

**UNIVERSIDAD DE HUANUCO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA**



**TESIS**

---

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES PRE OPERATORIOS  
DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO  
VALDIZÁN MEDRANO- HUÁNUCO - 2018”**

---

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA: López Arana, Virginia Ingrid

ASESOR: Arratea Castro, Gregorio Nilo

HUÁNUCO – PERÚ

2021

# U

### TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis ( X )
- Trabajo de Suficiencia Profesional ( )
- Trabajo de Investigación ( )
- Trabajo Académico ( )

**LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:** Psicología educativa  
**AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** (2018-2019)

### CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

**Área:** Ciencias sociales

**Sub área:** Psicología

**Disciplina:** Psicología (incluye terapias de aprendizaje, habla, visual y otras discapacidades físicas)

# D

### DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de licenciada en psicología

Código del Programa: P05

Tipo de Financiamiento:

- Propio ( X )
- UDH ( )
- Fondos Concursables ( )

### DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 42569222

### DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 06773048

Grado/Título: Maestro en psicología, mención en intervención psicológica e investigación

Código ORCID: 0000-0003-2108-2300

# H

### DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Barrueta Santillan, Mercedes Vilma	Magister en psicología educativa	22503206	0000-0003-3880-5624
2	Diestro Caloretti, Karina Vanessa	Maestra en administración de la educación	25769441	0000-0002-0497-1889
3	Malpartida Repetto, José Luis	Magister en administración de la educación	22486072	0000-0001-5160-6887



## Facultad de Ciencias de la Salud

### Programa Académico Profesional de Psicología

*"Psicología, la fuerza que mueve al mundo y lo cambia"*

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

### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **04:00 P.M** horas del día **02** del mes de septiembre del año dos mil veintiuno, en la plataforma del aula virtual de la Facultad de Ciencias de la Salud, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió mediante la Plataforma Virtual Google Meet. el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

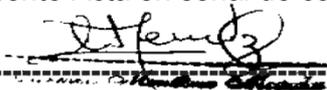
- MG. MERCEDES VILMA BARRUETA SANTILLAN PRESIDENTA
- MG. KARINA VANESSA DIESTRO CALORETTI SECRETARIA
- MG. JOSE LUIS MALPARTIDA REPETTO VOCAL
- **ASESORA DE TESIS. MG. GREGORIO NILO ARRATEA CASTRO**

Nombrados mediante Resolución N°1213-2021-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis titulada: **"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES PRE OPERATORIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO HUÁNUCO - 2018"**; Presentado por la Bachiller en Psicología, **Sra. LOPEZ ARANA, Virginia Ingrid**, para optar el Título Profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

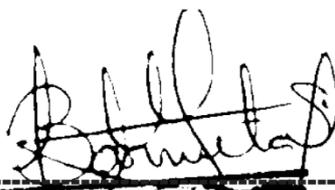
Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) **Aprobado** por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **16** y cualitativo de **Bueno**.

Siendo las, **17:00** Horas del día **02** del mes de **Septiembre** del año **2021**, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

  
-----  
**MG. MERCEDES VILMA BARRUETA SANTILLAN**  
**PRESIDENTA**

  
-----  
**MG. KARINA VANESSA DIESTRO CALORETTI**

**SECRETARIA**

  
-----  
**MG. JOSE LUIS MALPARTIDA REPETTO**

**VOCAL**

## DEDICATORIA

**A Dios y a la Virgen María:** Por bendecirme y protegerme en todo momento. De Dios proviene la sabiduría y el conocimiento, fruto de eso el logro que me ha permitido obtener, por ser guía y el eje de mi vida, y con su ayuda poder servir al prójimo.

**A mi Madre:** Por darme la vida y con ello la oportunidad de ser una mejor persona, por su cariño y ejemplo de lucha, sacrificio, paciencia y amor.

**A mis hijos** Por ser mi motor y motivo, para convertirme en lo que ellos merecen, su amor y cariño el que me mantuvo siempre firme en mi propósito.

**A mi pareja:** Por su motivación, cariño y sus deseos de que sea, la mejor en mi profesión.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios y a la Virgen María por bendecirme y protegerme en todo momento de Dios provine la sabiduría y el conocimiento, fruto de eso el logro que me ha permitido obtener, por ser guía y el eje de mi vida, y con su ayuda poder servir al prójimo.

Al Hospital Hermilio Valdizan Medrano, por permitirme realizar mi investigación.

A mi asesor y a mis jurados por sus conocimientos para enriquecer el presente trabajo de investigación.

A los participantes de la investigación por el tiempo y compromiso dedicado para el desarrollo de la evaluación.

A todos muchas gracias.

La autora

# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE .....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT .....	ix
CAPÍTULO I.....	10
1 PROBLEMA DE INVESTIGACION .....	10
1.1 Descripción Del Problema. ....	10
1.2 Formulación del problema. ....	17
1.3 Objetivo General.....	17
1.4 Objetivos específicos.....	17
1.5 Justificación de la investigación.....	17
1.5.1 A Nivel Teórico.....	18
1.5.2 A Nivel Metodológico.....	18
1.5.3 Practico.....	19
1.6 Justificación de la investigación.....	19
1.6.1 Objetivo general.....	19
1.6.2 Objetivos específicos.....	19
1.7 Viabilidad de la investigación.....	20
1.8 Limitaciones de la investigación.....	20
CAPÍTULO II.....	21
2 MARCO TEÓRICO .....	21
2.1 Antecedentes de la investigación.....	21
2.1.1 Antecedentes internacionales .....	21
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	23
2.1.3 Antecedentes regionales.....	25
2.2 Bases teórico – científicas.....	27
2.2.1 Ansiedad y Depresión .....	27
2.3 Hipótesis.....	40
2.3.1 Hipótesis general.....	40

2.3.2	Hipótesis específicos.....	40
2.4	Variables e indicadores.....	41
2.4.1	Variable Independiente .....	41
2.4.2	Variable Dependiente.....	41
2.5	Operacionalización de Variables .....	42
CAPÍTULO III.....		43
3	METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACION .....	43
3.1	Método y diseño de investigación.....	43
3.1.1	Método de investigación.....	43
3.1.2	Diseño de investigación. ....	43
3.2	Tipo y nivel de investigación.....	43
3.2.1	Tipo de investigación.....	43
3.2.2	Nivel de investigación.....	44
3.3	Población y muestra. ....	44
3.3.1	Población. ....	44
3.3.2	Muestra .....	45
3.3.3	Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos. ....	46
3.3.4	Técnicas.....	46
3.3.5	Instrumentos. ....	46
3.3.6	Procedimientos de recolección de datos.....	52
3.3.7	Procesamiento y presentación de resultados.....	52
CAPÍTULO IV .....		54
4	RESULTADOS .....	54
CAPÍTULO V .....		65
5	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	65
5.1	Contrastación de los resultados del trabajo de investigación .....	65
CONCLUSIONES.....		71
RECOMENDACIONES.....		73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		74
ANEXOS .....		78

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Resultados generales del nivel de ansiedad y depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco .....	54
Tabla N° 2 Resultados generales de los síntomas más frecuentes de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco .....	56
Tabla N° 3 Resultados generales del nivel de ansiedad de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco.....	58
Tabla N° 4 Resultados generales del nivel de ansiedad de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco.....	59
Tabla N° 5 Resultados generales de la alteración afectiva de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco .....	60
Tabla N° 6 Resultados generales de la alteración motivacional en la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco.....	61
Tabla N° 7 Resultados generales de la alteración cognitiva en la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco .....	62
Tabla N° 8 Tabla N° 08 Resultados generales de la alteración conductual en la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco .....	63
Tabla N° 9 Resultados generales de la alteración física en la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco .....	64

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Resultados generales del nivel de ansiedad de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco.....	58
Gráfico N° 2 Resultados generales del nivel de depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco.....	59
Gráfico N° 3 Resultados generales de la alteración afectiva de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco .....	60
Gráfico N° 4 Resultados generales de la alteración motivacional de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco .....	61
Gráfico N° 5 Resultados generales de la alteración cognitiva de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco.....	62
Gráfico N° 6 Resultados generales de la alteración conductual de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco.....	63
Gráfico N° 7 Resultados generales de la alteración física de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco .....	64

## RESUMEN

La presente tesis titulada “ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES PRE OPERATORIOS DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO- HUANUCO 2018” Tiene como objetivo determinar los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes pre operatorios. El método de la investigación es no experimental de diseño descriptivo - transversal, la muestra de la investigación está conformada por 50 pacientes del Hospital Hermilio Valdizan de ambos sexos con edades de 20 a 60 años, para obtener la muestra se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. El Nivel de Ansiedad presentado fue el 16% Ansiedad Mínima, el 22% Ansiedad Leve, el 40% Ansiedad Moderado y el 16% presentaron una Ansiedad Grave. Los resultados generales de la alteración afectiva de la depresión fue el 38% no presentaron ninguna alteración afectiva, el 50% una alteración leve y el 12% una alteración moderada manifestando tristeza, sentimientos de culpa, predisposición para el llanto e irritabilidad. Los resultados generales de la alteración motivacional en la depresión fue el 16% no presentaron ninguna alteración motivacional, el 30% una alteración leve, el 44% una alteración moderada y el 10% una alteración severa; manifestando insatisfacción e ideas suicidas, Los resultados generales de la alteración cognitiva en la depresión fue el 44% una alteración leve, el 42% una alteración moderada y el 8% una alteración severa; manifestando pesimismo frente al futuro, sensación de fracaso, expectativa de castigo, autodisgusto, indecisión, autoimagen deformada, preocupaciones somáticas y autoacusaciones. Los resultados generales de la alteración conductual en la depresión fue el 6% no presentaron ninguna alteración conductual, el 78% una alteración conductual leve y el 16% una alteración conductual moderada; manifestando alejamiento social, retardo para trabajar, fatigabilidad

Los resultados generales de la alteración física en la depresión fue el 76% una alteración leve, el 12% una alteración moderada y solo el 2% una alteración física severa; manifestando pérdida de sueño, pérdida de peso y pérdida del deseo sexual,

**Palabras clave:** Ansiedad, depresión, pacientes pre operatorios del Hospital.

## ABSTRACT

The present thesis entitled "ANXIETY AND DEPRESSION IN PRE-OPERATORY PATIENTS OF THE SURGERY SERVICE OF THE HERMILIO VALDIZAN MEDRANO-HUANUCO 2018 HOSPITAL" Its objective is to determine the levels of anxiety and depression of pre-operative patients. The research method is non-experimental with a descriptive-cross-sectional design, the research sample is made up of 50 patients from the Hermilio Valdizan Hospital of both sexes, aged 20 to 60 years, to obtain the sample, the criteria of inclusion and exclusion. The Anxiety Level presented was 16% Minimal Anxiety, 22% Mild Anxiety, 40% Moderate Anxiety and 16% presented Severe Anxiety. The general results of the affective alteration of depression were 38% did not present any affective alteration, 50% a mild alteration and 12% a moderate alteration manifesting sadness, feelings of guilt, predisposition to crying and irritability. The general results of the motivational alteration in depression were 16% did not present any motivational alteration, 30% a mild alteration, 44% a moderate alteration and 10% a severe alteration; manifesting dissatisfaction and suicidal ideas. The general results of cognitive alteration in depression were 44% a mild alteration, 42% a moderate alteration and 8% a severe alteration; manifesting pessimism about the future, feeling of failure, expectation of punishment, self-disgust, indecision, distorted self-image, somatic concerns and self-accusations. The general results of behavioral alteration in depression were 6% did not present any behavioral alteration, 78% a mild behavioral alteration and 16% a moderate behavioral alteration; manifesting social withdrawal, delay in working, fatigability

The general results of the physical alteration in depression were 76% a mild alteration, 12% a moderate alteration and only 2% a severe physical alteration; manifesting loss of sleep, weight loss and loss of sexual desire,

**Key words:** Anxiety, depression, pre-operative hospital patients.

# CAPÍTULO I

## 1 PROBLEMA DE INVESTIGACION

### 1.1 Descripción Del Problema.

Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias uno de cada cinco personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad. (OMS)

El término ansiedad proviene del latín *anxietas*, congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica es: la ansiedad normal es aquella que se presenta con una intensidad baja o media con una duración poco prolongada y cuando existen motivos que nos puedan llevar a sentirnos ansiosos. Es decir, que con una ansiedad normal podríamos llegar a saber exactamente qué es lo que nos causa ansiedad. Tal como sucede con los actores y artistas con el miedo escénico cuando tienen que salir al escenario por primera o sexta vez. Esta ansiedad es manejable y el individuo puede sobreponerse y llegar a reducir la sensación ansiosa que siente que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. <https://psicologiamotivacional.com>).

Cuando la *ansiedad* es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico. Es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros. Lang (2002).

“Refiere que es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas”. Beck (1985)

Una respuesta con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incrementa la tasa cardiaca, etc.). *Kiriadou y Sutcliffe (1987)*:

La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. *Lazarus (1976)*.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo. El concepto trastornos del estado de ánimo (TEA) se refiere a una diversidad de condiciones clínicas caracterizadas, fundamentalmente, por cambios del estado de ánimo y del afecto. El estado de ánimo es el estado emocional subjetivo de la persona y el afecto es lo objetivo o lo observable del estado de ánimo (Friedman y Thase, 1995). Los TEA incluyen trastornos en los que el estado de ánimo es deprimido, aunque también en algunas ocasiones puede ser eufórico. Estas fluctuaciones patológicas del estado de ánimo, ya sea depresión o euforia, se distinguen de las normales en: 1) la intensidad del estado de ánimo; 2) su duración; 3) su asociación con otras señales y síntomas clínicos; y 4) su impacto sobre el funcionamiento del individuo (Friedman y Thase, 1995). Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar. Muchas personas con una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento.

