

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología



**Autoestima y Depresión en Pacientes Quirúrgicos y No Quirúrgicos en el Área
de Medicina de un Hospital de Arequipa 2023**

Tesis presentada por la Bachiller:

Escobedo Montecinos, Angira Dasi

ORCID: 0009-0009-6717-3866

para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Asesor:

Mg. Puma Huacac, Roger Freddy

ORCID: 0000-0002-5439-1700

Arequipa – Perú

2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PSICOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 14 de Abril del 2024

Dictamen: 010108-C-EPSIC-2024

Visto el borrador del expediente 010108, presentado por:

2005200762 - ESCOBEDO MONTECINOS ANGIRA DASÍ

Titulado:

**AUTOESTIMA Y DEPRESION EN PACIENTES QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS EN EL ÁREA DE
MEDICINA DE UN HOSPITAL DE AREQUIPA 2023**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADO (A) EN PSICOLOGÍA

**29281582 - VILCHES VELASQUEZ FLOR ALEIDA
DICTAMINADOR**



**29412302 - DELGADO PALO ROCIO SARA
DICTAMINADOR**



**42957579 - RAMOS VARGAS LUIS FERNANDO
DICTAMINADOR**



Autoestima y Depresión en Pacientes Quirúrgicos y No Quirúrgicos en el Área de Medicina de un Hospital de Arequipa 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

2

repositorio.upagu.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

Submitted to Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra PUCMM

Trabajo del estudiante

1%

4

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

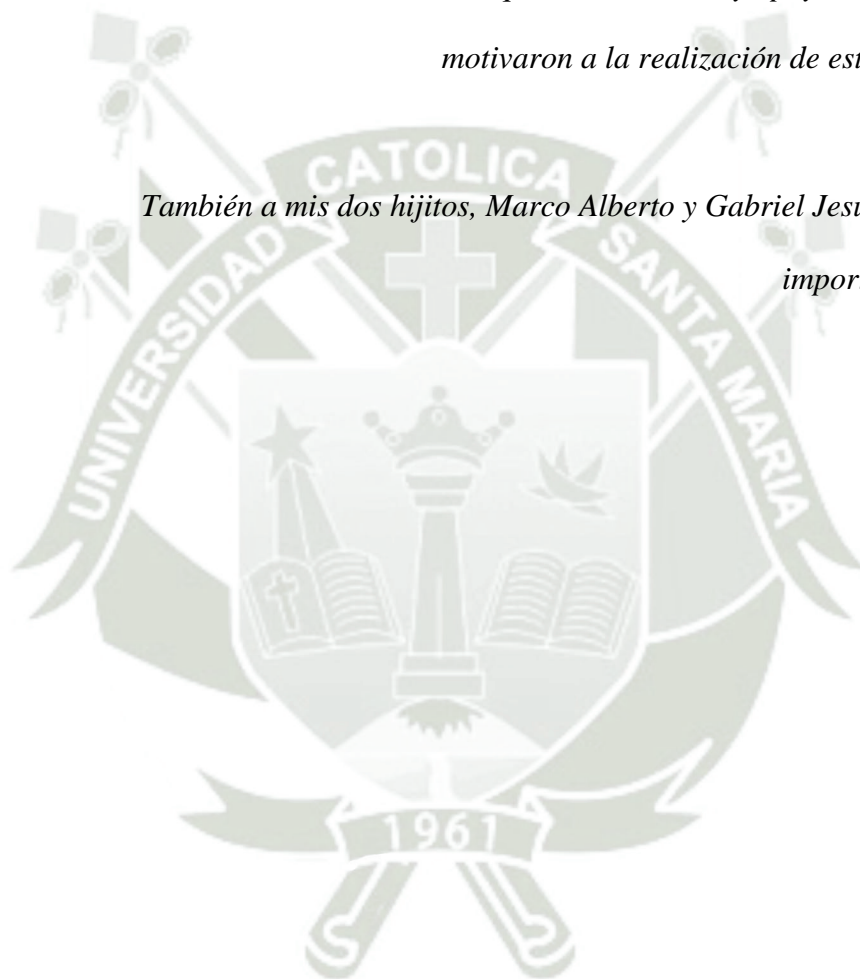
Apagado

Dedicatoria

*A mi madre Raquel Montecinos Martínez quien siempre me incentivó a terminar
esta hermosa carrera y siempre confió en mí.*

*A mi novio Héctor Molina Calle que con su cariño y apoyo incondicional me
motivaron a la realización de esta investigación.*

*También a mis dos hijitos, Marco Alberto y Gabriel Jesús que son parte
importante de mi vida*



Agradecimiento

*Al Universo por disponer y ordenar los acontecimientos en el momento perfecto
que me están permitiendo alcanzar las metas en mi vida profesional.*

*A mi padre José Jesús Escobedo Ortega quien me brindo su ayuda a lo largo de
toda mi carrera.*

A mi amiga la Ps. Winnie Milagros Medina Olazábal por su valiosa ayuda.

A mi hermana Sudevi Escobedo Montecinos por su generoso apoyo.

*También a las personas que participaron en las entrevistas; de no ser por ellos y
ellas, esta tesis no se hubiera redactado, ya que sus palabras, pensamientos y
experiencias son la esencia
de este trabajo.*

Resumen

Las personas que acuden a un hospital cuando su salud física sufre un deterioro, no son ajenas a sufrir algún tipo de afección emocional, debido a que llegan a experimentar emociones de miedo, estrés y preocupación ya que su salud física se está viendo afectada, en consecuencia, también su salud emocional; teniendo en muchos casos problemas en su autoestima y regulación emocional. Por lo cual el objetivo general de la presente investigación fue el de establecer la relación entre la autoestima y la depresión en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos de un hospital de Arequipa. La investigación fue de tipo descriptiva, no experimental, de diseño correlacional y de corte transversal. La muestra se compuso por 100 personas entre varones y mujeres, entre las edades de 19 a 94 años, con distintos estados civiles y grados de instrucción, entre pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos, pertenecientes al área de hospitalización de un hospital de la ciudad de Arequipa 2023. Se usa la prueba estadística de correlación *rho de Spearman* para probar la hipótesis planteada. Se obtuvo que la autoestima y la depresión tienen una relación negativa ($r = -.450^{**}$) estadísticamente significativa .000, es decir que a mayor nivel de autoestima el grado de depresión tendera a disminuir; además de encontrarse un nivel de autoestima promedio con tendencia al alta con 47.0% y 42.0% respectivamente; y un grado de depresión leve con un 83.0%.

