisis de Grupos. En: Kaplan,H., y Sadock, B. Terapia de grupo, 136-149. Madrid: Médica Panamericana.

Kymissis, P. (1998). Terapia de grupo con adolescentes. En Kaplan, H., y Sadock, B. Terapia de grupo, 631-639. Madrid: Médica Panamericana.

Labrador, F. J., Echeburúa, E., Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica.* Madrid: Dykinson.

Laura, F. J. (2022). Estabilidad emocional y sentimiento de soledad en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna (Tesis de licenciatura, Universidad Privada de Taca). https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/2734/Laura-Ruiz-Fernando.pdf?sequence=4

Ley N.° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, de 19 de agosto de 2011 (Congreso de la República del Perú). Diario Oficial El Peruano, el 20 de agosto de 2011. https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0052/ley-seguridad-salud-en-el-trabajo.pdf

Lovibond, P., y Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. Behaviour Research and Therapy, 33(3), 335-343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Martínez G, y Cerna G. (1990). *Valoración del Estado de Salud*. Washington: OPS/OMS.

Martínez, M. (2006). Fundamentación epistemológica del enfoque centrado en la persona. Revista Latinoamericana Polis, 15(1), ISSN 0718-6568. http://journals.openedition.org/polis/4914

Medeiros, S., y Pulido, R. (2011). Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness para funcionarios de la salud: experiencia piloto en un

hospital público de Santiago de Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011, 49(3), 251-257. https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n3/art05.pdf

Melgosa, J. (2004). *Sin Estrés* (1ª. ed.). España: Editorial SAFELIZ, S.L

Montoya, C. R. (2022). Ansiedad y agresividad en empleados públicos de una municipalidad distrital de Lima, 2022 (Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Los Andes). https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4022?show=full

Nogareda, S. (1994). Fisiología del estrés. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad, Higiene en el Trabajo. https://www.insst.es/documents/94886/326853/ntp_355.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (8 de junio de 2022). Salud Mental en el trabajo https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_856931/lang--es/index.htm

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (28 de setiembre de 2022). *Salud Mental en el trabajo*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, 31 de marzo). Depresión. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

O'Hearne, J. (1998). Análisis transaccional en grupos. En Kaplan, H., y Sadock, B. (1998). Terapia de grupo, 212-223. Madrid: Médica Panamericana.

Párraga, J. M. (2005). Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el Síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios (Tesis doctoral, Universidad de Extremadura). https://biblioteca.unex.es/tesis/847723731X.pdf

Perales, A, Chue, H., Padilla, A., y Barahona, L. (2011). Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica, 28(4), 581-588. http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n4/a02v28n4.pdf

Perls, F. (2001). Terapia de grupo Vs. Terapia individual. En Stevens, J. Esto es Guestalt, 13-26. México: Cuatro Vientos.

Raffo, S. y Pérez, J. (2009). Trastornos adaptativos y relacionados al estrés. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, 1(1), 1-5. https://www.ucursos.cl/medicina/2009/1/MPSIQUI5/2/material_docente/bajar%3Fid_material%

Resolución N.° 2646, de 17 de julio de 2008, por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional (Ministerio de la Protección Social, República de Colombia). Diario Oficial N.° 47059, de 23 de julio de 2008. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minproteccion_2646_2008.htm

Rodríguez Marín, Jesús y Garcia Hurtado, José. (1995). Estilo de vida y salud. En: Latorre, JM, editor. Ciencias psicosociales aplicadas II. Madrid, Síntesis.

Rodríguez, E. (2009). Terapia Centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Revista avances en Psicología.* *http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2009/edgarrodriguez.pdf*

Rogers, C. (1980). El poder de la persona. México: El manual moderno mexicano.

Rondón, M. B. (2006). Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica, 23(4), 237-238. http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a01v23n4.pdf

Rose, D. (1998). Terapia Grupal cognitivo conductual. En Kaplan, H., y Sadock, B. Terapia de grupo, 224-233. Madrid: Médica Panamericana.

Rosenbaum, M. (1998). Terapia de grupo con abordaje Humanista-Existencial. En Kaplan, H., y Sadock, B. Terapia de grupo, 258-267. Madrid: Médica Panamericana.

Rutan, J. (1998). Terapia psicoanalítica de grupo. En Kaplan, H., y Sadock, B. Terapia de grupo, 149-157. Madrid: Médica Panamericana.