Pero la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, pueden mejorar con tratamiento. Intensas investigaciones de la enfermedad han resultado en el desarrollo de medicamentos, psicoterapias, y otros métodos para tratar a las personas con este trastorno incapacitante. A pesar de los avances en la medicina y las técnicas quirúrgicas, las personas que van a pasar por una cirugía temen por su vida y se preocupan, ya que la asocian a la muerte, dependencia física, no despertar de la anestesia, el dolor, la enfermedad, recuperación, separación con la familia, situación económica y laboral y hospitalización entre otros. Ante todos estos interrogantes, pueden surgir varias respuestas emocionales; ansiedad, estrés, depresión, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias haciendo más lenta y complicada la recuperación postoperatoria. Por ello el interés de saber cómo ayudar a los pacientes a que el proceso por el cual pasaran sea menos traumático.

El sufrimiento psicológico y el estrés preoperatorio retrasan la recuperación en las intervenciones quirúrgicas, aunque pueden representar un alivio, también están cargadas de ansiedad y depresión ya que el temor que sienten es inminente para el paciente, porque lo obliga a enfrentar situaciones desconocidas, que implican ciertos riesgos de vida. Los pacientes que van a pasar por una cirugía siempre consultan con otros que pasaron por ello y muchas veces lo que les comentan no es agradable a veces tuvieron experiencias negativas y se las transmiten generando ansiedad y depresión al paciente, para ello debemos informar adecuadamente y hacerles entender que cada persona es diferente y lo que le sucedió a la otra persona no le pasará a ella o él, ya que la ciencia cada día avanza más para brindar una mejor atención por ello la motivación intrínseca, de este proyecto.

Estamos de acuerdo con que el paciente debe recurrir a sus recursos emocionales para hacerle frente a la realidad de la enfermedad, la cirugía, y las exigencias de la recuperación postoperatoria. Cabe recordar, que en el periodo preoperatorio genera "cierto nivel de ansiedad es normal y deseable", dice el psiquiatra argentino Eduardo

Giacomantone y el cirujano Alberto Mejía, ya que indica que el paciente tiene una visión realista del peligro objetivo que representa la cirugía y trata de adaptarse a la situación.

A menudo personas que van a tener un parto, una cirugía, biopsia, endoscopia, resonancia magnética, quimioterapia, diálisis, etcétera, preguntan: ¿hay una manera de prepararse para ello, estar más tranquilos, con menos dolor y sanar más rápido?

La ayuda sería psicológicamente para cualquier intervención quirúrgica proveyéndole información y enseñándole técnicas de relajación, escuchándole y eliminando sus miedos, de manera que la paciente entienda el proceso al cual va ser sometido y que las personas que lo van a atender son expertos y lo que siente es normal en toda persona que va pasar por una cirugía, si la ansiedad y depresión disminuyen, la estadía hospitalaria es más corta, el dolor es menor por lo tanto menor necesidad de analgésicos, el pos operatorio es más corto y la persona se siente mejor y tiene más control sobre sus emociones.

Investigaciones en el campo de la psiconeuroinmunología muestran que la ansiedad rompe la homeostasis neuroendocrina y retarda la reparación de tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas, aumenta el dolor y hace más difícil la adherencia a las orientaciones terapéuticas que contribuyen a la recuperación, por lo tanto la evaluación y tratamiento de un paciente que va pasar por una cirugía, requiere especial atención, como de enseñarle habilidades básicas para un mejor afrontamiento de este proceso.

Estudios sugieren que mientras más elevados estén los niveles de ansiedad, lenta y complicada resulta la recuperación quirúrgica, lo que ocurre a través de mecanismos tanto conductuales como fisiológicos.

Por tanto, la evaluación y tratamiento de un paciente que va a ser sometido a una cirugía, requiere de especial atención a nivel médico y psicológico, una adecuada información y ciertas técnicas que se les

brindara ayudara al paciente a disminuir la ansiedad y depresión, que genera dicho procedimiento quirúrgico.

El hecho de que las hospitalizaciones y tratamientos médicos suelen producir consecuencias traumáticas, resulta sorprender a muchas personas. Las secuelas traumáticas causadas por una larga inmovilización, hospitalización, y en particular por las cirugías son a menudo graves y prolongadas. Aunque la persona reconozca que la operación es necesaria, y de que a pesar de cuando el cirujano corta la carne, los músculos, y los huesos, está inconsciente, el cuerpo lo registra como un incidente que amenaza la vida. A nivel celular, el cuerpo percibe que ha soportado una herida bastante grave como para ponerlo en peligro de muerte. Intelectualmente tal vez creamos en la operación, pero a nivel más primario nuestro cuerpo no cree en ella.

En lo referente al trauma, la percepción del sistema nervioso instintivo tiene una mayor importancia, mucho mayor. Este hecho biológico, es una de las principales razones por las que a menudo la cirugía produce reacciones post traumáticas.

Es enormemente beneficioso, para los pacientes que van a tener una cirugía, que sean preparados psicológicamente, para no sufrir traumas emocionales en sus vidas y que tengan un mejor y más corto post operatorio. Muchas veces debido a la gravedad de la situación, no hay tiempo de preparar a la persona, en caso de un accidente, enfermedad grave el choque emocional puede ser más fuerte. Sin embargo, es importante una vez pasada la emergencia, que la persona busque ayuda psicológica para trabajar la parte emocional y evitar traumas futuros.

Asimismo, la OPS (Organización Panamericana de la Salud), menciona que los trastornos mentales y neurológicos representan el 14 % de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22 % en América Latina y el Caribe. Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la que más impactante ya que abarcan (5 %), seguida de los trastornos de ansiedad (3,4 %), la distimia (1,7 %),

el trastorno obsesivo compulsivo (1,4 %), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1 % cada una), y trastorno bipolar (0,8 %), entre otros. La depresión suele ser más frecuente en las mujeres que en los hombres. Entre 20% y 40% de madres de países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto. (OMS, 2012)

En nuestro país el estudio más reciente realizado en el año 2012 por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Menciona que más de un tercio de la población ha padecido algún tipo de trastorno mental siendo la depresión y la ansiedad los trastornos más frecuentes entre la población adulta de nuestro país y son problemas más serios de salud pública en el Perú, asimismo Los estudios epidemiológicos de prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento realizados en Lima, la sierra y la selva, indican que la ansiedad y la depresión, constituyen los dos trastornos psiquiátricos más prevalentes en nuestro país y que aproximadamente el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental en algún momento de su vida. Siendo la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana de 17.2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la selva de 21,4%. Por su parte La prevalencia de ansiedad en Lima Metropolitana es de 6.6%, en la sierra peruana de 16,9% y en la selva de 8.2% (INSM - estudio epidemiológico de salud mental lima metropolitana y callao-replicación 2012).

La ansiedad es un trastorno que afecta significativamente a quien la padece tanto a nivel físico y psicológico. Psicológicamente la persona se muestra constantemente preocupada, con miedo, inquietud, inseguridad entre otros síntomas. A nivel físico las sensaciones que se experimentan van desde sensación de hormigueo en las manos, mareos, dificultad para respirar, tensión muscular, etc.

La depresión es un trastorno que también afecta significativamente a quien la padece presentando tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración.

También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio (OMS, 2017).

Las características de la depresión incluyendo apatía y pérdida de energía pueden reducir la motivación hacia el auto-cuidado o la adherencia al tratamiento; de forma similar la ansiedad puede estar asociada a rumiar pensamientos de preocupación sobre efectos potenciales del tratamiento, reduciendo la persistencia del paciente al tratamiento a pesar de sus beneficios potenciales. Law y Buermeyer (2005), citado por Santillán C, (2014), También, Perales, Chue, Padilla, Barahona. En un estudio en Lima magistrados, el estrés laboral en 33,7 %, la ansiedad en 12,5 % y depresión en 15,0 %. Estas tres condiciones estuvieron presentes en el 6,6 % de los magistrados, y al menos una estuvo presente en el 25,9 %. El estrés general estaba asociado con la depresión y ansiedad. Así mismo, la Dirección General de Epidemiología<sup>15</sup> (DGE) citado por el Instituto Nacional de Salud del Niño en su análisis de la situación de salud en el Perú 2012 determina que las regiones con mayor vulnerabilidad, respecto a los problemas relacionados a salud mental (depresión, ansiedad, alcoholismo, esquizofrenia, etc.) son: Apurímac, Loreto, Pasco, Huancavelica, Amazonas, Ayacucho y Huánuco. Vargas, Herrera; manifestaron posibles soluciones para el trastorno de la ansiedad en el preoperatorio refiriendo que existe evidencia científica que la implementación de programas apropiados pre quirúrgicos que incluyen diversas estrategias como la educación, la preparación de pacientes para el procedimiento quirúrgico, el cuidado posterior, el seguimiento, la detección de alteración del estado de salud en su hogar, entre otras actividades, ayudan a aliviar la ansiedad durante la experiencia quirúrgica. De esta manera el evento quirúrgico establece indudablemente un suceso estresante, por tal motivo existe preocupación sobre la independencia y condiciones físicas, el dolor, la supervivencia y la recuperación, así como la separación de la

familia y el hogar sumada a la propia hospitalización sea corta o larga la permanencia hospitalaria.

## **1.2 Formulación del problema.**

### **1.3 Objetivo General.**

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión que presentan los pacientes pre operatorios en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2018?

### **1.4 Objetivos específicos.**

- ¿Cuáles son los niveles de síntomas afectivos en la depresión en pacientes pre operatorios en el servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2018?
- ¿Cuáles son los niveles de síntomas motivacionales en la depresión en pacientes pre operatorios en el servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2018?
- ¿Cuáles son los niveles de síntomas cognitivos en la depresión en pacientes pre operatorios en el servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2018?
- ¿Cuáles son los niveles de síntomas conductuales en la depresión en pacientes pre operatorios en el servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2018?
- ¿Cuáles son los niveles de síntomas físicos en la depresión en pacientes pre operatorios en el servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2018?

### **1.5 Justificación de la investigación.**

Se comprende que pasar por una práctica quirúrgica produce en el paciente ansiedad y depresión ya sea por la falta de conocimiento e información sobre el proceso quirúrgico al cual será sometido, la indiferencia de los médicos que lo tratan por ser practicas constantes que

realizan a veces olvidan que tratan con seres humanos con temores y carencias. Pero también es sabido que este tipo de emociones negativas son contraproducentes en el proceso pre y postoperatorio, ya que los analgésicos y fármacos no actúan de manera eficiente por el estado emocional de la persona, es por ello el estudio el cual servirá para futuras investigaciones ya que contarían con un antecedente más para las investigaciones venideras.

### **1.5.1 A Nivel Teórico.**

El mundo actual implica una época de grandes cambios, con ritmos de vida acelerado, mayor demanda de competencia y especialización. Este entorno exige a las personas mayor grado de autonomía, flexibilidad, capacidad de iniciativa, seguridad en sí mismo y capacidad para moldearse a situaciones nuevas. Precisamente, estas contrariedades y exigencias que cotidianamente debe enfrentar el hombre propician estar sometido a muchos momentos de angustia, lo cual la hace responsable de aspectos tan diversos como: la primera úlcera gástrica de un ejecutivo, el accidente de cierta persona, la incapacidad de un individuo para disfrutar de la vida con su pareja o una inexplicable depresión. Por ello se justifica este proyecto para tener una sociedad con personas capaces de afrontar sus problemas cotidianos minimizando la ansiedad y depresión en todos los aspectos de la vida.

### **1.5.2 A Nivel Metodológico.**

Se ha fijado aplicar el nivel de investigación básico descriptivo, ya que permite describir los niveles de ansiedad y depresión que presentan los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018 lo cual nos permitirá conocer y tener una percepción del nivel de ansiedad y depresión con el fin de permitir que los psicólogos encargados del servicio de cirugía planifiquen estrategias de intervención como terapias de relajación, técnicas cognitivas de autocontrol emocional previniendo así complicaciones tanto físicas como psicológicas. Así mismo servirá como un aporte científico para que todos

los profesionales que laboren en el servicio apoyen en la estabilidad emocional de estos pacientes.

### **1.5.3 Practico.**

Este trabajo de investigación, es una contribución para los profesionales en psicología y personal encargados de estos pacientes pre operatorios y la importancia de la intervención psicológica el cual permitirá disminuir los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes el cual ayudará a mejorar el tratamiento post operatorio, y que sea sostenible en el tiempo y espacio.

Por tal motivo, se realizará la investigación en pacientes pre operatorio del servicio de cirugía, para conocer los niveles de ansiedad y depresión que los aqueja.

## **1.6 Justificación de la investigación.**

### **1.6.1 Objetivo general.**

Determinar los niveles de ansiedad y depresión que presentan los pacientes pre operatorios en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

### **1.6.2 Objetivos específicos.**

- Estimar los niveles de síntomas afectivos en la depresión en pacientes pre operatorios en el servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.
- Calcular los niveles de síntomas motivacionales en la depresión en pacientes pre operatorios en el servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.
- Calificar los niveles de síntomas cognitivos en la depresión en pacientes pre operatorios en el servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

- Categorizar los niveles de síntomas conductuales en la depresión en pacientes pre operatorios en el servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.
- Identificar los niveles de síntomas físicos en la depresión en pacientes pre operatorios en el servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

### **1.7 Viabilidad de la investigación**

La investigación es viable debido a los trabajos realizados tanto a nivel internacional, nivel nacional, local sobre ansiedad y depresión en pacientes pre operatorio ya que aportan importantes datos sobre el tema que se quiere investigar, así mismo, los instrumentos que se utilizaran son fáciles de aplicar, no demanda mucho tiempo y los ítems para medir la ansiedad y depresión son entendibles para los pacientes.

También existe la colaboración del personal que labora en el hospital para poder llevar a cabo el estudio.

Se cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo la investigación, este proceso durará aproximadamente tres meses.

### **1.8 Limitaciones de la investigación.**

Existen muy pocos trabajos realizados a nivel regional, pero se cuenta con un trabajo realizado en la ciudad de Tingo María sobre ansiedad y depresión en pacientes pre operatorios que puedan fortalecer el presente proyecto de investigación como algunos datos sobre el tema en el internet.