Palabras Clave: Autoestima, Depresión, Pacientes hospitalizados

Abstract

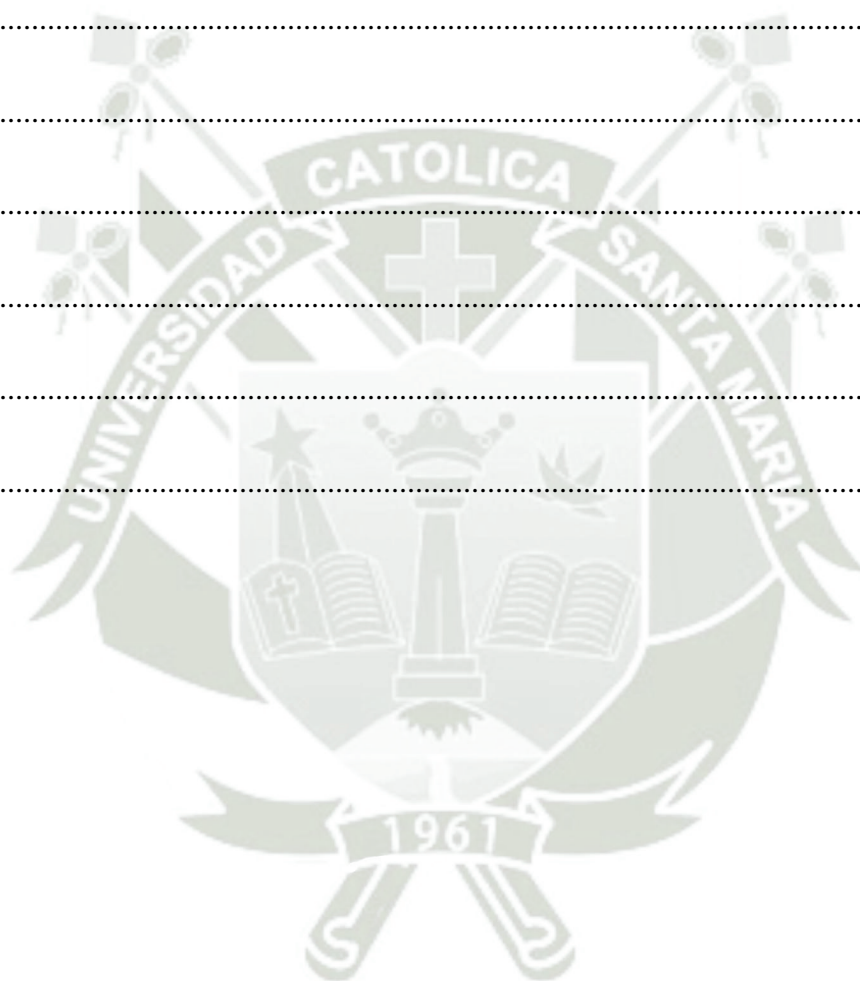
People who come to a hospital when their physical health suffers a deterioration are not exempt from suffering some kind of emotional condition, because they experience emotions of fear, stress and worry as their physical health is being affected, consequently, also their emotional health; having in many cases problems in their self-esteem and emotional regulation. Therefore, the general objective of this research was to establish the relationship between self-esteem and depression in surgical and non-surgical patients in a hospital in Arequipa. The research was descriptive, non-experimental, of correlational design and cross-sectional. The sample was composed of 100 people between males and females, between the ages of 19 and 94 years, with different marital status and educational levels, among surgical and non-surgical patients, belonging to the hospitalization area of a hospital in the city of Arequipa 2023. *Spearman Rho* correlation statistical test was used to test the hypothesis. It was obtained that self-esteem and depression have a negative relationship ($r=-.450^{**}$) statistically significant .000, that is to say that the higher the level of self-esteem the degree of depression will tend to decrease; in addition to finding an average level of self-esteem with a tendency to high with 47.0% and 42.0% respectively; and a degree of mild depression with 83.0%.

Key words: Self-esteem, Depression, Hospitalized patients.

Índice

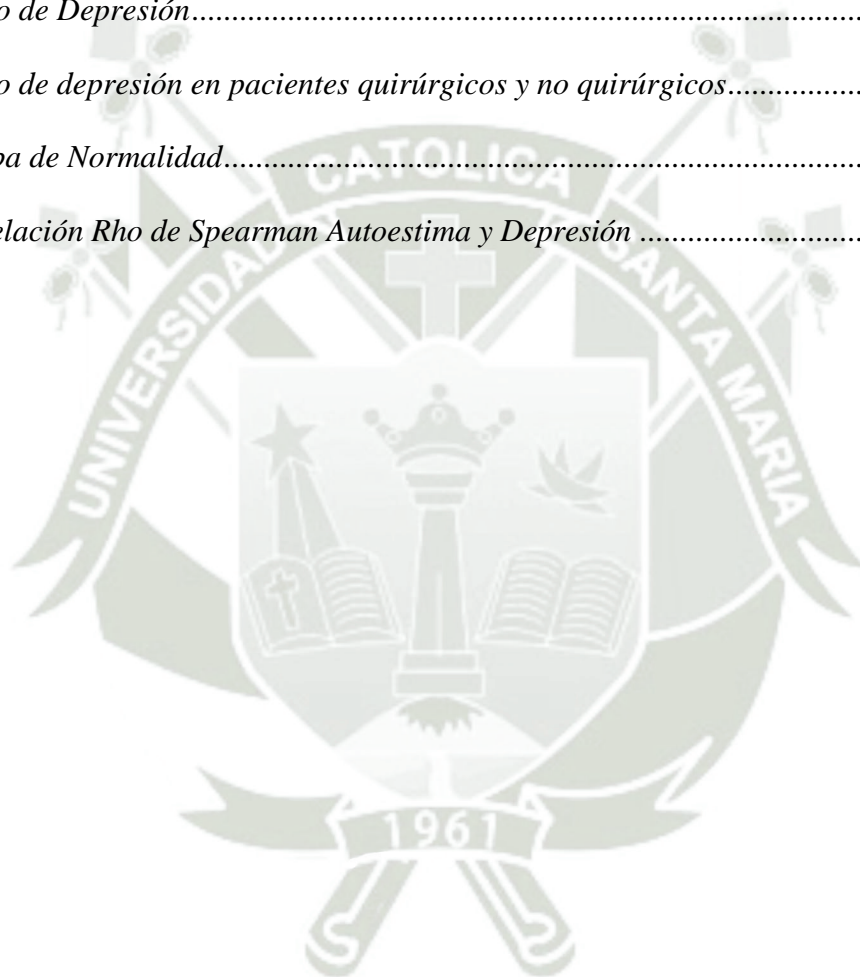
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Capítulo I. Problema y Marco Teórico	1
Introducción	1
Pregunta de investigación	2
Variables	3
Objetivos	4
Antecedentes teórico – investigativos	5
Hipótesis	23
Capítulo II. Método	24
Método	24
Instrumentos	24
Participantes	27
Población	27
Muestra	27

Procedimiento.....	30
Consideraciones éticas	30
Análisis de los datos.....	30
Capítulo III. Resultados.....	32
Discusión.....	38
Conclusiones	44
Sugerencias.....	46
Limitaciones	48
Referencias.....	49
Anexos	56



Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Datos demográficos de los pacientes</i>	28
Tabla 2 <i>Nivel de Autoestima</i>	32
Tabla 3 <i>Nivel de autoestima en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos</i>	33
Tabla 4 <i>Grado de Depresión</i>	34
Tabla 5 <i>Grado de depresión en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos</i>	35
Tabla 6 <i>Prueba de Normalidad</i>	36
Tabla 7 <i>Correlación Rho de Spearman Autoestima y Depresión</i>	37



Capítulo I.

Problema y Marco Teórico

Introducción

La salud mental y emocional forman parte esencial de la salud integral; dentro del área de la psicología los términos “autoestima” y “depresión” son conceptos importantes y fundamentales, los cuales a lo largo de los años han sido estudiados por diversos autores e investigadores.

La autoestima es la valoración y percepción que las personas tienen de sí mismas, lo cual influirá de manera directa en su confianza, motivación y la capacidad para afrontar los diferentes problemas que se presenten a lo largo de la vida (Pérez, 2019); por otro lado la depresión forma parte de los trastornos mentales que son más frecuentes entre la población, el cual se caracteriza por una desmotivación, desánimo general, sentimiento de tristeza persistente, pérdida de interés en actividades que solían ser gratificantes, y cambios en el estado de ánimo de manera general (Organización Mundial de la Salud, 2023). La interrelación de ambas puede llegar a tener un impacto importante en la salud de las personas, tanto a nivel físico como mental.