Sacks, J. (1998). Psicodrama. En Kaplan, H., y Sadock, B. Terapia de grupo, 234-249. Madrid: Médica Panamericana.

Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García-Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el “Inventario de Depresión de Beck-II” (BDI-II). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 22*(1), 37-59. Recuperado de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Sanz_22-1oa.pdf

Seligman, M. E. P. (1981). *Indefensión*. Madrid: Debate.

Selye, H. (1973). The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. American Scientist, 61(6), 692–699. http://www.jstor.org/stable/27844072

Silva, L. A. (2014). Incidencia de depresión en trabajadores administrativos de la Facultad de Medicina y local central de la Universidad Nacional de Trujillo

(Trabajo de grado de bachillerato, Universidad Nacional de Trujillo). https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/384/SilvaTrujillo_L.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Spielberger, C., Gorsuch, R., y Lushere, R. (1967). *Cuestionario de Ansiedad estado/rasgo STAI*. Madrid: TEA Ediciones S.A.

Tiburcio, M., Nagy, G., Rosete, G., Martínez, N., Carreño, S., Pérez, D., y Natera, G. (2019) The association between substance use and depressive symptomatology in nursing university students in Mexico. Nurse Educ Pract [Internet], 36(1), 114–20. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.03.005

Vásquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 18*(1), 139-165. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-1oa-1.pdf

Villa, A., & Álvarez, J. (2017). Relación entre el tipo de apego y los esquemas maladaptativos tempranos del área de la autonomía en una muestra de niños de 2 a 6 años de edad. Dialnet, 18-33. Obtenido de file:///D:/DialnetRelacionEntreElTipoDeApegoYLosEsquemasMaladaptativ-5888113.pdf

Watson, D. &Clark, L.A (1991). The Mood and Anxiety Symptom Questionnaire. Manuscrito no publicado, Universidad de Iowa. USA

Watson, D., Clark, L. A., & Stasik, S. (2011). Emotions and the emotional disorders: a quantitative hierrarchical perspective. International Journal of clinical and Health Psychology, 11(3), 429 - 442

Young J. (2003): Schema Therapy: A Practitioner‘s Guide. New York: Guilford.

Young, J., Klosko, J. y Weishaar, M.(2003).Schema Therapy. A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press.

Yucra, V. J. (2017). El estrés y el desempeño laboral en los servidores públicos del RENIEC, Arequipa-2016 (Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo). https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/16352/Yucra_NVJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zung, W. (1971). *A Rating Instrument For Anxiety Disorders. Psychosomatics, 12*(6), 371-379. https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0