## CAPÍTULO II

### 2 MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la investigación.

Existen investigaciones tanto a nivel nacional, internacional y local que tratan de entender la ansiedad y depresión en pacientes pre operatorio.

##### 2.1.1 Antecedentes internacionales

BORJES, Taisa (2018) en su tesis “Estudio Sobre la Depresión y Ansiedad Mediante el PHQ en Venezuela”. Cuyo objetivo fue “Determinar los niveles de depresión y ansiedad en pacientes adultos de atención primaria de Caracas – Venezuela”. Donde la investigadora contó con una población de 441 personas y como muestra utilizó un total de 80. Siendo una investigación de tipo Descriptivo. La investigadora llega a las siguientes conclusiones:

- Se encontró que la muestra tiene características demográficas distintas a la de la población de Venezuela y Caracas. Se debatió que tal vez esto se deba a características particulares o culturales del público que frecuenta este tipo de centro de salud de atención primaria.
- La prevalencia de la depresión mayor fue el 10,6%, así mismo se observa que la prevalencia de la ansiedad fue el 7% en la muestra de estudio, ambos valores diferentes al referido en otros estudios. Los resultados indican una correlación moderada y significativa entre la ansiedad y la depresión mayor. La correlación entre ambas variables fue muy significativa y este resultado sí corresponde al esperado.
- No se encontraron diferencias entre género, escolaridad, estado civil u ocupación. Lo esperado sería que ser del sexo femenino, bajos niveles de educación, estar separado o ser viudo y no estar activo

laboralmente presentasen mayores niveles de ansiedad y depresión visto que son factores de riesgo para ambas enfermedades.

GOMEZ, Lidia et al (2015) en su trabajo que lleva por título “Prevalencia de Ansiedad y Depresión en Pacientes de Hemodiálisis”. El cual tuvo por objetivo “Describir la prevalencia de la ansiedad y depresión de los pacientes en el área de hemodiálisis” donde los investigadores contaron con una población total de 56 pacientes. Siendo una investigación de tipo Descriptivo. Los investigadores concluyen que:

- Existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.
- Un índice de masa corporal bajo se relaciona con la ansiedad y depresión, la mayor edad con la depresión y la ansiedad es más frecuente en mujeres.
- Nuestro estudio sugiere que es necesario un mayor control, seguimiento y tratamiento de las alteraciones emocionales en pacientes con enfermedad renal crónica.

ROJAS, Yanet; RUIZ, Ana; GONZÁLES, Roxana (2017), en su tesis “Ansiedad y Depresión Sobre la Adherencia Terapéutica en Pacientes con Enfermedad Renal”. El cual tuvo por objetivo “Examinar la relación entre depresión y ansiedad sobre la adherencia terapéutica en pacientes con ERC”. El cual contó con una población total de 31 pacientes. Siendo una investigación de tipo Correlacional. Las investigadoras llegan a las siguientes conclusiones:

- Se concluye que la IRC afecta a la población de ambos sexos, con edad, nivel educativo, ocupación y estado civil indistinto; la mayoría presentan únicamente IRC, aunque algunos también presentaban diabetes y/o hipertensión.
- En cuanto a las hipótesis planteadas, se comprobó que la sintomatología depresiva influye negativamente sobre la adherencia

al tratamiento, especialmente en cuanto al control de ingesta y el seguimiento médico, no así sobre la autoeficacia y la adherencia total. En cambio, no se encontró relación entre ansiedad y adherencia terapéutica, aunque los niveles de ansiedad fueron graves y moderados.

- Al mostrar la relación entre depresión y la adherencia terapéutica disminuida, se resalta la necesidad de brindar atención psicológica a los enfermos con IRC para ayudarles a transitar en el duelo que genera la pérdida de salud.

### **2.1.2 Antecedentes nacionales.**

ESPINOZA, Karla (2014), en su tesis de título “Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014”. El cual tuvo por objetivo “Menciona la frecuencia de Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, del Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014”. Donde la investigadora pudo trabajar con una población total de 152 trabajadores. Siendo una investigación de tipo Descriptivo-comparativo. La investigadora llega a las siguientes conclusiones:

- Se encontró Ansiedad en 20% de trabajadores del Hospital Goyeneche y en 47.50% en el IREN, y depresión en 53.33% de trabajadores del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche y en 57.50% en el IREN Sur.
- Existen características sociales que influyen en el desarrollo de ansiedad en el personal médico y no médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, las cuales fueron el laborar en el IREN, la edad mayor a 40 años, el sexo masculino y el tener pareja., y para depresión esta última característica.
- Las características laborales relacionadas en el desarrollo de ansiedad y depresión en el personal médico y no médico del Servicio

de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, fueron el mayor tiempo de trabajo en el servicio y la ocupación de enfermera.

VILELA, Ana (2018) en su tesis de título “Adaptación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en Pacientes Oncológicos, Lima 2018”. El cual tuvo por objetivo “Adaptar la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”. Donde se pudo trabajar con una población total de 475 pacientes. La presente investigación se caracteriza por ser de tipo Instrumental. Las conclusiones a la que llega la investigadora son las siguientes:

- Se estableció las propiedades psicométricas de HADS en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).
- Se determinó la evidencia de validez basada en el contenido del instrumento mediante resultados altamente significativos ( $p < .01$ ) y significativos ( $p < .05$ ), logrando realizar la adecuación contextual para la población objetivo.
- El instrumento posee evidencias de validez con relación a su estructura interna confirmando la existencia de 2 variables: ansiedad y depresión y 14 ítems; sin embargo, se propone una estructura de 2 variables con 12 ítems (6 para cada una de las subescalas) dado que identifican mejores ajustes al modelo y presenta mejores índices de ajuste global, índices de parsimonia y ajuste comparativo.

SALAZAR, Claudia (2015) en su tesis “Prevalencia de Ansiedad y Depresión en Pacientes Hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – Perú. Julio 2015 – Diciembre 2015”. La presente investigación tuvo por objetivo “Demostrar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados del servicio de medicina”. Donde la investigadora contó con una población total de 104 pacientes. Siendo una investigación de tipo Descriptivo-observacional. La investigadora concluye que:

- La ansiedad es más frecuente en mujeres con un promedio de edad entre los 27,1 años, con al menos estudios de nivel secundario y soltero o casado. Mientras que los pacientes con depresión son frecuentemente varones con un promedio de edad entre los 30 años, con al menos estudios de nivel secundario y casados en su mayoría.
- Se concluye que la presencia tanto de ansiedad y depresión es mayor en los paciente que se encuentran entre su 6to a 9no día de hospitalización y que por tanto la presencia de ambas patologías estaría relacionada directamente al mayor tiempo de hospitalización. Así mismo, se estableció que existe una mayor prevalencia de ansiedad en los pacientes con patología no tumoral no así la prevalencia de depresión es mayor en aquellos pacientes con patología tumoral.
- Existe también una alta incidencia de síntomas de ansiedad en los pacientes depresivos. Antagónicamente, si bien la tasa de mortalidad para los pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión se encuentra entre el 8 a 15%, es fundamental valorar la fenomenología predominante, puesto que ello tendrá influencias pronosticas y para el tratamiento del paciente.

### **2.1.3 Antecedentes regionales.**

PONCE, Fany (2017) en su tesis que lleva por título “Depresión, Ansiedad y Autoeficacia en Alumnos de Colegios Estatales de Huánuco”. El cual tuvo por objetivo “Establecer la relación entre la depresión, ansiedad y autoeficacia en alumnos de colegios estatales de Huánuco”. Donde se pudo contar con una población de 400 alumnos. Siendo una investigación de tipo Descriptivo-correlacional. La investigadora concluye:

- Existe una correlación negativa moderada, entre la depresión y la autoeficacia de los estudiantes, lo que quiere decir que, a mayor intensidad de depresión le corresponde un bajo nivel de autoeficacia;

contrariamente, a menor intensidad de depresión, le pertenece un alto nivel de autoeficacia en los estudiantes.

- Existe una correlación negativa moderada entre la ansiedad-estado y la autoeficacia de los estudiantes, es decir, a un alto nivel de ansiedad-estado le corresponde un bajo nivel de autoeficacia; contrariamente, a un menor nivel de ansiedad-estado, le corresponde un alto nivel de autoeficacia en los estudiantes.
- Existe una correlación negativa moderada de entre la ansiedad-rasgo y la autoeficacia de los estudiantes, es decir, a un alto nivel de ansiedad-rasgo le corresponde un bajo nivel de autoeficacia; contrariamente, a un menor nivel de ansiedad-rasgo, le corresponde un alto nivel de autoeficacia en los estudiantes.

MONTOYA, Susan; VELENCIA, Leyla (2015) en su tesis que tiene por título “Depresión y Ansiedad en Madres Gestantes Primerizas Atendidas en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco – 2015”. El cual tuvo por objetivo “Establecer la relación entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los centros de salud”. Donde se trabajó con un total de 30 madres gestantes. Siendo una investigación de tipo Descriptivo-correlacional. Las investigadoras llegan a las siguientes conclusiones:

- El Nivel leve de Depresión es el que más predomina en las madres gestantes primerizas siendo este en un 50%.
- El Nivel de Ansiedad con mayor predominio en las madres gestantes primerizas es el nivel de ANSIEDAD MODERADA en un 40%.
- En edades de 15 a 20 años el Nivel de Depresión con mayor porcentaje en las madres gestantes primerizas es el nivel LEVE en un 23%.

CLEMENTE, Shayra (2015) en su tesis de título “Estrés, Ansiedad y Depresión en Profesionales de Enfermería que Brindan Atención

Primaria de Salud del Distrito de Amarilis - Huánuco 2015”. Cuyo objetivo fue “Establecer el nivel de estrés, ansiedad y depresión presente en los profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud”. Donde la investigadora contó con una población de 36 profesionales. La presente investigación es de tipo Descriptivo. La investigadora llega a las siguientes conclusiones:

- El nivel de estrés que encontrado en los profesionales de enfermería es el estrés Moderado el 83,3% (30 enfermeros).
- Por su parte el nivel de ansiedad que predomina en los profesionales de enfermería es la ansiedad mínima el 66,7% (24 enfermeros).
- Por último el nivel de depresión que predomina en los profesionales de enfermería es la no depresión el 63.9% (23 enfermeros).

## **2.2 Bases teórico – científicas.**

### **2.2.1 Ansiedad y Depresión**

#### **La Ansiedad en Pacientes Post Operados**

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) estableció una etiqueta diagnóstica de ansiedad la cual define como “La sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática; sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza”

#### **Ansiedad rasgo**

Es una condición del individuo que ejerce una influencia constante en su conducta, ante una situación determinada el individuo con mayor grado de este tipo de ansiedad está más expuesto a experimentarla; así la intensidad de sus respuestas emocionales está en función a las características de la situación y de su personalidad Salazar, Naranjo.

No obstante, algunos autores que han trabajado en una línea más experimental han preferido definiciones más operativas, tal como la referida por Wolpe (1979), para el cual la ansiedad puede ser definida de forma tan simplista como la reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo nocivo. (Belloch, A. 2009)

La ansiedad tiene tres componentes: Cognitivo, somático y conductual.

- a. Componente cognitivo. Componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. Este componente es el elemento central de la ansiedad ya que sin él, la ansiedad no puede tener ningún valor clínico.
- b. Componente somático. Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un progresión de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.) como internos (aceleración cardíaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc.) algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación, defecación, respiración, etc.) y otros a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias (palpitaciones, vómitos, temblor, etc.). La experiencia subjetiva de estos cambios orgánicos suele ser percibida de forma molesta y desagradable, pudiendo contribuir de esta manera a conformar el estado subjetivo de ansiedad.
- c. Componente conductual. Corresponde a los mecanismos observables de conducta que, aparte de implicar variables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación. (Belloch, A. 2009)

## La Depresión en Pacientes Post Operados

El termino depresión procede de dos voces latinas: “depressio-onis” el cual significa opresión, encogimiento o abatimiento, acción y efecto de deprimir, decaimiento de ánimo o voluntad La depresión se puede entender como un malestar psicológico representado por sentimientos de tristeza y decaimiento, y formado por un conjunto de síntomas que se relacionan entre sí, y que merman varios aspectos del funcionamiento cotidiano normal de una persona. Para comprender la depresión es importante saber cada uno de sus componentes:

- a. Síntomas cognoscitivos: Los estudios neuropsicológicos con pacientes diagnosticados con TDM han identificado, de forma consistente, un daño cognitivo en las áreas de la atención, memoria y en las funciones ejecutivas. estos síntomas adquieren relevancia en el origen y mantenimiento de la depresión. Entre éstos se encuentran pesimismo, ideas de culpa, denigración personal, ideas suicidas, toma de decisiones y procesos de pensamiento sofisticado.
- b. Síntomas afectivos: Tener un ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución del interés por las actividades cotidiana, pensamientos recurrentes respecto a la muerte sobre todo cuando el episodio depresivo tiene un carácter grave.
- c. Síntomas conductuales: inactividad y pasividad, enlentecimiento psicomotor, menor productividad, déficit en la comunicación verbal, pérdida de energía, descuido de la apariencia personal, pérdida motivacional, pérdida de confianza en sí misma, apatía, aislamiento social.
- d. Síntomas fisiológicos: Genera pérdida del apetito y como consecuencia pérdida peso de al menos un 5%, puede haber también aumento de peso, estreñimiento, insomnio o hipersomnia y disminución del impulso sexual.

La depresión la puede atravesar cualquier persona, sea hombre o mujer. A veces las personas pueden sentirse deprimidas por alguna situación y cosas que le suceden. Ejemplos de causas de depresión: malinterpretan enfrentamientos, fracaso en el matrimonio, o no considerarse buenos padres para con sus hijos, pasar por una práctica quirúrgica, etc.