La autoestima y la depresión influirán directamente en la calidad de vida de las personas dentro de una población la cual se encuentra hospitalizada en el área de medicina de un hospital; el comprender estas variables permitirá evaluar como es el estado emocional de esta población y por ende como pueden influir y afectar a su recuperación y bienestar global; ya que los pacientes hospitalarios, tanto quirúrgicos como no quirúrgicos, se enfrentan a situaciones y cambios que pueden afectar de manera significativa su bienestar psicológico, debido al malestar que pueden experimentar al someterse a un proceso quirúrgico, o lidiar y batallar con enfermedades que

afectan de manera significativa su calidad de vida.

Identificar los niveles de autoestima y depresión en pacientes hospitalizados, quirúrgicos y no quirúrgicos, ayudará a determinar los factores de riesgo relacionados a estas variables, ya que ambas tienen influencia en el bienestar general y por ende en la capacidad para afrontar desafíos que acontecen a raíz de la condición médica de los pacientes.

El comprender como la autoestima y la depresión se interrelacionan en pacientes hospitalizados, tanto quirúrgicos como no quirúrgicos, nos ayudará a comprender como estos constructos pueden influenciar en la salud mental y emocional de los pacientes durante su estadía hospitalaria, brindándonos claridad en este panorama, contribuyendo a futuro para el desarrollo de estrategias de intervención psicológicas e integrales de atención que ayuden a promover la salud mental en personas hospitalizadas, promoviendo el bienestar y el proceso de recuperación de los pacientes.

Esta investigación aporta conocimientos para comprender la relación de las variables autoestima y depresión, lo cual puede ser de gran relevancia no solo a nivel psicológico, sino en el área de la salud en general, brindándole conocimientos a los profesionales de la salud acerca de formas para poder brindar un cuidado integral a sus pacientes, promoviendo la salud emocional de los mismos. Además de que la presente investigación puede servir de base para futuras investigaciones y/o implementación de programas, teniendo importancia en el campo de la salud mental y salud en general.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la correlación entre la autoestima y la depresión en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos de un hospital de Arequipa?

Variables

Variable 1. Autoestima

La autoestima es definida como el respeto y confianza que la persona tiene de sí misma, la cual se manifiesta por medio de la capacidad para afrontar las dificultades de la vida, contribuyendo a un crecimiento personal más sólido (Plata et al., 2010). Para medir esta variable se utilizó el instrumento “El inventario de la autoestima de Coopersmith” el cual mide niveles de autoestima: alta, promedio y baja.

Variable 2. Depresión

Sánchez y Sánchez (2017) indican que la depresión no es una tristeza común, sino una respuesta desadaptativa a la intersección de dos factores: uno que involucra las vulnerabilidades psicológicas o físicas de un individuo; y dos, las circunstancias externas que puedan activar estas vulnerabilidades. Para medir esta variable se utilizó el instrumento “Inventario de Beck para evaluar la depresión” la cual evalúa grados de depresión: leve, moderada y grave.

Objetivos

Objetivo general

Determinar la correlación entre la autoestima y la depresión en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos de un hospital de Arequipa

Objetivos específicos

Describir el nivel de autoestima de los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos de un hospital de Arequipa.

Comparar el nivel de autoestima de los pacientes quirúrgicos frente a los pacientes no quirúrgicos de un hospital de Arequipa.

Describir el grado de depresión de los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos de un hospital de Arequipa.

Comparar el nivel de depresión de los pacientes quirúrgicos frente a los pacientes no quirúrgicos de un hospital de Arequipa.

Antecedentes teórico – investigativos

El servicio de psicología dentro de un hospital es esencial, tanto para los pacientes como para la institución en sí, al ser un pilar importante que ayude a garantizar un servicio humano y de calidad; brindando apoyo tanto a los pacientes hospitalizados y de consultas externas, ayudando a regular su estado de ánimo: autoestima, ansiedad, depresión, sostenimiento emocional, entre otros. Donde el profesional en psicología debe considerar la enfermedad o diagnóstico actual del paciente, situación vital actual, la opinión que tiene el paciente frente a su malestar y a la vida, o frente al estado de hospitalización o cirugía que presente; abordándolo por medio de orientaciones psicológicas, evaluaciones familiares o proceso de psicoterapia (Zas, 2016).

Debido al deterioro de la salud física por el cual las personas acuden a estas instituciones en búsqueda de mejorar su estado de salud actual, los pacientes hospitalizados atraviesan por todo el sistema hospitalario restándole importancia, en muchos casos, a la salud mental. Los pacientes antes de pasar por algún proceso quirúrgico suelen experimentar emociones de preocupación, estrés y miedo; y si las experiencias emocionales y psicológicas que han tenido previas a la operación no han sido positivas, eso ayuda a predecir una experiencia postoperatoria negativa tanto a nivel físico como emocional (Clark et al., 2023).

Las intervenciones psicológicas en pacientes hospitalizados pueden ser efectivas en el impacto psicológico que estos tengan posterior a la cirugía, logrando en los pacientes una estabilidad emocional; el uso de técnicas de relajación e intervenciones bajo el modelo cognitivo conductual, han mostrado eficacia para reducir el malestar que se genera en los pacientes hospitalizados (Oswald et al., 2023).

Autoestima

Se refiere a la valoración que la persona tiene de sí misma, la cual puede ser positiva o negativa. Así como la predisposición positiva para afrontar los desafíos de la vida, sintiéndose capaz y merecedor de la felicidad (Pérez, 2019). Se incluyen las actitudes y la afectividad, ya que la autoestima es un grupo de elementos psíquicos y cognitivos; en una formación integral del individuo, confluyendo factores cognitivos, conductuales y emotivos con los cuales la persona afrontara el hecho de vivir. (Canto y Castro, 2009, como se citó en Coronel, 2018).

Alcántara (1993, como se citó en Bogas, 2013) por su parte lo define como la actitud hacia uno mismo, caracterizado por la forma en como la persona, piensa, ama, siente y se comporta con su propia persona, siendo una descripción estable de identificación del sí mismo; como se organizan las experiencias vividas relacionados con el Yo. Es definida como la experiencia personal, las creencias que la persona tiene de sí misma, siendo la clave del triunfo o el fracaso, la clave para el autoconocimiento y una buena relación con los demás; es la habilidad que nos permite afrontar los problemas. (Branden, 1987, como se citó en Bogas, 2013). En esta misma línea Romero (2005, como se citó en De Tejada, 2010) afirma que la autoestima es saber reconocer las capacidades propias, como el factor de crecimiento psicológico, las cuales permitirán el logro de metas y proyectos personales.

Según Orduña (2003, como se citó en Pérez, 2019) la autoestima posee dos aspectos esenciales: *el sentido de eficacia personal o autoeficacia*, es la confianza de que la mente tiene la capacidad de procesar las experiencias percibidas juzgándolas, eligiendo y decidiendo de manera adecuada, interpretando la realidad de modo que se comprendan las necesidades y los intereses, es decir conocerse a uno mismo. Y, por otro lado: *el sentido de mérito personal o autodignidad*, es el valor que la persona tiene por sí misma, la seguridad que la persona presenta al derecho de

vivir y experimentar la felicidad, se manifiesta cuando la persona es libre de expresar pensamientos, necesidades y deseos.