V.ANEXOS

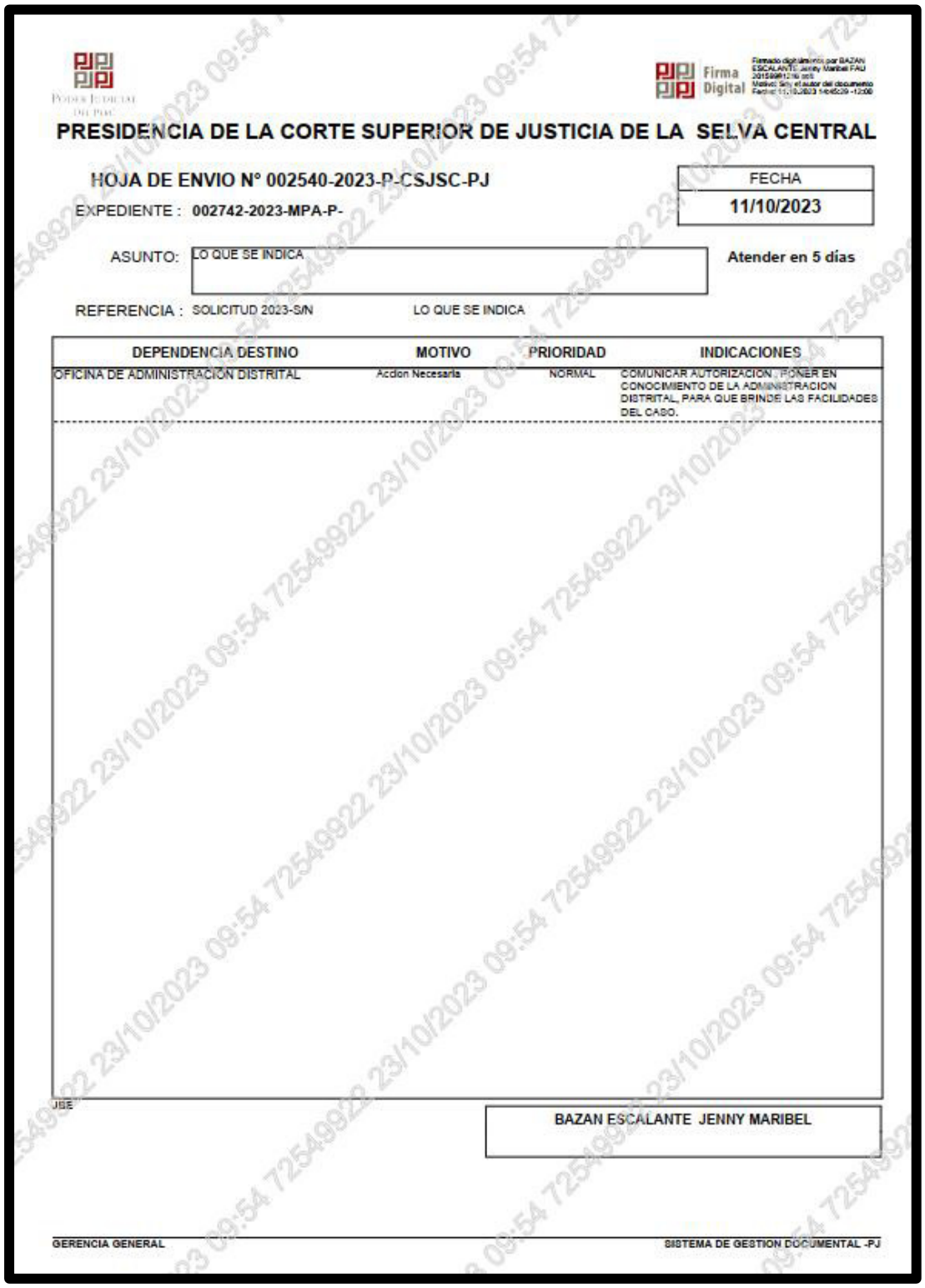
ANEXO 1 – OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores	Técnica o instrumento de recolección
Nivel de Depresión	Baja afectividad positiva, que incluye tristeza, ausencia de positividad y entusiasmo y pérdida de iniciativa. (Lovibond y Lovibond; 1995)	• Anhedonia • Inercia • Disforia • Desesperanza • Falta de Interés • Auto Depreciación • Desvalorización	Cuantitativo	Ordinal	• Funcional (7-8) • Leve (9-10) • Moderado (11-15) • Severo (16-28)	Aplicación de Pre y Pos test del instrumento de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS - 21
Nivel de Ansiedad	Tensión y agitación fisiológica, donde la respiración entrecortada, resequedad de boca, taquicardia, miedo, pánico, temblores, son algunos síntomas característicos que se pueden presentar. (Lovibond y Lovibond; 1995)	• Activación • Fisiológica • Efectos musculoesqueléticos • Experiencia Subjetiva del efecto ansioso			• Funcional (7-8) • Leve (9-10) • Moderado (11-15) • Severo (16-28)	
Nivel de Estrés	Estado persistente de sobreactivación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración. (Lovibond y Lovibond; 1995)	• Dificultad para relajarte • Irritabilidad • Activación nerviosa • Impaciencia			• Funcional (7-8) • Leve (9-10) • Moderado (11-16) • Severo (17-28)	