Su depresión puede convertirse en enfermedad, si la condición es grave, antes de que su depresión se empeore, es importante reconocer los síntomas y actuar de inmediato. En algunos casos, se observa un episodio más bien breve; sin embargo, la depresión, puede volverse crónica; igual sucede con la intensidad de la sintomatología, que puede ir desde una disminución comparativamente leve del ánimo hasta una gravedad mayor, como la presencia de pensamientos negativos o intentos suicidas y síntomas psicóticos. Esto permite percibir la existencia de cuadros como la distimia, donde se presentan síntomas parecidos a los de una depresión mayor, pero con menor intensidad y prolongación superior en el tiempo. (Oblitas, L.)

### **Enfoque cognitivo de la Ansiedad y Depresión.**

Una cuestión polémica se refiere al papel de los procesos atencionales, y su comparación con la ansiedad (Sanz y Vázquez, 1999), así como el rol de factor etiológico, de sostenimiento o como simple consecuencia de la alteración anímica.

Ingram et al. (1998) sugieren definirlo como los “sucesos vitales (mayores o menores) que alteran los mecanismos mantenedores de la estabilidad cognitiva, emocional, fisiológica del individuo, desafiando sus recursos de afrontamiento” (pág. 76)

La palabra “cognitivo” proviene de la expresión latina “cognitare”, que quiere decir “tener conocimiento” y se refiere a la forma como se elaboran juicios, se interpretan los actos de otros. Si el pensamiento se basa en razonamientos ilógicos, interpretaciones, suposiciones, creencias equivocadas y esquemas rígidos, el sujeto distorsiona la realidad, limita

su capacidad de adaptación y probablemente incida en alteraciones emocionales y comportamentales. Del punto de vista de la psicología cognitivo comportamental, explica el comportamiento mediante la forma en que la persona interpreta la información. El principio primordial de este modelo se fundamenta, que las concepciones distorsionadas de la persona, son significativas en los orígenes de los trastornos del estado de ánimo.

Sanz J. Menciona que la premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una Sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento. Por otro lado, tras un suceso que supone una pérdida o un fracaso, la retirada temporal de toda involucración emocional o conductual, con la consiguiente conservación de energía, tiene un valor de supervivencia. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada. (Sáenz J. 1993) (Anales de la psicología pág. 134-136)

En los orígenes en la depresión, los conceptos ya sean reales o irreales, proceden de la experiencia de cada individuo, de las opiniones de los demás y de la identificación de los roles sociales. Según Freeman y Beck, se debe tomar en cuenta la interacción naturaleza, crianza, Los individuos sensibles al rechazo, al abandono o a la frustración suelen desarrollar miedos y creencias intensas sobre el significado catastrófico

de esos hechos. Un paciente proclive a reacciones en exceso a los rechazos más comunes de su niñez, puede desarrollar una autoestima negativa, esa imagen queda fortalecida si el rechazo es fuerte. Una vez formado el concepto, este influye en los juicios posteriores. Así nuestra percepción errónea, estimación e interpretación de las situaciones puede determinar depresión.

Este proceso cognitivo distorsionado o sesgado que surge en la ansiedad y en la depresión con lleva a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan tales síndromes psicopatológicos, este tipo de proceso, al igual que los demás síntomas, pueden ser el producto de muchos componentes de la depresión y de la ansiedad también pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos.

Este procesamiento distorsionado de la información en la depresión y en la ansiedad se entiende en la teoría de Beck como un factor próximo (no único) de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos o ansiosos.

Enfoque psicoanalítico de la Ansiedad y la Depresión.

Enfoque psicoanalítico de la Depresión.

Principal diferencia que Freud encontraba entre el luto y la depresión es que las personas deprimidas muestran una autoestima más baja y además son más críticas consigo mismas. Presumió que la persona que están predispuesta a la depresión debe haber experimentado la pérdida de su madre, o tal vez sus padres no fueron capaces de satisfacer sus insuficiencias infantiles de amor y cuidados. Cualquiera que hubiese sido el caso, ese niño habría crecido sintiéndose desvalido e indigno del amor, con baja autoestima con predisposición a sentirse depresivo cada vez que se enfrentase a pérdidas reales o simbólicas.

Otros teóricos posteriores como Klein en el año 1934 y Jacobson en 1971 destacaron todavía más que Freud la importancia de la calidad y de

las primeras relaciones entre la madre y el hijo, para que se establezca una vulnerabilidad (o invulnerabilidad) ante la depresión.

Para el psicoanálisis son dos los signos que están presentes en el momento depresivo: la tristeza y la inhibición; esta perspectiva recupera lo que dice la Psiquiatría clásica, no la actual la del DSM, para la que también, la inhibición y la tristeza, o dolor moral, eran los signos de depresión. Respecto al superyó, el goce retorna inesperadamente en la depresión, después del sacrificio de goce impuesto por el superyó y aceptado por el yo. Al sujeto, en la tristeza, le falta el bien-decir, aquel decir tal que le permita reconocerse en su inconsciente, en la estructura: reconocer que allí donde se renuncia al goce, se es alcanzado de todos modos por un goce más allá del bienestar, como es el goce de la inhibición, de la tristeza, de la depresión. Es el goce que Freud llamó “ganancia de la enfermedad”, su beneficio de goce, o la ubicación masoquista en el fantasma, con satisfacción pulsional.

Karl Abraham (1911, 1924) Concibió la depresión como una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral. Cuando la persona depresiva experimenta repetidas frustraciones relacionadas con los objetos de sus deseos libidinales, típicamente los padres, en la fase preedípica (antes de la resolución de sus deseos edípicos hacia uno de los padres y de su rivalidad con el otro), se producen una asociación permanente de los sentimientos libidinales con deseos destructivos hostiles. Cuando en su vida posterior se repiten tales frustraciones o desengaños amorosos, la persona depresiva vuelve su cólera hacia el objeto amado y, puesto que hay una especial fijación en el nivel oral, el depresivo busca destruir el objeto incorporándolo, interiorizándolo, con lo que la cólera se dirige en última instancia hacia el Yo.

En este sentido, Abraham concibió la pérdida de apetito que frecuentemente forma parte del síndrome depresivo como una defensa del paciente contra sus deseos hostiles de incorporar el objeto de amor. (Sanz, J. 1995) (Trastorno del estado de ánimo II- teorías psicológicas pag.8)

Freud comparte en lo esencial la propuesta de Abraham, aunque, en su intento por comprender la pérdida de la autoestima que se da en la melancolía, enfatiza la regresión de la libido y la identificación narcisista del yo con el objeto. Así, para minimizar el impacto de la pérdida del objeto amado, el niño, según Freud, interioriza una representación de ese objeto, lo introyecta, como consecuencia, la ira dirigida hacia el objeto perdido es ahora dirigida hacia una parte del propio Yo del niño, predisponiéndole a futuros episodios depresivos caracterizados sobre todo por constantes autor reproches.

El impacto del modelo estructural del psicoanálisis (Ello/Yo/Super yo) y de la psicología del Yo llevaron en un primer momento a ampliar el concepto de oralidad en la depresión, y, posteriormente, a centrar los modelos del trastorno en el papel de la autoestima y los determinantes de ésta (Bibring, Gero, Jacobson, Rado)(pag 9). Puesto que la fase oral implica la satisfacción pasiva de las necesidades una fijación a nivel oral facilitaría la dependencia emocional. Se postuló, pues que, debido a algún trauma infantil, las personas depresivas tenían una fijación oral y, por tanto, una autoestima excesivamente dependiente de los demás.

Los psicoanalistas más recientes afirman que las personas depresivas serían aquellas que, desde pequeñas y debido a la pérdida de un “objeto” amado por separación, muerte o rechazo, se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria. Estos objetos amados son personas significativas en la vida de los niños, usualmente los padres, y más frecuentemente la madre. Las pérdidas tempranas han hecho que su autoestima, su autovaloración, dependa excesivamente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal modo que se ven incapaces de superar la frustración cuando por cualquier circunstancia son rechazados, criticados, o abandonados. Las pérdidas en la infancia sirven como un factor de vulnerabilidad, de diátesis, que más tarde, en la edad adulta, conducen a la depresión si el individuo experimenta una nueva pérdida, sea real simbólica. Sin embargo, esta apretada síntesis no hace justicia a las peculiaridades y

complejidades de los distintos acercamientos psicodinámicos. (Sanz, J.1995) (pág.10)

Los psicoanalistas refieren que la personas depresivas son aquellas que sufrieron por traumáticas en la infancia en una determinada fase y etapa, ya sea de separación o pérdida de un objeto y/o persona amada siendo está muy significativa para el infante, quedando grabado dicho trauma en el inconsciente, conllevando al sujeto a ser muy vulnerable y susceptible a cualquier evento en su vida. Así posterior mente al experimentar situaciones negativas percibidas como perdida y abandono real o imaginaria, les genera ira que lo afijan hacia sí mismo, autocriticándose y autocastigándose, generando una autovaloración pésima, causándoles dependencia hacia las acciones y actitudes de los demás.

### **Enfoque psicoanalítico de la Ansiedad.**

La teoría freudiana sobre la naturaleza y etiología de la ansiedad se basaba en un modelo estructural constituido por las tres instancias psíquicas denominadas “el ello, el yo y el súper yo”. La ansiedad era considerada como una reacción del yo a las fuerzas instintivas procedentes del ello que no podían ser controladas. La ansiedad fue entendida por Freud como una «señal de peligro», esto es, un peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo. (Belloch, A. 2009.).

Dentro de este enfoque, se consideran cuatro tipos de ansiedad, dependiendo de la naturaleza de las consecuencias temidas: la ansiedad del impulso o del Ello, la ansiedad de separación, la ansiedad de castración, y la ansiedad del superego. Estas variedades se ha especulado que se gestan en diferentes estadios del crecimiento y el desarrollo. La ansiedad del impulso o del Ello está relacionada con malestares difusos y primitivos de los bebés cuando se sienten abrumados por necesidades y estímulos sobre los cuales su estado de indefensión no les proporciona ningún control. La ansiedad de separación aparece en niños mayores, pero aún en la fase pre edípica, que temen

perder el amor o incluso temen el abandono de sus padres si fracasan en el control y dirección de sus impulsos hacia las demandas y estándares de éstos. Las fantasías de castración que caracterizan la fase edípica, particularmente en relación con el desarrollo de los impulsos sexuales en el niño, se reflejan en la ansiedad de castración del adulto. La ansiedad del Superyó es el resultado directo del desarrollo final de esta instancia que marca el paso del complejo de Edipo y el inicio del período prepuberal de latencia. (Belloch, A. 2009).

Es así que esta teoría psicoanalítica refiere que la ansiedad es una reacción de peligro procedente del inconsciente, formulando 4 tipos de ansiedad que van desarrollando en las distintas etapas de vida. Estas etapas son: la ansiedad del ello que son los instintos más primitivos que se ven amenazados por el control del consciente, la ansiedad de separación que es el temor al abandono o pérdida del amor por el fracaso en el control del deseo, fantasía de castración donde al término de la etapa edípica los niños reconocen sus genitales y les genera la angustia a perderlos y el de no tenerlos y la ansiedad del súper yo se siente amenazado de no poder controlar al inconsciente.

## **Enfoque conductista de la Depresión y Ansiedad**

### **Enfoque conductista de la Depresión**

Ferster (1965), la depresión se entiende como un cuadro de debilitamiento o inhibición generalizada del comportamiento como consecuencia de una pérdida, retirada o disminución del refuerzo desde el entorno social. La conducta pierde su valor instrumental, al verse desposeída de los efectos que regularmente le acompañaban. En consecuencia, el volumen del comportamiento se reduce y ello, a su vez, reduce la probabilidad de re-obtener el refuerzo. (Belloch, A. 2009.).

Lewinsohn, (1974, 1976). Para Lewinsohn, la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta. Un reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales de una persona conduciría a un estado de ánimo deprimido y a

una reducción en el número de conductas, los cuales según Lewinsohn son los fenómenos primarios de la depresión. Otros síntomas de la depresión tales como la baja autoestima y la desesperanza serían la consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad. Por tanto, la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta constituiría para Lewinsohn la causa suficiente de la depresión que, a su vez, podría deberse a la ocurrencia de los siguientes factores aislados o en combinación: (a) un ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente; (b) falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento de un ambiente dado, y (c) incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles debido a que el sujeto presenta altos niveles de ansiedad social que, al interferir con la puesta en marcha de sus habilidades sociales, le impiden acceder a los refuerzos sociales. (Belloch, A. 2009.).

Watson y Rayner (1920) Estos autores formularon una teoría experimental de las fobias sobre la base del condicionamiento clásico, sugiriendo que cualquier situación o estímulo (principio de equipotencialidad), inicialmente neutro, puede adquirir la propiedad de elicitar respuestas de miedo por su asociación con estímulos nocivos traumáticos (elicitadores naturales de miedo o dolor; estímulos incondicionados, EI). Un estímulo neutro puede convertirse en un estímulo condicionado (EC) de miedo, por lo que su presencia evocará en el individuo respuestas condicionadas (RC) de temor. Por esto, la ansiedad se entendida como una respuesta emocional condicionada.

### **Enfoque conductista de la Ansiedad.**

Desde este enfoque la ansiedad será conceptualizada básicamente de dos formas: como una respuesta clásicamente condicionada y como un impulso que motiva la conducta del organismo. Partiendo de una concepción ambientalista, y utilizando destacadamente los términos de miedo y temor, Watson y la escuela conductista en general conceptualizan la ansiedad como una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o situación externa al sujeto. La ansiedad será definida especialmente como un subtipo de miedo, un impulso aprendido.

Desde este tipo de planteamientos Hull (1921, 1943, 1952) considera la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación. En años sucesivos, muchos autores estudian la ansiedad siguiendo los principios del condicionamiento clásico o instrumental. (Palmero, F.).