Es un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida, siendo un factor importante la interacción con otros seres humanos, debido a que los seres humanos somos seres sociales, facilitando el desarrollo del Yo, por la importancia y la aceptación que recibimos de otras personas. (Naranjo, 2007, como se citó en Panesso y Arango, 2017). Sin embargo, Branden (1995) opina que la autoestima no depende de la valoración de personas importantes de nuestro entorno, sino de la valoración personal, siendo algo interno, y al poder encontrar una auto aprobación de nuestro mundo interior seremos capaces de proyectar eso en el mundo exterior.

Principales teorías de la autoestima

Teoría de la Motivación Humana de Abraham Maslow

Abraham Maslow (2012) psicoterapeuta humanista, expone su teoría jerárquica de las necesidades en el año 1943 en su libro “La teoría de la motivación humana”, donde expone la importancia de las necesidades humanas por medio de una imagen piramidal, siendo la autoestima una necesidad para llegar a la autorrealización. En la base de la pirámide se encuentran las: *necesidades de déficit, fisiológicas o biológicas*, donde están incluidas: la alimentación, respiración, hidratación, descanso, sexo, entre otros, las cuales se encargan de asegurar la perduración del ser humano; *necesidades de seguridad*, donde se incluye: la protección al peligro (sea real o imaginario), la necesidad del orden, tener estabilidad, sentirse seguros y protegidos, regidas principalmente por la emoción del miedo, temor a perder el control de su vida y tener vulnerabilidad o debilidad frente a circunstancias que sean percibidas como amenazantes; *necesidades sociales o de pertenencia*, están incluidas la amistad, el pertenecer a un grupo, el amor, la participación y el afecto, se da la necesidad de poder recibir y dar afecto,

para satisfacer esta necesidad se deben de haber satisfecho primero las dos anteriores; *necesidad de autoestima o estima*, es la autopercepción y autovaloración que tiene la persona de sí misma, el amor propio, autorespeto, autoestima y la confianza, necesidad de respeto, éxito, popularidad. Maslow manifiesta que la estima propia dependerá de la influencia del entorno; *necesidad de autorrealización*, es la necesidad más alta de la persona donde será capaz de desempeñarse y desenvolverse mostrando sus competencias y capacidades, el reflejo de querer demostrar el potencial que tiene, esta necesidad se llega a satisfacer por medio de un buen desempeño de la actividad de vocación y/o laboral. Las necesidades primarias son: el nivel uno y dos, y las necesidades secundarias el nivel tres, cuatro y cinco. Es importante resaltar que para Maslow, solo se podía llegar a un nivel superior cuando el nivel anterior había sido satisfecho de manera correcta y que no todas las personas lograran alcanzar la cúspide de la pirámide, debido a diversos problemas e inconvenientes que puedan presentarse a lo largo de la vida (Maslow, 2012).

Teoría de la Autoestima de Coopersmith

Para Coopersmith (1981) la autoestima es la autovaloración de cada persona, el percibirse a sí mismo como capaz, digno, productivo e importante, transmitiéndose en las actitudes que toma hacia sí mismo, y se transmite a otras personas de manera verbal.

La teoría de este autor está basada en la importancia del ambiente familiar, expresa que los padres son componentes esenciales en el desarrollo de la autoestima de sus hijos, ya que los niños se van reconociendo en la interacción que tienen con sus padres tanto sus características positivas como las negativas, además de enfrentar la crítica de sus padres. Propuso que las personas van estructurando su autoestima según cuatro criterios: *la competencia*, la habilidad y el éxito que tenga el individuo para realizar diversas actividades; *la significación*, el sentirse

amados y aceptados por personas importantes para ellos; *el poder*, es la influencia y control que pueda tener en otros; *la virtud*, basarse en normas éticas e íntegras (Bednar et al., 1989).

Autoestima alta, son personas que tienen una percepción estable acerca de sus capacidades y competencias, cumpliendo un rol adecuado dentro de la sociedad, teniendo opiniones seguras; son personas con mucho amor propio, pero sin soberbia ya que sus errores son una oportunidad para el aprendizaje. *Autoestima media*, son personas que siempre se encuentran pendientes de la percepción que otras personas puedan tener de ellas, buscando la aceptación de otros y buscan lo positivo en las cosas. *Autoestima baja*, son personas que tiene una sensación de vacío, sentimientos de soledad y tristeza, con problemas para relacionarse y comunicarse con otras personas, tienen dificultad para afrontar los desafíos que se les presenten, en interacciones sociales suelen sentirse disminuidos y con miedo, por lo cual se muestran desinteresados a la percepción de otros (Coopersmith, 1989, como se citó en Inca, 2017).

Teoría de Nathaniel Branden

Branden (1995) opina que la autoestima es importante para el buen desenvolvimiento que tendremos en nuestra vida, teniendo como principal fundamento “el vivir consciente” es decir el uso correcto de la conciencia para vivir plenamente, comportándonos adecuadamente según metas, valores y objetivos.

Propone seis pilares fundamentales para reforzar la autoestima: *vivir conscientemente*, se trata de vivir consciente en nuestras acciones, metas y valores, tomando la responsabilidad de nuestra vida para encontrar la felicidad concentrándose en el momento actual, es decir en el presente, poder sobresalir a pesar de la adversidad, aprendiendo de nuestros errores y dejar que sean nuestros valores los que nos guíen. *Auto aceptación*, aceptándonos de forma incondicional dándonos el valor y compromiso necesario, escuchando nuestro mundo interior, pensamientos y

sentimientos, practicando la autocompasión. *Autoresponsabilidad*, es tomar el control de nuestra vida, asumiendo acciones y así poder alcanzar metas y objetivos, haciéndose responsables de las elecciones y acciones que se toman, y de nuestra propia felicidad. *Autoafirmación*, es la capacidad de aceptarse de forma real y auténtica según valores y metas, mostrándose tal cual uno es. *Vivir con determinación*, vivir y hacer las cosas de acuerdo a lo que uno se propone, asumiendo el logro de metas conscientemente, gestionar la conducta para que vaya en congruencia con lo que se quiere lograr, analizando los resultados para averiguar si la conducta es la adecuada para el logro de las metas. Y *vivir con integridad*, que la conducta que se está teniendo sea en congruencia con los valores de la persona, lo que se piensa, dice y hace (Branden, 1995).

Componentes de la autoestima

Martínez (2010, como se citó en Panesso y Arango, 2017) indica que los componentes son la configuración de la autoestima, donde hay influencia de diversos elementos, los cuales posteriormente nombro componentes, ya que la autoestima necesita de estos tres para configurarse y establecerse en la persona:

Componente afectivo: siendo la percepción que se tiene de sí mismo acerca de la respuesta afectiva.

Componente conductual: siendo las intenciones que tiene la persona a la hora de actuar, considerando la opinión y deseos propios.

Componente cognitivo: siendo tanto las creencias, representaciones, descripciones e ideas que se tenga acerca de sí mismo, en las diversas esferas de su vida.

Desarrollo de la autoestima

Panesso y Arango (2017) en su investigación titulada “La Autoestima, Proceso Humano” nos dicen que la autoestima es algo que se va forjando a lo largo del ciclo de la vida, comenzando de manera lógica en la infancia, considera tres etapas importantes:

Etapas del sí mismo primitivo, esta etapa está comprendida desde el nacimiento del niño hasta sus dos años. El niño comienza a relacionarse con su(s) cuidador(es) y con el paso del tiempo, el niño comienza a tomar consciencia de quien es él y diferenciarse de las demás personas: al momento de observarse frente al espejo se distingue como individuo, sin embargo, su(s) cuidador(es) aún son necesarios para él, ya que suplen todas sus necesidades.