ANEXO 2 – MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico	Técnica de recolección de datos	Plan de análisis	
Problema general ¿Cuál es la eficacia de un programa de intervención psicológica "Trabaja por un Cerebro Feliz", para reducir depresión, ansiedad y estrés, en servidores públicos que laboran en la CSJSC, Chanchamayo, durante el año 2023?	**Objetivo general** Determinar la eficacia del programa de intervención psicológica "Trabaja por un Cerebro Feliz", para reducir depresión, ansiedad y estrés, en servidores públicos que laboran en la CSJSC, Chanchamayo. **Objetivos específicos** 1.Medir el nivel de depresión en los servidores públicos de la CSJSC, Chanchamayo, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica "Trabaja por un Cerebro Feliz". 2.Medir el nivel de ansiedad en los servidores públicos de la CSJSC, Chanchamayo, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica "Trabaja por un Cerebro Feliz". 3.Medir el nivel de estrés en los servidores públicos de la CSJSC, Chanchamayo, antes y después del desarrollo del programa de intervención psicológica "Trabaja por un Cerebro Feliz".	**Hipótesis general** Ha: Sí es eficaz el programa de intervención psicológica "Trabaja por un Cerebro Feliz", para reducir depresión, ansiedad y estrés, en servidores públicos que laboran en la CSJSC, Chanchamayo.	**Variable Independiente** Programa de intervención psicológica **Variable dependiente** Nivel de Depresión, nivel de Ansiedad y nivel de Estrés	**Tipo y Diseño:** Tipo experimental, diseño de estudio cuasiexperimental de corte longitudinal (pretest y postest). **Población y muestra** 40 servidores públicos de la CSJSC – Chanchamayo, divididos en un grupo control de 20 participantes y un grupo experimental de 20 participantes.	Realización del diseño del programa de intervención psicológica. Para la recolección de datos se aplicará un cuestionario para medir el nivel de depresión, ansiedad y estrés del servidor público antes y después (Pre y post) de la intervención psicológica "Trabaja Por Un Cerebro Feliz".	Ejecución del programa de intervención psicológica Evaluación	Sesión 1, 2, 3, 4, 5, 6. Pretest Postest

ANEXO 3 – AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA



PODER JUDICIAL DEL PERÚ

Firma Digital

PRESIDENCIA DE LA CORTE SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA SELVA CENTRAL

HOJA DE ENVIO N° 002540-2023-P-CSJSC-PJ

FECHA
11/10/2023

EXPEDIENTE : **002742-2023-MPA-P-**

ASUNTO: LO QUE SE INDICA

Atender en 5 días

REFERENCIA : SOLICITUD 2023-S/N LO QUE SE INDICA

DEPENDENCIA DESTINO	MOTIVO	PRIORIDAD	INDICACIONES
OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DISTRITAL	Acción Necesaria	NORMAL	COMUNICAR AUTORIZACIÓN , PONER EN CONOCIMIENTO DE LA ADMINISTRACION DISTRITAL, PARA QUE BRINDE LAS FACILIDADES DEL CASO.

JSE

BAZAN ESCALANTE JENNY MARIBEL

GERENCIA GENERAL

SISTEMA DE GESTION DOCUMENTAL -PJ

ANEXO 4 – CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) servidor público de la CSJSC:

Usted ha sido seleccionado(a) para participar en la investigación titulada **"Eficacia de un programa de intervención psicológica en personal de la CSJSC, Chanchamayo, 2023",** elaborada por la investigadora Karen Rebeca Porras Adauto, estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Propósito: Determinar la eficacia del programa de intervención psicológica "Trabaja por un Cerebro Feliz" para reducir depresión, ansiedad y estrés en servidores públicos de la CSJSC Chanchamayo, durante el 2023.

Participación: Su colaboración en la aplicación de los cuestionarios es totalmente voluntaria, así también como su participación en el desarrollo del programa de intervención psicológica sin costo alguno ni consecuencias en caso se retire del presente estudio.

Riesgos: De participar no se expone a ningún riesgo.

Confidencialidad de datos: La información que brinde en los cuestionarios será de forma anónima y de uso privado para la investigadora, por lo que su identidad será confidencial, así mismo, los resultados obtenidos serán analizados de forma ética y científica solo para fines académicos.

Cuestionarios del estudio: Se le aplicará un cuestionario: La escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21. Y será aplicado antes y después (pretest y postest) del desarrollo del programa de intervención psicológica.

Beneficios del estudio: Gracias a su participación se conocerá la eficacia del programa de intervención psicológica "Trabaja por un Cerebro Feliz" para reducir

depresión, ansiedad y estrés en servidores públicos de la CSJSC, Chanchamayo, durante el 2023. Con esta información se podrán elaborar conclusiones y recomendaciones para la mejora de la situación problemática.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA

Yo (Nombres y Apellidos) …….