### **2.3 Definición de términos básicos o conceptuales.**

- **Ansiedad.** Patrón de comportamiento variable y complejo caracterizado por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión acompañados de o asociados con activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos o externos. (Consuegra, 2010).
- **Ansiedad ausente:** Donde no se manifiesta ningún síntoma de la ansiedad en la persona.
- **Ansiedad leve.** Donde la persona manifiesta cierto grado de inquietud, están alertas a sus sensaciones corporales, sin embargo, el paciente es capaz de concentrarse.
- **Ansiedad moderada.** La persona tiene sensaciones inquietantes, asimismo se sienten nerviosos y agitados. El paciente está muy pendiente de las sensaciones corporales, tiene gran dificultad para concentrarse.
- **Ansiedad grave.** La persona se encuentra inquieta, tiene la sensación de que algo malo le puede pasar, se encuentra completamente atemorizado.
- **Depresión.** Trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos. Lo que es nuclear en todas las formas de depresión (bipolar, reactiva, etc.) es el abatimiento persistente del humor. (Consuegra, 2010).
- **Depresión ausente.** El paciente se encuentra firme, no se manifiestan ningún síntoma de la depresión.

- **Depresión leve.** Los síntomas que experimenta la persona son tristeza, apatía, desilusión en forma liviana que no afecta la vida del paciente.
- **Depresión moderada.** En este nivel los síntomas están excediendo la capacidad de la persona a soportar, afecta en cierto grado todos los aspectos de la vida de la persona como: la familiar, en lo laboral y lo social. Los síntomas se intensifican con el pasar del tiempo.
- **Depresión grave.** La persona se encuentra incapacitada debido a la gravedad de los síntomas su vida se encuentra totalmente afectada, se observa pérdida de interés por la vida, existen pensamientos suicidas.
- **Hospital.** Un hospital es un lugar físico en donde se atiende a los enfermos, para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de patologías que atienden: hospitales generales, hospitales de agudos, hospitales de crónicos, hospitales psiquiátricos, geriátricos, materno-infantiles, etc.
- **Paciente.** Del latín patiens (“padecer”, “sufrir”), paciente es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar).
- El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica. Por ejemplo: “El paciente fue internado en este hospital durante esta mañana y horas más tarde debió ser sometido a una intervención quirúrgica ante la gravedad de las lesiones.
- **Preoperatorio.** El concepto de preoperatorio se utiliza en el ámbito de la medicina y permite nombrar a aquello que tiene lugar en las etapas previas a una operación quirúrgica. Lo habitual es que, antes de una intervención, el paciente deba cumplir con ciertos

requisitos y respetar las indicaciones del médico para que la operación tenga mayor probabilidad de éxito.

- **Cirugía.** La cirugía general es la especialidad de la medicina que tiene competencia en el diagnóstico y tratamiento de las patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia, de origen benigno, inflamatorio, traumático o neoplásico en los aparatos, sistemas y áreas anatómicas.

## **2.3 Hipótesis.**

### **2.3.1 Hipótesis general.**

H1: Existen niveles severos de ansiedad y depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

H0: No existen niveles severos de ansiedad y depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

### **2.3.2 Hipótesis específicos.**

H<sub>1</sub>: Existen niveles severos de síntomas afectivos en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

H<sub>2</sub>: Existen niveles severos de síntomas motivacionales en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

H<sub>3</sub>: Existen niveles severos de síntomas cognitivos en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

**H4:** Existen niveles severos de síntomas conductuales en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

**H5:** Existen niveles severos de síntomas físicos en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

## **2.4 Variables e indicadores.**

### **2.4.1 Variable Independiente**

#### **Niveles de ansiedad y depresión**

**Ansiedad:** Patrón de comportamiento variable y complejo caracterizado por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión acompañados de o asociados con activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos o externos. (Consuegra, 2010)

#### **Depresión:**

Trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos. Lo que es nuclear en todas las formas de depresión (bipolar, reactiva, etc.) es el abatimiento persistente del humor. (Consuegra, 2010)

### **2.4.2 Variable Dependiente**

#### **Pacientes Pre Operatorios**

En el ámbito de la medicina las etapas previas a una intervención quirúrgica en el paciente deben cumplir con ciertos requisitos y respetar las indicaciones del médico para que la operación tenga mayor probabilidad de éxito, la intervención preoperatoria suele comenzar con: Conocimiento del paciente, Estado fisiológico, Oxigenación, Nutrición, Actividad, Comodidad, Preparación psicológica del paciente para la cirugía. Salazar, Naranjo (pag. 48).

## 2.5 Operacionalización de Variables

<b>Variable</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumentos</b>
<b>Nivel de Ansiedad y Depresión</b>	<b>Ansiedad</b>	Fisiológica Emocional Cognitiva	Escala de medición de Ansiedad Beck
	<b>Depresión</b>	Afectiva Somática Cognitiva	Escala de medición de Depresión Beck
<b>Pacientes con Pre Operación del servicio de Cirugía</b>	<b>Nivel económico</b>	Con SIS Sin SIS Genero Ambos sexos Edades De 20 a 60 años	Ficha de evaluación

## CAPÍTULO III

### 3 METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACION

#### 3.1 Método y diseño de investigación.

##### 3.1.1 Método de investigación.

La investigación realizada pertenece al método no experimental es decir la que se realiza sin manipular ninguna variable independiente para ver su efecto en otras variables. (Hernández, S. 2015). Lo que se realiza en la investigación no experimental es observar el fenómeno tal como se da en su contexto natural, para luego analizarlos.

##### 3.1.2 Diseño de investigación.

El presente estudio corresponde al diseño transversal. Sanchez (2006) refiere que este tipo de investigación estudia a los sujetos de diferentes edades en un mismo momento o situación. (111).

Los estudios de este tipo pueden diagramarse de la siguiente manera:

	T1	T2	T3	T4
M				
	01	02	03	04

**Donde:**

M                    representa la muestra

T1, T2    Tiempo o momento

01, 02    Observaciones realizadas

#### 3.2 Tipo y nivel de investigación.

##### 3.2.1 Tipo de investigación.

Pertenece a la Investigación descriptiva Sanchez (2006) plantea: Esta orientada al conocimiento de la realidad tal como se presenta en

una situación espacio temporal dada. Responde a las interrogantes ¿Cómo es que se presenta la ansiedad y depresión en los pacientes post operados?. ¿Cuáles son las características de la ansiedad y depresión que presentan los pacientes post operados?.(42)

### 3.2.2 Nivel de investigación.

Según la profundidad pertenece al nivel descriptivo, ya que pretendo describir los fenómenos, tal como es y cómo se manifiesta en el momento de realizarse el estudio. (Sánchez, C. 2002).

### 3.3 Población y muestra.

#### 3.3.1 Población.

La población de estudio estuvo constituida teniendo en referencia de pacientes operados del servicio de Cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizan de Huánuco-2018 desde el mes de enero a junio.

#### **REGISTRÓ TOTAL DE PACIENTES OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA 2017-ENERO A JUNIO.**

PACIENTES	EDADES	SEXO		TOTAL
		F	M	
SERVICIO CIRUGIA	20 a 30	11	9	20
	31 a 40	10	18	28
	41 a 50	6	7	13
	51 a 60	5	7	12
TOTAL		32	41	73

### **3.3.2 Muestra**

La muestra es no probabilística por criterio del investigador, ya que los sujetos serán seleccionados en función de las características de la investigación. Además, el muestreo fue de tipo accidental, pues dependerá de la participación voluntaria de las personas que cumplan con las particularidades antes especificadas. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). Dicha muestra referencial estará constituida por 50 pacientes de ambos sexos entre las edades de 20 a 60 años que fueron operados en el servicio de Cirugía de enero a junio del 2018.

#### **Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta en la muestra fueron:

- Pacientes de 20 a 60 años
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes con SIS y sin SIS

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes menores de 20 años
- Pacientes con enfermedad mental
- Pacientes mayores de 60 años
- Pacientes iletrados

### MUESTRA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA 2018

PACIENTES	EDADES	SEXO		TOTAL
		F	M	
SERVICIO CIRUGIA	20 a 30	8	9	17
	31 a 40	5	13	18
	41 a 50	3	5	8
	51 a 60	3	4	7
TOTAL		19	31	50

Fuente: Obtenidos del servicio de Estadística e Informática HRHVM- enero a junio 2018.

#### 3.3.3 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.

#### 3.3.4 Técnicas.

- Análisis de documentación.
- Entrevista no estructurada.
- Inventario de ansiedad de BECK.
- Inventario de depresión de BECK.

#### 3.3.5 Instrumentos.

- El análisis de las historias clínicas se realizará para recopilar información sobre los pacientes y se utilizará el registro de información de pacientes pre operatorios en el cual están consignados los datos generales de los pacientes y el tiempo que vienen realizándose su hospitalización.
- Al evaluar la ansiedad se utilizará como instrumento el inventario de ansiedad de Beck, Se trata de una escala hetero administrada por un

clínico tras una entrevista. El investigador puntúa de 0 a 3 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, tres dimensiones que corresponden a dimensiones físicas (ítems 2,3,4,6,7,12,15,18,19,20,21), a dimensión emocional (ítems 1,8,9,10,13,17), y a dimensiones cognitivas (ítems 5,11,14,16). Es recomendable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Al evaluar la depresión se utilizará como instrumento el inventario de depresión de Beck, Se trata de una escala hetero administrada por el investigador tras una entrevista El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. El paciente debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, Se pueden obtener, además, tres dimensiones que corresponden a dimensiones físicas (ítems 4,11,12,15,16,18,20,21), dimensiones emocionales (ítems 1,2,3,5,6,10,17). dimensiones cognitivas (ítems 7, 8, 9, 13, 14,19). El inventario está compuesto de 21 ítems.

### **Ficha Técnica**

1. Nombre: Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck
2. Nombre de la adaptación en español: adaptación y propiedades psicométricas del inventario de depresión (BDI) y ansiedad (BAI) de Beck en estudiantes de la universidad pública Hermilio Valdizan de Huánuco.
3. Autores: RIVERA MANSILLA YESSICA MARIA
4. AÑO: 2013
4. Administración: Preferentemente auto administrada.

5. Duración aproximada: 20 minutos.
6. Grupos de aplicación: Adultos.
7. Descripción del test: El inventario consta de 21 categorías de síntoma y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. Se debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales.
8. Tipo de normas:
9. Material: Cuadernillo, hoja de respuestas y plantilla

➤ **Validación y Confiabilidad de las Pruebas realizadas**

En primer lugar, se realizó un piloto para someter todos los instrumentos a prueba en nuestro contexto e identificar principalmente dificultades de carácter ortográfico, palabras poco comprensibles, ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario para cada instrumento; esta pequeña prueba se realizó en una población homologa a nuestra prueba de estudio fue el centro de salud del distrito de Huánuco, tomándose como muestra de madres gestantes primerizas.

Aplicándose los instrumentos empleados en la primera prueba en la muestra ya mencionada dicho suceso fueron en los establecimientos los centros de salud del distrito de Huánuco, se analizaron las valoraciones obtenidas realizando la confiabilidad. Esta consistió en aplicar nuestros instrumentos en un mismo grupo de sujetos, en un intervalo relativamente corto de tiempo. El nivel de confiabilidad se realizó a través del método estadístico, usando para esto el Alfa de Cronbach como se presenta en los cuadros para las dos pruebas de Depresión y Ansiedad.

## Confiabilidad del instrumento de Depresión de Beck

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basadas en los elementos tipificados	N de elementos
0.912	0.912718818	21

## Confiabilidad del instrumento de Ansiedad de Beck

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basadas en los elementos tipificados	N de elementos
0.919	0.919	21

Los instrumentos de recolección de datos alcanzaron una confiabilidad de alta mayor o igual de 0, 8 de igual modo cada dimensión de las dos variables. Se obtuvieron como resultado de Alfa de Cronbach 0.912; esto significa que los instrumentos de ambas variables son confiables en su consistencia interna. (en este caso, solo es una de las 3 comparaciones) si bien de escasa importancia. Las evidencias de validez convergente que se aportan se obtuvieron en muestras que contestaron a la versión original, donde se observaron correlaciones con otras medidas de ansiedad de valores entre 0.41 y 0.58.

Hay cuatro aspectos que requieren un comentario. El primero, referido al proceso de respuesta, explorar si ha tenido o no alguna consecuencia en los resultados la eliminación en las instrucciones de la precisión "incluido el día de hoy" que los autores de la adaptación aplicaron para evitar que los evaluados terminasen informando de la

ansiedad que específicamente producía la evaluación. Algunos datos del manual sugieren que el citado cambio de instrucciones no ha afectado a los resultados psicométricos o apenas lo ha hecho. En segundo lugar, sería oportuno aportar evidencia de validez convergente en relación con otras medidas auto informadas de la ansiedad, particularmente de aquellas que están muy establecidas, como son la escala de valoración de la Ansiedad de Hamilton y el test de State Trait Anxiety Inventory, Algo que si se hizo en el cuestionario original. En tercer lugar, equivalencia métrica de la adaptación castellana está documentada mediante la comparación de índices estadísticos obtenidos en los análisis de fiabilidad y valides, pero podría proporcionar evidencia más convincente si se pudiera realizar un estudio de varianza entre las muestras que constan al cuestionario original y las que contestan a la adaptación española. En cuarto lugar, debiera explorarse más a fondo si realmente son unos o dos factores los que subyacen en el resultado. En los últimos años se han propuesto procedimientos de detección del número de factores con ítems tipo Likert que superan el procedimiento MAP aplicado. En todo caso, los últimos estudios realizados por los adaptadores de la prueba citados en las referencias (Sanz, García-Vera y Fortun, 2011)

Apoyan la unidimensionalidad del BAI.

### **Confiabilidad**

El estudio de la fiabilidad de la adaptación española se restringe a la consistencia interna, produciendo en diversas muestras un valor del coeficiente alfa alto (superior a 0.8). Debería discutirse con mayor profundidad la convivencia o no de estudiar la estabilidad temporal de la medida. Ello depende de la estabilidad que se les suponga a los síntomas, un concepto que se trata sucintamente a la página 59 del manual, cuando se dice que el criterio diagnóstico se ajustó para valorar la “prevalencia puntual de trastornos”, y que convendría tratar con mayor detalle. No se informa de los errores típicos mide la relevancia de la precisión del test en la obtención de la puntuación verdadera de cada

evaluado, lo que es relevante en pruebas cuyo principal uso es la evaluación individual.