Etapas del sí mismo exterior, esta etapa está comprendida desde los dos años hasta los 12 años, es la etapa más importante en la estructuración de la autoestima, ya que durante estos años el niño comenzará a experimentar el fracaso y el logro, dependerá de cómo su(s) cuidador(es) le hagan la retroalimentación para que tenga una imagen positiva o negativa de sí mismo. Cuando el niño tiene entre 8 y 9 años comenzará a tener un concepto sobre sí mismo, se evidenciará los sentimientos que priman en él (culpa, orgullo, vergüenza, admiración), y rasgos propios de la personalidad que comienza a identificar tanto él como la personas en su medio. En esta etapa los cuidadores deben de cuidar las formas de reprender y elogiar.

Etapas del sí mismo interior, esta etapa está comprendida desde los 12 años en adelante, se busca definir la identidad resolviendo a la pregunta ¿quién soy?, comienzan a surgir cambios a nivel cognitivo, en los pensamientos que el adolescente tendrá y en consecuencia a su auto concepto. Se hace fundamental el rol social y la relación con otras personas, comienza a ser consciente acerca de la consecuencia de sus actos (Panesso y Arango, 2017).

Dimensiones de la autoestima

Coopersmith (1987, como se citó en Alvarado, 2020) comenta que existen tres dimensiones dentro del autoestima de un adulto:

Dimensión personal, evalúa como las personas adultas se ven afectadas por los problemas diarios, como toman decisiones de manera sensata, como enfrentan desafíos nuevos o algo nuevo, que tan fácil se rinden, si tienen una buena aceptación de ellos mismos, si sienten que su vida en general es muy compleja, la opinión que tienen acerca de ellos mismos. La persona que tiene un correcto autoconcepto será capaz de realizar diversas actividades en pro de él mismo y de los demás.

Dimensión social, evalúa como las personas adultas enfrentan las relaciones interpersonales, si se consideran agradables o admirables entre sus pares, si su opinión es tomada en cuenta por los demás, si disfrutan de su trabajo, y la comparación que pueda existir con los demás.

Dimensión familiar, evalúa como las personas adultas se relacionan entre sí dentro del núcleo familiar (padres, hermanos, abuelos, nietos, etc.), si sus sentimientos y deseos son considerados en la familia, su impulsividad ante el enojo en situaciones cotidianas familiares, el deseo de alejarse de casa, si sienten comprensión o rechazo por parte de los miembros de la familia. La familia es el primer círculo social de la persona, por lo cual tiene un rol fundamental en el forjamiento de la autoestima (Coopersmith 1987, como se citó en Alvarado, 2020).

Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), describe a la depresión como un trastorno mental común. Estimándose que el 5% de la población adulta a nivel mundial sufre de este trastorno; caracterizándose por un ánimo decaído, desmotivación constante, anhedonia (falta de placer por actividades que antes disfrutaba), alteraciones en el sueño y apetito, problemas para dormir y concentrarse. La depresión afecta profundamente la calidad de vida de la persona, ya que la persona deja de experimentar gratitud por vivir. Esto se puede deber a problemas a nivel biológico, social y psicológico. Las personas que experimentan experiencias traumáticas, como: abusos en la etapa de infancia, haber sufrido una pérdida, problemas económicos; tienen una mayor predisposición a experimentar un cuadro depresivo. Afecta el desempeño que la persona pueda tener en las diversas áreas de su vida, además pueden afectar tanto a hombres como mujeres.

Para Beck (1967, como se citó en Dahab et al., 2002) en la depresión la persona experimenta sentimientos de inutilidad e incapacidad, percibiéndose a el mismo como despreciable; percibe el futuro con incertidumbre que vendrá acompañado de fracasos y frustraciones; experimenta sentimientos de desesperanza y siente que no tiene el control de las cosas mostrándose resignado o de manera pasiva. Lo denomina la triada cognitiva: visión negativa de sí mismo, visión negativa del entorno y visión negativa del futuro.

Principales teorías de la depresión

Teoría conductual de la depresión de Lewinsohn

Lewinsohn, et al. (1969, como se citó en Beato, 1993) atribuyen que la depresión se mantiene debido a una disminución constante de refuerzos positivos sociales, produciendo una disminución de las conductas físicas y verbales; acompañadas de conductas depresivas y

sentimientos de tristeza, ansiedad e irritabilidad; y las conductas depresivas se ven consolidadas por las reacciones del entorno.

Posteriormente Lewinsohn y Libet (1972, como se citó en Beato, 1993) indican que las habilidades sociales en las personas deprimidas se ven afectadas, lo que consecuentemente produciría la pérdida de los refuerzos positivos, ocasionado un estado anímico de disforia. El modelo que se plantea desde el conductismo de Lewinsohn es el modelo “RE-PO-CO-RES” enfatizando el poco reforzamiento positivo hacia la persona, siendo el factor social el que desencadena la depresión, produciendo sentimientos de disforia, de culpa, fatiga y demás síntomas somáticos; este modelo se fija exclusivamente en la conducta observable y en los síntomas que se producen, obviando el factor cognitivo (tanto pensamientos como emociones).

El tratamiento que propusieron era el de incrementar el refuerzo positivo de respuesta contingente (RPCR), cambiando la calidad, cantidad y la frecuencia de eventos agradables, y también los eventos sociales de las personas que estaban deprimidas, realizando una activación conductual sencilla, identificando las actividades que brindarían un refuerzo positivo y quitando aquellas experiencias aversivas, haciendo un seguimiento sobre las actividades positivas que se tenían que realizar y darles un seguimiento en el transcurso del tiempo que sean sostenibles (Lewinsohn, 1974; Kanter y Rusch, 2009, como se citó en Gómez, 2017). Utilizaban los patrones de las conductas interpersonales, fortaleciendo las habilidades sociales y llevando un registro de las actividades agradables que se pretenden introducir (Abreu y Santos, 2008, como se citó en Gómez, 2017).

El modelo de Nezá. Teoría de solución de problemas

Se basa en los principios de aprendizaje social, donde las personas actúan y accionan en su vida según la evaluación que hagan acerca de las circunstancias sociales y también en las

habilidades sociales que posean; estas habilidades se obtienen y se ejercitan según las interacciones sociales que se tengan con los cuidadores y con personas importantes, por medio de la interacción social. Ahora estas habilidades pueden variar o moldearse con el tiempo, dependerá del medio en el que se desenvuelva la persona y de sus propios recursos. Siendo entonces una técnica de autocontrol de cómo gestionar el estrés, el conjunto de habilidades características para darle una solución adecuada a los problemas (Areán, 2000).

Entendiendo la depresión como la falta de eficacia en la resolución de problemas y conflictos, habiendo una relación estrecha entre la sintomatología depresiva y el déficit en habilidades de resolución de problemas que se dan tanto en niños como en adultos. Sugiriendo que las personas que tienen habilidades para resolver problemas podrán enfrentar de mejor forma el estrés y la depresión, además de tener una perspectiva de la vida más positiva (Nezú, 1985, como se citó en Vázquez et al., 2000).

D'Zurilla y Nezú (1999, como se citó en Areán, 2000) explican que la teoría de solución de problemas, se compone por cinco habilidades: *Orientación hacia el problema*; es el modo que cada persona tiene para hacer frente a un problema; *Definición del problema*; es la definición específica que se hace acerca del problema, planteando de la misma forma objetivos definidos y alcanzables; *Generación de soluciones alternativas*, es poner en acción los objetivos para resolver el problema, sin juicios acerca de la eficiencia de las soluciones; *Toma de decisiones*; se trata de elegir la mejor solución o alternativa para resolver el problema; *Puesta en práctica y evaluación de la solución elegida*; es el planificar y poner en marcha la alternativa seleccionada, evaluando posteriormente el logro o el fiasco de la solución. Si existe un fallo o deficiencia en una de las habilidades, la persona tendrá una tendencia mayor a sufrir de algún problema emocional, entre ellas la depresión (Areán, 2000).