Identificado(a) con DNI N.º……, actualmente me encuentro laborando en la CSJSC, en la sede de ……..……, he sido informado(a) de forma detallada de la investigación, de tal manera recalco que mi participación es de forma voluntaria y anónima, y que los datos proporcionados serán verídicos y mantendrán su integridad.

Por lo tanto, acepto participar en la siguiente investigación.

_____

Firma de participante del estudio Fecha _____

_____

Firma de la investigadora Fecha_____.

ANEXO 5 – INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés - DASS-21
(Lovibond y Lovibond, 1995)

Instrucciones

Por favor leer las frases que se mostrarán y marcar según su sentir en las dos últimas semanas**.** Recuerde que no hay respuestas malas. Las opciones de respuesta son:

0 Nunca (N)
1 A veces (AV)
2 Con frecuencia (CF)
3 Casi siempre (CS)

N°	Preguntas	N	AV	CF	CS
1	Me costó mucho calmarme.	0	1	2	3
2	Me di cuenta de que tenía la boca seca.	0	1	2	3
3	No podía sentir nada positivo.	0	1	2	3
4	Tuve problemas para respirar (ej. respirar muy rápido, operder el aliento sin haber hecho un esfuerzo físico).	0	1	2	3
5	Se me hizo difícil motivarme para hacer cosas.	0	1	2	3
6	Me descontrolé en ciertas situaciones.	0	1	2	3
7	Me sentí tembloroso/a (ej. manos temblorosas).	0	1	2	3
8	Sentí que estaba muy nervioso.	0	1	2	3
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10	Sentí que no tenía nada por que vivir.	0	1	2	3
11	Noté que me estaba poniendo intranquilo.	0	1	2	3
12	Se me hizo difícil relajarme.	0	1	2	3
13	Me sentí triste y deprimido.	0	1	2	3

14	No soporté que algo me apartara de lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15	Estuve a punto de tener un ataque de pánico.	0	1	2	3
16	Fui incapaz de entusiasmarme con algo.	0	1	2	3
17	Sentí que valía muy poco como persona.	0	1	2	3
18	Sentí que estaba muy irritable.	0	1	2	3
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de que no había hecho ningún esfuerzo físico.	0	1	2	3
20	Sentí miedo sin saber por qué.	0	1	2	3
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	0	1	2	3

ANEXO 6 – MODELO DE PLAN DE SESION

SESIÓN I: COMPRENDIENDO LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS		
Objetivo: Concientizar y fortalecer los conocimientos sobre las disfunciones emocionales como: la depresión, ansiedad y estrés.		
Actividades	**Tiempo**	**Materiales**
Inicio Bienvenida y saludo Dinámica de romper hielo “Yo tengo un tic” **Desarrollo** Técnica: Psicoeducación ✓ Presentación del tema: Definiciones, mitos y sintomatología sobre la depresión ansiedad y estrés, ✓ Desarrollo de las hojas de actividades ✓ Aplicación del ejercicio de respiración de relajación denominado el “4, 7, 8” ✓ Dinámica “A todo ritmo” Materiales: carteles de símbolos o formas y música. Descripción: Se indica a los participantes que hagan grupos según afinidad, luego se les muestra los carteles que están pegados en fila en el piso, se coloca una música y al ritmo de la música que escuchen, improvisarán pasos de baile, haciendo uso de la creatividad. Reflexión: En la vida existen problemas imprevistos, y se necesita de la capacidad creativa para encontrar la solución, con las alternativas que se nos presente en el momento, con lo que tenemos en el aquí y el ahora. ✓ Dosis: “Cuida tu cerebro, y tu cerebro cuidará de ti” Realizar la técnica de respiración (4,7 y 8) 3 veces al día por 5 minutos (mañana, tarde o noche) o cuándo sienta situaciones de amenaza. Cumplir con las horas de sueño, Dormir entre 7 u 8 horas, también alimentarse de manera saludable. **Cierre** Retroalimentación de la sesión a través de las preguntas claves ¿Qué aprendí hoy? ¿Qué ideas equivocadas tenía de la depresión, ansiedad y estrés? ¿Qué pensaré de la depresión, ansiedad y estrés de ahora en adelante?	5 min. 10 min. 20 min. 20 min. 10 min.	Audio Proyector Impresiones de formas Músicas Marcadores Fichas de trabajo
Evaluación Respuesta de fichas y participación activa durante la sesión		