En cuanto a los estudios psicométricos de validez, en la adaptación castellana se proporcionan evidencias relativas a la estructura interna, con dos factores relacionados entre sí y descritos como Ansiedad cognitiva y Ansiedad somática, evidencias convincentes de validez discriminante en relación con el test de Beck

### **Validez y confiabilidad**

#### Validez

El manual describe los estudios de validez concurrente de constructo, discriminante, factorial y de discriminación diagnóstica la adaptación se hizo sobre 6 muestras, siendo 1467 el número total de evaluados en cuanto a la validez de contenido los ítems se crearon con cuidado para asegurarse de que recogían la mayor parte de los síntomas de ansiedad. En conjunto, se proporcionan garantías suficientes sobre el contenido de cuestionarios, si bien no se aportan resultados específicas en validez del contenido. Respecto a la traducción del español se realizaron dos, se contrastaron con otras dos previas y se llevó a cabo un estudio piloto para comprobar su aplicabilidad.

En cuanto los estudios psicométricos de validez en adaptación castellana se proporcionan evidencias relativa a la estructura interna, con dos factores correlacionados entre sí y descritos como ansiedad cognitiva y ansiedad somática, evidencias convincentes de validez discriminante en relación con el test de Beck depresión inventory, y resultados de la comparación entre grupos con diversos diagnósticos clínicos que confirman las diferencias esperadas. También se encuentran diferencias en la respuesta promedio en función del sexo y edad.

### **3.3.6 Procedimientos de recolección de datos.**

La técnica básica de recolección de datos que se utilizará será la observación, que nos permitirá la captación de la realidad de los pacientes del Departamento de Cirugía del Hospital Hermilio Valdizán. En este sentido, la observación se entiende como una técnica directa de recolección de datos (Ander Egg, 1995). Específicamente se utilizará, como técnicas directas de recopilación de datos, la entrevista mediante el inventario de ansiedad y depresión.

### **3.3.7 Procesamiento y presentación de resultados.**

Acercas de las técnicas para el procesamiento y presentación de datos podemos señalar que:

Se utilizó el programa informático o paquete estadístico SPSS - v 22.0 para el procesamiento de datos.

Además, se realizara la introducción de los datos de cada instrumento en la “matriz base”, y luego se procesara y analizara la información de manera automática, utilizando además del software señalado anteriormente.

Asimismo, el tratamiento estadístico básico que se utilizara para analizar los datos contribuirán para la corroboración de las hipótesis de investigación, nos apoyaremos básicamente en:

- La estadística descriptiva, que permitió describir y analizar las variables de la investigación utilizando estadígrafos básicos como: distribución de frecuencias, promedios, moda y desviación estándar, entre otros, presentando cuadros de frecuencias con sus respectivos gráficos, listos para ser analizados.
- Estos tratamientos estadísticos permitirán el análisis de univariante y bivariante, es decir análisis descriptivos con el propósito de coadyuvar en la corroboración de las hipótesis planteadas.

- Además, se utilizó la estadística inferencial, específicamente las pruebas de hipótesis, aplicadas con el propósito de evaluar las correlaciones entre las variables en el estudio. Las pruebas de hipótesis utilizadas son: Chi cuadrado, ANOVA factorial, lo que permitirá un mayor acercamiento a la corroboración de las hipótesis de investigación.

## CAPÍTULO IV

### 4 RESULTADOS

Los resultados que se muestran están en relación a los objetivos que se han planteado en la siguiente investigación.

**Tabla N° 1** Resultados generales del nivel de ansiedad y depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco

N°	EDAD	SEXO	PUNTAJE DE ANSIEDAD	PUNTAJE DE DEPRESIÓN
1	20	1	27	15
2	27	1	25	22
3	30	1	58	38
4	25	1	13	12
5	28	1	22	27
6	21	1	28	35
7	26	1	31	34
8	28	1	11	39
9	31	1	14	7
10	36	1	9	4
11	40	1	25	39
12	34	1	16	11
13	37	1	22	15
14	50	1	24	38
15	44	1	23	41
16	42	1	20	15
17	51	1	12	15
18	56	1	20	18
19	60	1	63	38
20	23	2	6	18
21	22	2	7	20
22	30	2	16	14
23	26	2	25	11
24	28	2	27	35
25	30	2	25	35
26	27	2	18	35
27	28	2	22	8
28	25	2	48	10
29	31	2	7	8
30	38	2	6	4

31	36	2	7	5
32	40	2	4	9
33	39	2	6	8
34	40	2	2	9
35	33	2	10	2
36	31	2	14	5
37	32	2	13	4
38	38	2	11	19
39	40	2	17	21
40	31	2	23	18
41	33	2	25	18
42	47	2	23	9
43	50	2	18	2
44	41	2	19	8
45	50	2	25	12
46	46	2	20	15
47	55	2	15	9
48	58	2	13	35
49	60	2	25	28
50	59	2	59	36

Fuente: Aplicación del instrumento  
Elaboración propia

**Tabla N° 2** Resultados generales de los síntomas más frecuentes de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco

N°	DEPRESIÓN				
	Afectiva	Motivacional	Cognitiva	Conductual	Física - fisiológica
1	1	2	1	1	1
2	1	2	1	1	1
3	1	2	1	1	1
4	1	1	1	1	1
5	1	1	3	1	2
6	1	1	2	1	1
7	1	1	2	1	2
8	2	2	2	1	1
9	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0
11	0	2	3	2	1
12	0	0	2	2	0
13	0	1	2	2	1
14	0	1	2	1	1
15	0	1	2	1	1
16	1	1	2	1	1
17	1	0	1	1	1
18	0	2	0	0	2
19	1	1	1	1	2
20	2	2	3	1	2
21	2	0	2	1	2
22	1	2	1	1	1
23	1	0	1	1	1
24	1	2	1	1	1
25	2	2	3	1	1
26	1	1	1	1	1
27	2	1	2	2	1
28	2	1	2	2	1
29	0	3	2	1	1
30	0	2	2	1	1
31	0	2	2	1	1

32	0	2	2	1	1
33	0	2	2	1	1
34	1	3	2	1	1
35	1	2	2	1	1
36	1	3	1	1	1
37	1	1	1	1	1
38	1	2	1	1	1
39	0	3	1	1	3
40	0	1	1	1	1
41	0	1	1	1	1
42	0	0	1	1	1
43	0	2	1	1	0
44	0	0	1	1	1
45	1	2	1	1	1
46	1	2	1	1	0
47	1	2	1	1	1
48	1	2	2	2	1
49	1	3	2	2	1
50	1	2	2	2	1

Fuente: Aplicación del instrumento

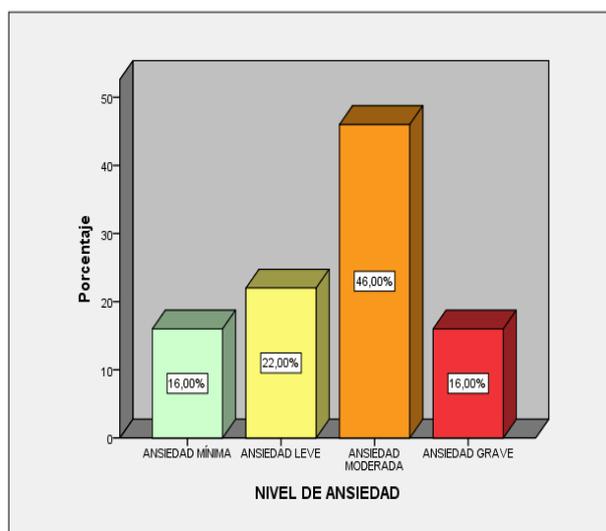
Elaboración propia

**Tabla N° 3** Resultados generales del nivel de ansiedad de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco

Diagnóstico	Promedio	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Mínima	0 - 7	8	16%
Ansiedad Leve	0 - 15	11	22%
Ansiedad Moderado	16 - 25	20	40%
Ansiedad Grave	26 - 63	8	16%
TOTAL		50	100%

Fuente: Tabla N° 01

Elaboración propia



**Gráfico N° 1** Resultados generales del nivel de ansiedad de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco

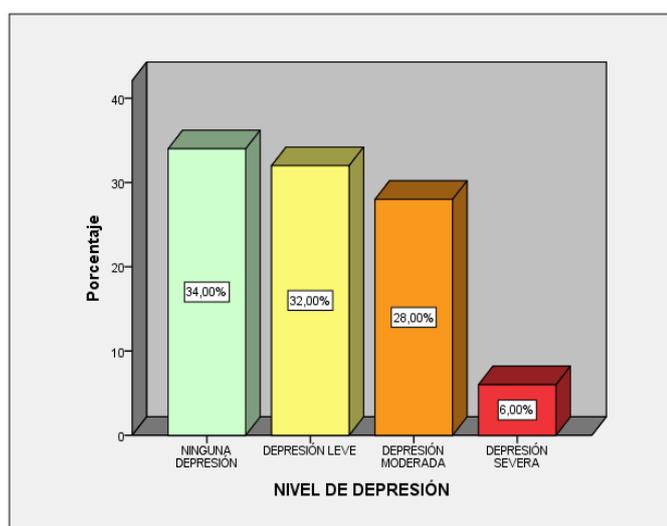
Según la tabla N° 03, referente a los resultados generales del nivel de ansiedad de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, observamos que el 16% presentaron Ansiedad Mínima, el 22% Ansiedad Leve, el 40% Ansiedad Moderado y solo el 16% presentaron una Ansiedad Grave

**Tabla N° 4** Resultados generales del nivel de ansiedad de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco

Diagnóstico	Promedio	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna Depresión	0 - 10	17	34%
Depresión Leve	11 - 20	16	32%
Depresión Moderado	21 - 38	14	28%
Depresión Grave	39 - 63	3	6%
TOTAL		50	100%

Fuente: Tabla N° 01

Elaboración propia



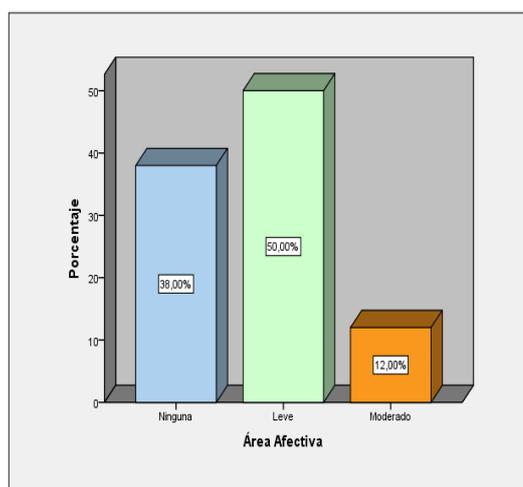
**Gráfico N° 2** Resultados generales del nivel de depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco

Según la tabla N° 04, referente a los resultados generales del nivel de depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, observamos que el 34% no presentaron ninguna depresión, el 32% Depresión Leve, el 28% Depresión Moderado y solo el 6% presentaron una Depresión Grave. Lo cual presentaron diferentes alteraciones en las áreas: Afectiva, motivacional, cognitiva, conductual y física.

**Tabla N° 5** Resultados generales de la alteración afectiva de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	19	38%
Leve	25	50%
Moderada	6	12%
Severa	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Tabla N° 02  
Elaboración propia



**Gráfico N° 3** Resultados generales de la alteración afectiva de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco

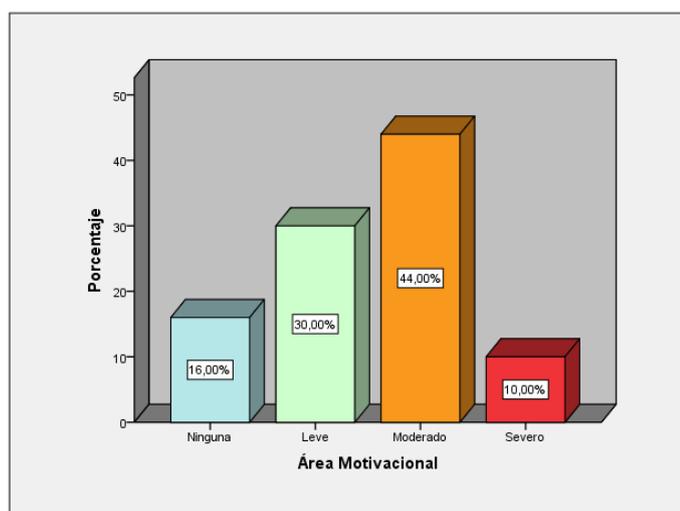
Según la tabla N° 05, referente a los resultados generales de la alteración afectiva de la depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, donde observamos que el 38% no presentaron ninguna alteración afectiva, el 50% una alteración leve y el 12% una alteración moderada manifestando tristeza, sentimientos de culpa, predisposición para el llanto e irritabilidad.

**Tabla N° 6** Resultados generales de la alteración motivacional en la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	8	16%
Leve	15	30%
Moderada	22	44%
Severa	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente: Tabla N° 02

Elaboración propia



**Gráfico N° 4** Resultados generales de la alteración motivacional de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco

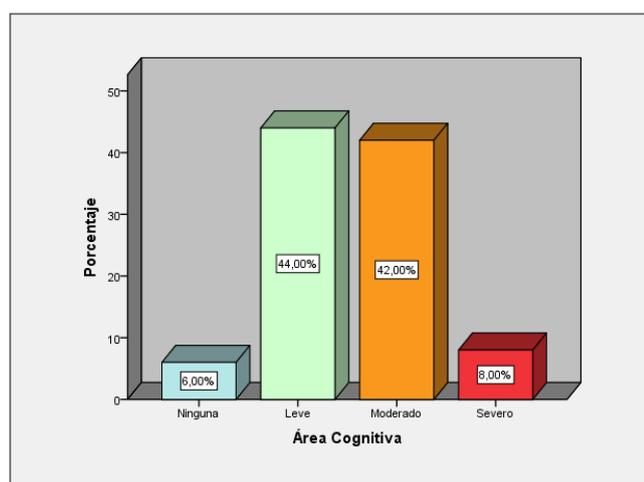
Según la tabla N° 06, referente a los resultados generales de la alteración motivacional en la depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, donde observamos que el 16% no presentaron ninguna alteración motivacional, el 30% una alteración leve, el 44% una alteración moderada y el 10% una alteración severa; manifestando insatisfacción e ideas suicidas.