La depresión se da a causa de la interrelación de los problemas cotidianos de la vida que podrían desencadenar problemas más serios, entorpeciendo las habilidades de resolución de problemas generando así un malestar emocional mayor y marcado, generando dificultades a nivel emocional (Nezú y Perri, 1989, como se citó en Areán, 2000).

Modelo cognitivo de Beck

En el libro titulado “Terapia Cognitiva de la Depresión” escrito por Beck (1979), quien provenía de la corriente psicoanalítica, comienza a cuestionarse acerca de los resultados de esta corriente al tener poco éxito con los pacientes deprimidos, donde crítica el enfoque y la estructura del psicoanálisis, desarrollando una de las terapias con más eficacia para el tratamiento de la depresión.

En el año 1976 Beck crea la expresión *psicoterapia cognitiva* donde brinda las categorías cognitivas que identifico: pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y esquemas (Hayes y Robins, 1995, como se citó en Gonzales et al., 2017). Beck et al. (1979) interpretan a la depresión como el resultado de una interpretación errada sobre los hechos y acontecimientos que la persona afronta, teniendo tres conceptos fundamentales: cognición, contenido cognitivo y esquemas. Tiene su base en que la conducta y emociones tendrán influencia de los pensamientos, los cuales se encuentran sesgados por los esquemas según experiencias previas (Espinosa, 2019, como se citó en Mendoza, 2020).

Beck et al., (1979) describen los *esquemas* como patrones cognitivos que se mantienen parcialmente estables durante la vida, con los cuales se interpreta la realidad y sucesos que transcurren; todas las personas cuentan con esquemas propios y estos dependerán de las experiencias previas que cada persona ha tenido y se van reforzando o no según las experiencias

sociales, estos esquemas dictaran la forma en la que una persona afronta los problemas.

En cuanto a las *creencias* es el contenido de los esquemas, siendo el resultado entre la relación de la realidad y los esquemas, es todo lo que uno cree, son como guías mentales que nos permiten adaptarnos al mundo, se van construyendo y reforzando conforme las experiencias vividas; teniendo las *creencias nucleares*, forman parte del self de la persona, el cambiarlos es difícil, forman parte de la identidad de la persona, se encuentran aquí los valores; y *creencias periféricas*, son más superficiales, y su cambio es más sencillo, ya que no incluyen aspectos relevantes de la personalidad. (Beck et al., 1979)

Los *pensamientos automáticos*, se definen según el contenido que se tenga de ellos, se suele pensar que tienen la verdad absoluta y como cien por ciento lógicos, por lo cual no se cuestionan y son estos los que condicionan tanto la conducta y emociones; suelen aparecer como diálogos internos, imágenes o recuerdos. Por lo general las personas no son conscientes sobre sus creencias nucleares, pero sí sobre sus pensamientos automáticos, y es por medio de estos que se llega hacia las creencias nucleares dentro del modelo cognitivo (Beck et al., 1979).

Triada cognitiva de Beck

La persona tiene una visión negativa de ella misma, del mundo que le rodea y de su futuro. *Visión negativo de uno mismo*, la persona se ve como desgraciada y con poco valor, suele pensar que las cosas que van mal es debido a su culpa y a que no es suficiente ni en el nivel físico ni emocional, criticándose a sí mismo por los defectos que exageradamente percibe, llegando a la conclusión de que por ser como es no merece la felicidad ni ser feliz; *Visión negativa del mundo*, hay una interpretación negativa y catastrófica de las cosas que le pasan, pensando que la vida es muy cruel y difícil para lograr su objetivos y metas, generando sentimientos de frustración y derrota, existe una tergiversación de la realidad ya que no se evalúa

las circunstancias de manera objetiva. *Visión negativa sobre el futuro*, hay una anticipación acerca de que las cosas que se plantean lograr a futuro no se desarrollaran como se espera, visualizando obstáculos o dificultades en un futuro, teniendo sentimientos de frustración e infelicidad interminables, proyectando sus expectativas del futuro dentro del fracaso (Beck et al., 2010).

La depresión es la consecuencia de tener patrones cognitivos negativos: al tener pensamientos negativos, la reacción será en la misma dimensión, donde la persona terminará sintiéndose emocionalmente mal; incluso los síntomas de la depresión como la desmotivación, evitación, sentimientos de culpa, son debido a las cogniciones negativas; y la ideación suicida se debe al anhelo de escapar de los problemas que parecen imposibles de resolver, ya que la persona deprimida llega a tener la percepción de que es una carga para las personas que lo rodean, incluyéndose; en cuanto a los síntomas físicos como la apatía o desgano general, se da por las creencias que tiene la persona y el temor a fracasar tanto en su presente como en un futuro (Beck et al., 2010).

Autoestima y depresión en pacientes hospitalizados

En el contexto de pacientes hospitalizados, la autoestima y la depresión juegan roles significativos en su bienestar emocional y su capacidad para enfrentar los desafíos que conlleva la hospitalización.

La autoestima, definida como la valoración que una persona tiene de sí misma, junto con su predisposición positiva para enfrentar la vida, es crucial en este entorno. Representa un conjunto de elementos psíquicos y cognitivos que influyen en la forma en que un individuo afronta su situación y se percibe a sí mismo. Además, la autoestima puede afectar directamente

la capacidad de un paciente para lidiar con la enfermedad y el estrés asociado con la hospitalización (Pérez, 2019; Canto y Castro, 2009).

Por otro lado, la depresión, caracterizada por sentimientos de inutilidad, desesperanza y visión negativa de sí mismo, su entorno y el futuro, puede ser una complicación común en pacientes hospitalizados, especialmente aquellos que enfrentan cirugías o tratamientos invasivos (Beck, 1967; citado en Dahab et al., 2002).

En paciente hospitalizados, la relación entre la autoestima y la depresión adquiere especial relevancia. En diversos estudios, como en el realizado por Retuerto (2021) sobre la relación entre la autoestima y la depresión en pacientes con VIH de un hospital de Huaral, se encontró que existe una relación significativa entre estas dos variables con una correlación de *pearson negativa* de -0.382 . Esta correlación sugiere que a medida que la autoestima de los pacientes disminuye, la prevalencia de la depresión tiende a aumentar. Además, se observó que más de la mitad de la muestra (54.53%) tenía una autoestima media. Este hallazgo se relaciona con el apoyo que los pacientes reciben de su grupo primario para sobrellevar la enfermedad que tienen. Por otro lado, el 64.07% de la muestra presentaba depresión leve, lo que sugiere que los pacientes experimentaban desmotivación, anhedonia y desgano general debido al diagnóstico de VIH. Estos resultados subrayan la importancia de brindar apoyo psicológico y social a los pacientes con VIH para mejorar su bienestar emocional y calidad de vida. Además, el estudio reveló una relación entre la autoestima y el grado cognitivo, afectivo y somático, destacando la complejidad de los factores que influyen en la salud mental de esta población específica. Esto sugiere que mantener una autoestima saludable puede ser fundamental para prevenir o mitigar los síntomas depresión en este grupo de pacientes.

Asimismo, investigaciones como la de García (2021) quien investigó la relación entre la autoestima y la depresión en adultos mayores que residen en una residencia gerontológica en Lima. Donde analizó una muestra de adultos mayores, encontrando una relación significativa entre ambas variables ($p < .05$). Este hallazgo sugiere que existe una asociación entre la autoestima y la presencia de síntomas depresivos en esta población específica. Además, se observó que el 96% de la población estudiada presentaba un nivel bajo de autoestima y experimentaba depresión leve. Estos resultados son preocupantes ya que indican que la mayoría de los adultos mayores en la residencia gerontológica están experimentando dificultades emocionales significativas. Se identificaron estados de ánimo leves, como episodios de llanto, tristeza, sentimientos de culpa y vergüenza, que tienen un impacto directo en la autoestima y la autoevaluación de los individuos. Este hallazgo resalta la importancia de brindar un adecuado apoyo psicológico y social a los adultos mayores en entornos residenciales para mejorar su bienestar emocional y calidad de vida. Esta relación resalta la importancia de proporcionar un adecuado apoyo psicológico y social a esta población vulnerable para mejorar su bienestar emocional durante la hospitalización.

Ahora, en pacientes que tengan alguna enfermedad grave como lo es la tuberculosis, la autoestima juega un rol relevante. Cavero (2021) llevó a cabo un estudio para explorar la relación entre la autoestima y la depresión en pacientes con tuberculosis en un hospital. La muestra consistió en 50 pacientes con esta enfermedad. Durante el estudio, se encontró una relación significativa entre ambas variables. Este hallazgo sugiere que la autoestima y la depresión están interrelacionadas en el contexto de la tuberculosis. Además, se observó que el 72% de los pacientes tenía una autoestima baja, lo que se asociaba con una falta de ánimo para seguir con sus vidas. Esto podría ser atribuido al rechazo percibido por parte de los demás debido

a su enfermedad. Por otro lado, el 52% y el 38% de los pacientes presentaban niveles de depresión moderada y grave, respectivamente. Estos resultados indican que los pacientes experimentaban sentimientos de soledad debido a la falta de apoyo de sus familias, así como tristeza, dificultades para dormir y un estado general de decaimiento. En conjunto, estos hallazgos resaltan la importancia de abordar tanto la autoestima como la depresión en pacientes con enfermedades graves para mejorar su bienestar emocional y su recuperación física. Esto subraya la importancia de abordar tanto la salud física como emocional de estos pacientes durante su hospitalización.

En el estudio realizado por Arteta (2022) quien examinó la relación entre la autoestima y la depresión en pacientes mastectomizadas en un área de hospitalización de un hospital de Arequipa. Cuya muestra incluyó a 44 pacientes. Durante el estudio, se encontró una relación significativa entre ambas variables. Este hallazgo sugiere una asociación entre la autoestima y la presencia de síntomas depresivos en pacientes mastectomizadas. Además, se observó que el 47.7% de la muestra presentaba depresión grave (43.2%) y depresión leve (2.3%). Estos resultados indican que un porcentaje considerable de pacientes mastectomizadas experimentaban síntomas depresivos significativos. En cuanto a la autoestima, se encontró una tendencia hacia un nivel medio a bajo, con el 54.5% de las pacientes mostrando un nivel medio de autoestima y el 45.5% mostrando un nivel de autoestima bajo. Los resultados sugieren que un porcentaje considerable de estas pacientes experimentaban síntomas depresivos significativos lo que resalta la importancia de abordar tanto la autoestima como la depresión para mejorar su bienestar emocional y calidad de vida después de la cirugía.

La relación entre la autoestima y la depresión también se observa en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Dikmen et al., (2022) llevaron a cabo un estudio sobre los niveles de

autoestima y depresión antes y después de una cirugía bariátrica en pacientes de un hospital de Turquía. Utilizando un diseño de investigación de medición pre-test y pos-test de un solo grupo, se recopilaron datos sociodemográficos y se aplicaron la Escala de Rosenberg para medir la autoestima, así como el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados iniciales mostraron que hubo un aumento en los niveles de autoestima después de un año de la cirugía, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Los investigadores señalaron la necesidad de realizar más investigaciones para comprender mejor la relación entre la obesidad y la autoestima, ya que no está claro si esta relación es de causa o de efecto. Además, observaron que los niveles de depresión disminuyeron significativamente, especialmente en relación con la disminución del índice de masa corporal (IMC). Este hallazgo sugiere que los cambios en la percepción de la imagen corporal y la mejora de la vida sexual podrían estar contribuyendo a la disminución de los síntomas depresivos. Por lo tanto, los investigadores recomendaron la importancia de proporcionar un acompañamiento en la parte mental, tanto antes como después de la cirugía bariátrica, a través de la intervención de psiquiatras y psicólogos, para monitorear los cambios en los síntomas depresivos y garantizar una mejor adaptación psicológica de los pacientes a los cambios físicos y emocionales asociados con la cirugía. Esto sugiere que los cambios físicos y la mejora de la autoimagen pueden tener un impacto positivo en el bienestar emocional de estos pacientes durante su recuperación hospitalaria.

Finalmente, en pacientes con psicosis temprana, la terapia cognitivo-conductual se ha mostrado como una herramienta efectiva para abordar tanto la depresión, sin embargo, Sönmez et al., (2020) llevaron a cabo un estudio comparativo sobre el uso de la terapia cognitivo conductual (TCC) y el tratamiento habitual (TAU) en la psicosis temprana, con un enfoque en la depresión y los problemas de autoestima, con el objetivo de reducir los síntomas depresivos y

aumentar la autoestima en Noruega. La muestra consistió en 63 pacientes diagnosticados con psicosis temprana o depresión, con edades comprendidas entre los 18 y 63 años. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente para recibir TCC o TAU durante un periodo de seis meses o veintiséis sesiones. Se utilizaron la Escala de Depresión de Clagary para la Esquizofrenia y la Escala de Autoestima de Rosenberg, y se administraron las pruebas tanto al inicio del estudio como quince meses después de su finalización para evaluar la persistencia de los resultados en el tiempo. A pesar de no encontrar una diferencia significativa en la reducción de los síntomas depresivos y el aumento de la autoestima entre la TCC y el TAU, se observó que la TCC tuvo una mayor influencia en la disminución de los síntomas negativos, como la anhedonia, y en el funcionamiento social de los pacientes. Estos hallazgos sugieren que, si bien ambos enfoques terapéuticos pueden ser igualmente efectivos en el tratamiento de la depresión y los problemas de autoestima en la psicosis temprana, la TCC podría ser especialmente beneficiosa para abordar síntomas específicos y mejorar el funcionamiento social de los pacientes. Esto destaca la importancia de considerar no solo los aspectos clínicos de la depresión, sino también la autoestima y el funcionamiento social en el tratamiento de la psicosis temprana.

En resumen, la autoestima y la depresión están estrechamente interrelacionadas en pacientes hospitalizados, y abordar ambas es fundamental para promover su bienestar emocional y su recuperación durante la hospitalización.

Hipótesis

Debido a la situación de hospitalización de los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos de un hospital de Arequipa, es probable que exista una correlación negativa significativa entre la autoestima y la depresión. Se espera que, a mayor nivel de autoestima, los grados de depresión serán menores en los pacientes estudiados.

Capítulo II.

Método

Método

La presente investigación, es de tipo descriptivo, no experimental, de diseño correlacional y transversal.

El diseño correlacional es una investigación en cuyo diseño las variables estudiadas no sufren algún tipo de alteración; las variables son medidas para posteriormente compararlas y descubrir la relación que existe entre ambas (Kerlinger, 2003).

Se trata también de un diseño cuantificable, ya que se busca dar respuesta a la pregunta y objetivos de la investigación por medio de la precisión al medir los indicadores de las variables (Galeano, 2008).