**Tabla N° 7** Resultados generales de la alteración cognitiva en la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	3	6%
Leve	22	44%
Moderada	21	42%
Severa	4	8%
TOTAL	50	100%

Fuente: Tabla N° 02

Elaboración propia



**Gráfico N° 5** Resultados generales de la alteración cognitiva de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco

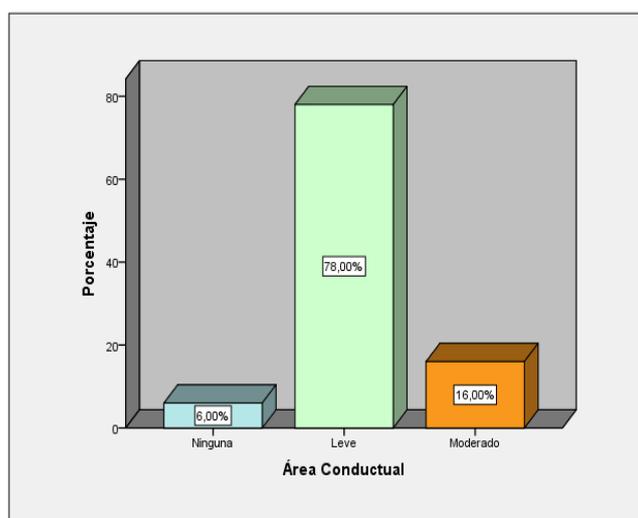
Según la tabla N° 07, referente a los resultados generales de la alteración cognitiva en la depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, donde observamos que el 6% no presentaron ninguna alteración cognitiva, el 44% una alteración leve, el 42% una alteración moderada y el 8% una alteración severa; manifestando pesimismo frente al futuro, sensación de fracaso, expectativa de castigo, autodisgusto, indecisión, autoimagen deformada, preocupaciones somáticas y autoacusaciones.

**Tabla N° 8** Tabla N° 08 Resultados generales de la alteración conductual en la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	3	6%
Leve	39	78%
Moderada	8	16%
Severa	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Tabla N° 02

Elaboración propia



**Gráfico N° 6** Resultados generales de la alteración conductual de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco

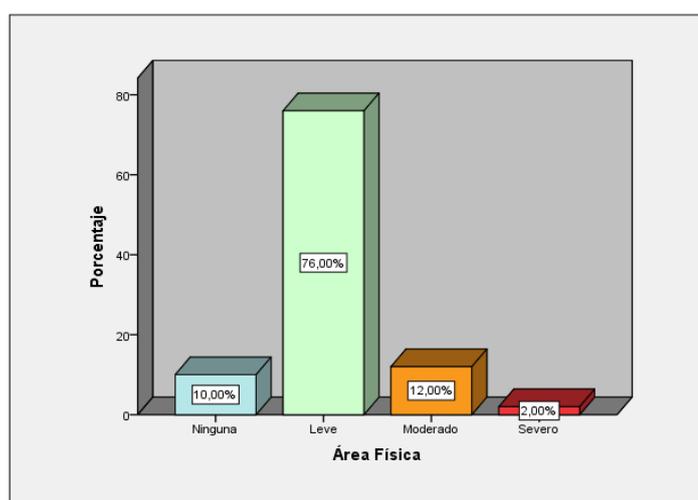
Según la tabla N° 08, referente a los resultados generales de la alteración conductual en la depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, donde observamos que el 6% no presentaron ninguna alteración conductual, el 78% una alteración conductual leve y el 16% una alteración conductual moderada; manifestando alejamiento social, retardo para trabajar, fatigabilidad.

**Tabla N° 9** Resultados generales de la alteración física en la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco

Alteración Física	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	5	10%
Leve	38	76%
Moderada	6	12%
Severa	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Tabla N° 02

Elaboración propia



**Gráfico N° 7** Resultados generales de la alteración física de la depresión en la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco

Según la tabla N° 09, referente a los resultados generales de la alteración física en la depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, donde observamos que el 10% no presentaron ninguna alteración física, el 76% una alteración leve, el 12% una alteración moderada y solo el 2% una alteración física severa; manifestando pérdida de sueño, pérdida de peso y pérdida del deseo sexual.

## CAPÍTULO V

### 5 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 5.1 Contrastación de los resultados del trabajo de investigación

Contrastación de la Hipótesis general.

**H<sub>1</sub>:** Existen niveles severos de ansiedad y depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

**H<sub>0</sub>:** No existen niveles severos de ansiedad y depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

Según la tabla N° 03 sobre los resultados generales del nivel de ansiedad de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, observamos que el 16% presentaron Ansiedad Mínima, el 22% Ansiedad Leve, el 40% Ansiedad Moderado y solo el **16% presentaron una Ansiedad Grave**.

Como también según la tabla N° 04, referente a los resultados generales del nivel de depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, observamos que el 34% no presentaron ninguna depresión, el 32% Depresión Leve, el 28% Depresión Moderado y solo el **14% presentaron una Depresión Grave**. Lo cual presentaron diferentes alteraciones en las áreas: Afectiva, motivacional, cognitiva, conductual y física.

Por lo tanto negamos la hipótesis alternativa y aceptamos la Hipótesis Nula donde: No existen niveles severos de ansiedad y depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

A pesar de que las técnicas quirúrgicas se han ido modificando y desarrollando para hacer cada vez menor el riesgo para la vida (Pérez y Cáceres, 2001), la cirugía constituye indudablemente un evento estresante, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la autonomía y condiciones físicas, las acciones dolorosas, la supervivencia y la recuperación, la separación de la familia y el hogar a lo que se suma el carácter impersonal de la propia hospitalización.

Pueden surgir variadas respuestas emocionales ante el proceso quirúrgico, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias para la recuperación Jenkins, Stanton, y Jono, (1994).

Un gran número de evidencias sugieren que mientras mayor es la ansiedad, más lenta y complicada resulta la recuperación postoperatoria, lo que ocurre a través de mecanismos tanto conductuales como fisiológicos (Wallace, 1992).

Investigaciones en el campo de la Psiconeuroinmunología muestran que el estrés rompe la homeostasis neuroendocrina y retarda la reparación de tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas. Por otra parte, los individuos más distresados son más susceptibles de experimentar trastornos del sueño y el sueño profundo se relaciona con la secreción de la hormona de crecimiento, que también facilita la cicatrización de las heridas (Kiecott-Glaser, Page, Marucha, Mascallum, y Glaser, 1998).

La ansiedad y el distrés pueden aumentar el dolor y hacer más difícil la adherencia a las orientaciones terapéuticas que contribuyen a la recuperación como por ejemplo caminar, realizar ejercicios respiratorios, toser.

La evaluación y tratamiento de un paciente que va a ser sometido a una cirugía mayor, requiere por tanto, de especial atención en una variedad de aspectos como la racionalidad para someterse al proceder, las sensaciones más comunes, el proceder en si, así como ofrecer las habilidades básicas para un mejor afrontamiento de este proceso. Sobran

los ejemplos de estudios que hablan de los efectos positivos de una preparación psicológica previa a la cirugía, aún cuando no se ha podido discriminar si un tipo particular de intervención es más efectiva que otra, incluyendo hasta las técnicas más informales.

Algunos de los beneficios que se han señalado son disminución de la estadía hospitalaria, disminución importante de la ansiedad (predictor clave de recuperación), menos dolor, menor necesidad de analgésicos, mejor preparación para el alta, mayor satisfacción con la atención recibida y una percepción más positiva de la experiencia hospitalaria (Jenkins, Stanton, y Jono, 1994;

### **Contrastación de la Hipótesis específico 1.**

**H<sub>1</sub>:** Existen niveles severos de síntomas afectivos en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

**H<sub>0</sub>:** No existen niveles severos de síntomas afectivos en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

Según la tabla N° 05, referente a los resultados generales de la alteración afectiva de la depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, donde observamos que el 38% no presentaron ninguna alteración afectiva, el 50% una alteración leve y el 12% una alteración moderada manifestando tristeza, sentimientos de culpa, predisposición para el llanto e irritabilidad.

Por lo tanto negamos la hipótesis alternativa y aceptamos la Hipótesis Nula donde **H<sub>0</sub>:** No existen niveles severos de síntomas afectivos en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018, debido que el promedio de mayor frecuencia fue del 50% con una alteración leve.

## **Contrastación de la Hipótesis específico 2.**

**H<sub>2</sub>:** Existen niveles severos de síntomas motivacionales en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

**H<sub>0</sub>:** No existen niveles severos de síntomas motivacionales en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

Según la tabla N° 06, referente a los resultados generales de la alteración motivacional en la depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, donde observamos que el 16% no presentaron ninguna alteración motivacional, el 30% una alteración leve, el 44% una alteración moderada y el 10% una alteración severa; manifestando insatisfacción e ideas suicidas.

Por lo tanto negamos la hipótesis alternativa y aceptamos la Hipótesis Nula donde **H<sub>0</sub>:** No existen niveles severos de síntomas motivacionales en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018, debido que el promedio de mayor frecuencia fue el 30% con una alteración leve y el 44% Moderada.

## **Contrastación de la Hipótesis específico 3.**

**H<sub>3</sub>:** Existen niveles severos de síntomas cognitivos en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

**H<sub>0</sub>:** No existen niveles severos de síntomas cognitivos en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

Según la tabla N° 07, referente a los resultados generales de la alteración cognitiva en la depresión de la muestra evaluada en pacientes

Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, donde observamos que el 6% no presentaron ninguna alteración cognitiva, el 44% una alteración leve, el 42% una alteración moderada y el 8% una alteración severa; manifestando pesimismo frente al futuro, sensación de fracaso, expectativa de castigo, autodisgusto, indecisión, autoimagen deformada, preocupaciones somáticas y autoacusaciones.

Por lo tanto negamos la hipótesis alternativa y aceptamos la Hipótesis Nula donde **H<sub>0</sub>**: No existen niveles severos de síntomas cognitivos en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018, debido que el promedio de mayor frecuencia fue el 44% con una alteración leve y el 42% una alteración Moderada.

#### **Contrastación de la Hipótesis específico 4.**

**H<sub>4</sub>**: Existen niveles severos de síntomas conductuales en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

**H<sub>0</sub>**: No existen niveles severos de síntomas conductuales en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

Según la tabla N° 08, referente a los resultados generales de la alteración conductual en la depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, donde observamos que el 6% no presentaron ninguna alteración conductual, el 78% una alteración conductual leve y el 16% una alteración conductual moderada; manifestando alejamiento social, retardo para trabajar, fatigabilidad.

Por lo tanto negamos la hipótesis alternativa y aceptamos la Hipótesis Nula donde **H<sub>0</sub>**: No existen niveles severos de síntomas conductuales en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del

Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018, debido que el promedio de mayor frecuencia fue el 78% con una alteración leve y el 16% una alteración Moderada.

### **Contrastación de la Hipótesis específico 5.**

**H<sub>5</sub>:** Existen niveles severos de síntomas físicos en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

**H<sub>0</sub>:** No existen niveles severos de síntomas físicos en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018.

Según la tabla N° 09, referente a los resultados generales de la alteración física en la depresión de la muestra evaluada en pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, donde observamos que el 10% no presentaron ninguna alteración física, el 76% una alteración leve, el 12% una alteración moderada y solo el 2% una alteración física severa; manifestando pérdida de sueño, pérdida de peso y pérdida del deseo sexual.

Por lo tanto negamos la hipótesis alternativa y aceptamos la Hipótesis Nula donde **H<sub>0</sub>:** No existen niveles severos de síntomas físicos en la depresión en los pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2018, debido que el promedio de mayor frecuencia fue el 76% con una alteración leve y el 12% una alteración Moderada.

## CONCLUSIONES

### Las conclusiones obtenidas fueron las siguientes:

1. El Nivel de Ansiedad presentado fue el 16% Ansiedad Mínima, el 22% Ansiedad Leve, el 40% Ansiedad Moderado y el 16% presentaron una Ansiedad Grave los pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco.
2. El Nivel de Depresión presentado fue el 32% Depresión Leve, el 28% Depresión Moderado y solo el 14% presentaron una Depresión Grave los pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco.
3. Los resultados generales de la alteración afectiva de la depresión fue el 38% no presentaron ninguna alteración afectiva, el 50% una alteración leve y el 12% una alteración moderada manifestando tristeza, sentimientos de culpa, predisposición para el llanto e irritabilidad los pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco.
4. Los resultados generales de la alteración motivacional en la depresión fue el 16% no presentaron ninguna alteración motivacional, el 30% una alteración leve, el 44% una alteración moderada y el 10% una alteración severa; manifestando insatisfacción e ideas suicidas, los pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco.
5. Los resultados generales de la alteración cognitiva en la depresión fue el 44% una alteración leve, el 42% una alteración moderada y el 8% una alteración severa; manifestando pesimismo frente al futuro, sensación de fracaso, expectativa de castigo, autodisgusto, indecisión, autoimagen deformada, preocupaciones somáticas y autoacusaciones, los pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco.

6. Los resultados generales de la alteración conductual en la depresión fue el 6% no presentaron ninguna alteración conductual, el 78% una alteración conductual leve y el 16% una alteración conductual moderada; manifestando alejamiento social, retardo para trabajar, fatigabilidad, los pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco.
  
7. Los resultados generales de la alteración física en la depresión fue el 76% una alteración leve, el 12% una alteración moderada y solo el 2% una alteración física severa; manifestando pérdida de sueño, pérdida de peso y pérdida del deseo sexual, los pacientes Pre Operatorios del servicio de cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar el vínculo terapéutico a todos los pacientes pre operatorio para recoger información de interés, adicional a la que ofrece la historia clínica.
2. Brindar información sobre el procedimiento médico a desarrollo durante el procedimiento terapéutico.
3. Brindar información sobre las habilidades y técnicas psicológicas para el control de la ansiedad y depresión al que fue preparada para estimular la expresión de dudas y preguntas, la confianza en el equipo médico y la participación del paciente como elemento activo de este proceso
4. Realizar la reestructuración cognitiva de ideas preconcebidas, creencias y falsas expectativas en cuanto al procedimiento médico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arevalo A, L (2015) Nivel de Ansiedad en Pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del hospital de Tingo María de abril a junio del 2015.
2. Belloch, A. Sandín, B. y Ramos, F. (2009). "Manual de psicopatología" Vol. II. (Ed. revisada). Madrid – España. Editorial: MCGRAW - HILL/interamericana, S.A.U.
3. Beck (1985)
4. Belloch, A. 2009
5. Bibring, Gero, Jacobson, Rado, (pag 9).
6. Consuegra, N. (2010). "Diccionario de Psicología". Bogotá - Colombia. Ecoe Ediciones.
7. Condori Taipe, I.Escobar Quispe, A. (2014) "Efecto de la Comunicación Terapéutica de , Enfermería en el Nivel de Ansiedad de Pacientes Preoperatorio del Servicio de Cirugía del , Hospital Departamental de Huancavelica- 2014
8. Eduardo Giacomantone y Alberto Mejia
9. Friedman y Thase, 1995
10. Ferster (1965)
11. Hernández, R. y otros (2015). "Metodología de la Investigación" (6ª edición). Chile. McGraw-Hill/Interamericana Editores.
12. <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES>
13. <https://definicion.de/paciente/serviciocirugia>.
14. Hernández, Fernández y Baptista, 2003).
15. Hull (1921, 1943, 1952)

16. Hernández, S. 2015).
17. Ingram et al. (1998) (pág. 76)
18. Jenkins, C.D.; Stanton, B.A. y Jono, R.T. (1994). Quantifying and predicting recovery after heart surgery. *Psychosomatic Medicine*, 56, 203-212.
19. Jenkins, C.D.; Stanton, B.A; Niemcryk, S.J. y Rose, R.M. (1988). A scale for estimation of sleep problems in clinical research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41(4), 313-321.
20. Kiecott-Glaser, J.K.; Page, G.; Marucha, P.; Mascallum, R.C. y Glaser, R. (1998). "Psychological influences on surgical recovery. *Perspectives from Psychoneuroimmunology*. *American Psychologist*, 53 (11), 1209-1218.
21. Klein 1934 y Jacobson 1971
22. Karl Abraham (1911, 1924)
23. Kiriadou y Sutcliffe (1987)
24. Lang (2002).
25. Lazarus (1976).
26. Lewinsohn, (1974, 1976).
27. MINSA – Hospital Hipólito Unanue (2010) nota de prensa – Disponible en <http://www.hnhu.gob.pe/CUERPO/COMUNICACIONES/Noticias/2010/VIH.pdf>.
28. Metinvestigación (2008)
29. Oblitas, L. "Manual de psicología clínica y salud hospitalaria". Bogotá – Colombia. Editorial: Psicom Editores.
30. OMS (2016) nota descriptiva – Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>.

31. OMS (2017) nota descriptiva – Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
32. OPS (2012) Disponible en - [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente &Itemid=1926&lang=es](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente &Itemid=1926&lang=es).
29. Patricia Gonzáles Luna “Nivel de Ansiedad y Depresión en Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio Atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Marzo a abril del 2006”, Lima-Perú.
30. Pérez, H. y Cáceres, F.M. (2001). Introducción de la cirugía aorto coronaria sin circulación extracorpórea. *Avances Médicos de Cuba*, 26, 58-61.
31. Pérez, P.C. y Caputo, J.H. (2000). Patrón de conducta tipo A: nuevos interrogantes para antiguos conflictos. *Dinámica* 11, Vol.3, artículo de internet
32. Rev Inst Nal Enf Resp Mex Volumen 13 - número 3 Julio - septiembre 2000 Págs. 153-156
33. Sánchez, H. y Reyes, C. (2002).” Metodología y diseños en la investigación científica” (3ª edición). Lima – Perú. Editorial: Universidad de Lima.
34. Sanz, J. (1993). Anales de Psicología: Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. Madrid, España. Recuperado de [https://www.um.es/analesps/v09/v09\\_2/02-09\\_2.pdf](https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf)
35. Sánchez, C. 2002).
36. Sampieri 2006)

37. Sanz, J. Vázquez, C. (1995). Trastornos del Estado de Ánimo: II. Teorías Psicológicas. Madrid, España. Disponible en - NES\_pdf/1995-Trastornos%20estado%20Animo-Teorias.pdf
38. Salazar Rivera J P, Naranjo Guatemala K F. Op.cit. P6
39. Sanz y Vázquez, 1999(Sáenz J. 1993) (Anales de la psicología pág. 134-136)
40. Wolpe (1979)
41. Watson y Rayner (1920)
30. Wallace, L.M. (1992). Preoperative state anxiety as a mediator of psychological adjustment to and recovery from surgery. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 253-261.
31. <https://es.scribd.com/document/236849033/Definicion-de-Entrevista-Psicologica>[https://es.wikipedia.org/wiki/Mini-mental\\_state\\_examination](https://es.wikipedia.org/wiki/Mini-mental_state_examination)
32. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/habitos-vida-saludable/escala-barthel.html>
33. <https://www.neurologia.com/articulo/2017508><https://es.scribd.com/doc/46606898/Definicion-de-prueba-psicologica>
34. <https://es.scribd.com/document/173365629/Tam>
35. <http://www.anteroos.com.ar/tratamiento-psicologico.html>  
<http://psicoisapecat.blogspot.com/2011/08/la-consejeria-psicologica.html><http://ipsicologo.com/2013/02/orientacion-psicologica-o-psicoterapia.html>
36. <https://www.psicoactiva.com/blog/la-terapia-racional-emotiva-tre/><https://psicologiaymente.com/clinica/psicoeducacion>
37. [https://es.wikipedia.org/wiki/Insight\\_\(psicolog%C3%ADa\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Insight_(psicolog%C3%ADa))
38. <https://www.redalyc.org/pdf/799/79911627012.pdf>

## **ANEXOS**

## BECK

Marque en el protocolo con un (X), según sea su caso:

1.
  - a. No me siento triste.
  - b. Me siento triste.
  - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
  - d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2.
  - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
  - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
  - c. Siento que no tengo nada que esperar.
  - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
  - a. No creo que sea un fracaso.
  - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
  - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
  - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
  - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
  - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
  - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
  - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
  - a. No me siento especialmente culpable.
  - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
  - c. Me siento culpable casi siempre.
  - d. Me siento culpable siempre.
6.
  - a. No creo que este siendo castigado.
  - b. Creo que puedo ser castigado.
  - c. Espero ser castigado.
  - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
  - a. No me siento decepcionado de mí mismo.
  - b. Me he decepcionado a mí mismo.
  - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
  - d. Me odio.
8.
  - a. No creo ser peor que los demás.
  - b. Me critico por mis debilidades o errores.
  - c. Me culpo siempre por mis errores.
  - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.
  - a. No pienso en matarme.
  - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
  - c. Me gustaría matarme.
  - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.
  - a. No lloro más de lo de costumbre.
  - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
  - c. Ahora lloro todo el tiempo.

11. d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.  
b. Las cosas me irritan más que de costumbre  
c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.  
d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a. No he perdido el interés por otras cosas.  
b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.  
c. He perdido casi todo el interés por otras personas.  
d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a. Tomo decisiones casi siempre.  
b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.  
c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
d. Ya no puedo tomar decisiones.
14. a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.  
c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.  
d. Creo que me veo feo.
15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.  
b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.  
c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.  
b. No puedo dormir tan bien como solía.  
c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.  
d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.  
b. Me canso más fácilmente que de costumbre.  
c. Me canso sin hacer nada.  
d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.  
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
c. Mi apetito esta mucho peor ahora.  
d. Ya no tengo apetito.
19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
b. He rebajado más de dos kilos y medio.  
c. He rebajado más de cinco kilos.  
d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.  
c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.  
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.

- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido por completo el interés en el sexo.

## Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

### Puntuación Nivel de depresión.

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>PUNTAJE</b>
Ninguna Depresión	Puntaje menor de 10
Depresión Leve	Puntaje entre 11 y 20
Depresión Moderada	Puntaje entre 21 - 38
Depresión Severa	39 a más puntos

## Guía para la interpretación del inventario de ansiedad de Beck:

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

### Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Puntuación Nivel de ansiedad.**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>PUNTAJE</b>
Nivel mínimo de ansiedad	Puntaje entre 0 y 7
Ansiedad Leve	Puntaje entre 8 y 15
Ansiedad Moderada	Puntaje entre 16 a 25
Ansiedad grave	26 a 63 puntos

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Niveles de Ansiedad y Depresión en pacientes Pre Operatorios en el servicio de “Cirugía del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano” – Huánuco 2018

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Metodología
<b>General</b>	<b>General</b>		<b>Dependiente</b> Pacientes con Pre Operación en el servicio de Cirugía	<b>Nivel económico</b> -Con SIS -Sin SIS  Genero -Ambos sexos  Edades -De 20 a 60 años	<b>Método de investigación</b> -No experimental  <b>Diseño de investigación</b> -Transversal  <b>Tipo de investigación</b> -Básica, descriptivo  <b>Población-muestra</b> -Pacientes en espera de su operación De 20 a mas
	<b>Específicos</b>	<b>Específicos</b>	<b>Dependiente</b> Niveles de Ansiedad y Depresión en pacientes Pre Operatorios	<b>Fisiológica</b>  <b>Emocional</b>  <b>Cognitiva</b>	<b>Instrumentos</b> -Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	
<p><b>Pacientes con Pre Operación del servicio de Cirugía</b></p>	<p><b>Intervención preoperatoria.</b> En el ámbito de la medicina las etapas previas a una intervención quirúrgica en el paciente deben cumplir con ciertos requisitos y respetar las indicaciones del médico para que la operación tenga mayor probabilidad de éxito, la intervención preoperatoria suele comenzar con: Conocimiento del paciente, Estado fisiológico, Oxigenación, Nutrición, Actividad, Comodidad, Preparación psicológica del paciente para la cirugía. Salazar, Naranjo (pág. 48).</p>	<p><b>Nivel económico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Con SIS</li> <li>-Sin SIS</li> </ul> <p>Genero</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ambos sexos</li> </ul> <p>Edades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-De 20 a 60 años</li> </ul>	

### VARIABLE DEPENDIENTE: Ansiedad y Depresión

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS	ITEMS	INDICE
Ansiedad	Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taquicardia, Sudores, Sensación de ahogo, Temblores en las extremidades, Sensación de pérdida del control o del conocimiento, Mareos, Problemas digestivos</li> <li>- Incapacidad para relajarse, Rubor facial.</li> </ul>	Escala de medición de Beck	2,3,4,6,7,12,15,18,19,20,21	Likert (adaptado)
	Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdida del placer. Agitación, Perdida del interés, Cambios en los estados del sueño, Cambios en el apetito, Cansancio o fatiga, Perdida del interés por el sexo.</li> </ul>		4,11,12,15,16,18,20,21	
Ansiedad	Emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimiento de minusvalía o inferioridad – torpeza, entumecido. Sentirse inestable, Sentirse amenazado, atemorizado o asustado, Sentirse nervioso</li> <li>- Sentirse inquieto, inseguro, Sentir miedo.</li> </ul>		1,8,9,10,13,17	
Depresión	Emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza, Pesimismo, Fracaso, Llanto, Irritabilidad,</li> <li>- Sentimientos de culpa, Sentimientos de castigo.</li> </ul>		1,2,3,5,6,10,17	
Ansiedad	Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bloqueo de procesos mentales, Pensamientos con miedo a perder el control, Pensamientos con temor a que ocurra lo peor, Pensamientos con temor a morir.</li> </ul>		5,11,14,16	
Depresión	Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconformidad con uno mismo, Autocritica, Pensamientos o deseos suicidas, Indecisión, Desvalorización, Dificultad de concentración.</li> </ul>		7,8,9,13,14,19	

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENCIONES	ESCALA DE MEDICION
Ansiedad	Patrón de comportamiento variable y complejo caracterizado por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión acompañados de o asociados con activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos o externos. (Consuegra, 2010)	<p>FISICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taquicardia, Sudores, Sensación de ahogo, Temblores en las extremidades, Sensación de pérdida del control o del conocimiento, Mareos, Problemas digestivos, Incapacidad para relajarse, Rubor facial.</li> </ul> <p>EMOCIONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimiento de minusvalía o inferioridad – torpeo entumecido Sentirse inestable, Sentirse amenazado, atemorizado o asustado, Sentirse nervioso, Sentirse inquieto, inseguro, Sentir miedo.</li> </ul> <p>COGNITIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bloqueo de procesos mentales, Pensamientos con miedo a perder el control, Pensamientos con temor a que ocurra lo peor, Pensamientos con temor a morir</li> </ul>	Mínimo 0-7 Leve 8- 15 Moderado 16-25 Severo 26- 63
Depresión	Trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos. Lo que es nuclear en todas las formas de depresión (bipolar, reactiva, etc.) es el abatimiento persistente del humor. (Consuegra, 2010)	<p>FISICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdida del placer, Agitación, Perdida del interés, Cambios en los estados del sueño, Cambios en el apetito, Cansancio o fatiga, Perdida del interés por el sexo</li> <li>-</li> </ul> <p>EMOCIONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza, Pesimismo, Fracaso, Llanto, Irritabilidad, Sentimientos de culpa, Sentimientos de castigo</li> </ul> <p>COGNITIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconformidad con uno mismo, Autocritica, Pensamientos o deseos suicidas, Indecisión, Desvalorización</li> <li>- Dificultad de concentración</li> </ul>	Mínimo 0-6 Leve 7- 11 Moderado 12-16 Severo 17- 63