Hernández et al., (2003) indican que el diseño transversal de una investigación, es cuando se hace la recolección de datos en un mismo momento, con el objetivo de relacionarlas entre ellas. Se busca inter relacionar las variables autoestima y depresión.

Instrumentos

Inventario de Autoestima de Coopersmith (SEI) para adultos

Stanley Coopersmith (2010) primeramente creó un inventario aplicado para adolescentes en una versión escolar, y para la creación del inventario de adultos tomó el instrumento antes mencionado como referencia, modificando el área de “padres” por el de “área familiar” y une las áreas “social” y “escolar” denominándolo como “área social”.

La prueba se compone por 25 ítems, y la edad de evaluación comprende desde los 16 años en adelante, la respuesta de los ítems es en dos términos de afirmación verdadero (v) o falso

(f). Se evalúan las áreas de: *sí mismo*, refiriéndose a la autopercepción que tiene la personas sobre sus experiencias vividas en cuanto a atribuciones físicas y psicológicas; *social*, refiriéndose a la percepción que tiene la persona frente a aspectos sociales entre amigos y compañeros, así como su autopercepción a nivel académica y/o profesional; y *familiar*, refiriéndose a la percepción de la persona en cuanto a experiencias dentro de la convivencia en su medio familiar (Coopersmith, 2010). Las categorías se dividen por intervalos: 75 a 100 corresponde a un nivel de autoestima alta, 46 a 74 corresponde a un nivel de autoestima promedio, 0 a 45 corresponde a un nivel de autoestima baja (Coopersmith, 2010).

Validez y confiabilidad

En relación a la validez y confiabilidad del instrumento Tarazona (2013, como se citó en Rodrich, 2019) indicó que obtuvo un coeficiente Kuder – Richarson 20 de .61 y un coeficiente Alfa de Cronbach general de .79, y para su validez fue sometida a juicio de expertos la cual se validó por prueba binomial obteniendo un puntaje de .012 teniendo una relación estadística significativa. Por su parte, Lachira (2013, como se citó en Rodrich, 2019) identificó una confiabilidad de .60 mediante el coeficiente de Kuder – Richarson, y para su validez fue sometida a juicio de expertos donde obtuvo concordancias estadísticas significativas mayores a .80; lo que garantiza la confiabilidad del instrumento. “El inventario de la autoestima de Coopersmith” para adultos, fue utilizado en el Perú en diversos estudios siendo uno de los más recientes el realizado por Prado (2020), esto nos garantiza que el instrumento a utilizar en la presente investigación requiere de la validez y confiabilidad requerida.

Inventario de depresión de Beck

Beck (1967) elaboró el inventario de depresión, teniendo como principal objetivo el medir la depresión, así como realizar un diagnóstico más certero, reduciendo tiempos y costos en

la evaluación y tratamiento.

El instrumento consta de 21 preguntas cada ítem se califica en cuatro escalas, donde va desde el 0 hasta el 3, donde cero indicaría que no existe el síntoma, y va en aumento de uno, dos y tres indicando el aumento del síntoma, algunos ítems cuentan con dos opciones de un mismo nivel. Se suman todos los puntos, la puntuación máxima es de 63 puntos. La puntuación entre 29 a 63 indican un nivel de depresión grave o alto; de 20 a 28 un nivel de depresión moderado, de 14 a 19 un nivel de depresión leve; y un puntaje de 0 a 13 un nivel de depresión mínimo.

La forma de recolección de datos se puede dar de manera individual o colectiva, el tiempo de aplicación es aproximadamente de 20 minutos.

Validez y confiabilidad

Novara et. al. (1985) realizaron un estudio con ciento setenta y ocho pacientes que ya tenían un diagnóstico de depresión, utilizaron tres pruebas: la escala de Zung, y Hamilton y el inventario de Beck, tuvieron como grupo control a cuarenta y nueve pacientes; correlacionando las tres pruebas encontraron, una correlación de .72 entre el inventario de Beck y la escala de Hamilton; y una correlación de .76 entre el inventario de Beck y la escala de Zung, coeficientes significativamente altos. En el mismo año se realizó otro estudio en un Hospital donde se correlacionó la escala de Zung y el Inventario de Beck, teniendo como muestra a quince pacientes diagnosticados con depresión, encontrando una correlación de .75; para su confiabilidad se realizó la toma de test y posterior a siete días se volvió a aplicar el inventario obteniendo un coeficiente de Alfa de Cronbach de .80 y .81 respectivamente (Novara et al., 1985). Posteriormente el “Inventario de Beck para evaluar la depresión” fue validado para el

Perú por Vega-Dienstmaier et al., (2014) para ser utilizado en pacientes hospitalarios con un coeficiente Alfa de Cronbach de .889. Lo que permite concluir que el inventario de Beck cuenta con propiedades psicométricas adecuadas.

Participantes

Población

La población es el grupo de elementos que tienen características similares que permiten conocer situaciones específicas del grupo, la cual debe ser delimitada de manera precisa (Arias, 2006). Para el presente estudio se compuso por los pacientes hospitalizados en el área de hospitalización de un nosocomio en la ciudad de Arequipa. Población conformada por las áreas de oftalmología, nefrología, obstetricia, neurología, otorrinolaringología y medicina general, siendo un aproximado 250 personas.

Muestra

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por cuotas, asegurando una distribución equitativa entre hombres y mujeres, así como entre pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos. Este enfoque busca minimizar sesgos y garantizar que los resultados sean aplicables y comparables entre ambos grupos de manera equilibrada. Se tuvo especial cuidado en seleccionar un número igual de hombres y mujeres, así como de pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos, lo que permite una comparación más precisa y representativa entre los distintos subgrupos involucrados. De esta manera, se asegura que los resultados reflejen con mayor exactitud las diferencias y similitudes dentro de cada grupo. La muestra final estuvo conformada por 100 pacientes.

Criterios de inclusión

Pacientes hospitalizados quirúrgicos y no quirúrgicos de un hospital de Arequipa.

Pacientes que se encuentren en el área de hospitalización del nosocomio estudiado.

Pacientes tanto quirúrgicos como no quirúrgicos de un hospital de Arequipa.

Pacientes que hayan cumplido la mayoría de edad al momento de realizar las pruebas.

Pacientes que en el momento de la toma de muestra se encuentren en completa conciencia y bajo el uso de sus facultades mentales.

En la Tabla 1 se presentan los datos sociodemográficos de los pacientes participantes de la investigación:

Tabla 1

Datos demográficos de los pacientes

	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	50	50.0
Masculino	50	50.0
Edad		
19-37	20	20.0
38-56	36	36.0
57-75	35	35.0
76-94	9	9.0
Estado Civil		
Soltero	23	23.0
Conviviente	55	55.0
Casado	11	11.0

Viudo	6	6.0
Divorciado	5	5.0
<hr/>		
Grado de Instrucción		
<hr/>		
Primaria incompleta	0	0.0
Primaria completa	3	3.0
Secundaria incompleta	5	5.0
Secundaria completa	26	26.0
Técnico incompleto	15	15.0
Técnico completo	7	7.0
Universitario incompleto	7	7.0
Universitario completo	37	37.0
<hr/>		
Pacientes		
<hr/>		
Quirúrgicos	50	50.0
No Quirúrgicos	50	50.0
<hr/>		
Total	100	100.0
<hr/>		

En la Tabla 1 sobre los datos demográficas de la muestra estudiada, se visualiza que la población se distribuyó de manera homogénea en personas del sexo masculino y femenino con un 50.0% cada uno. En cuanto a las edades, se visualiza que los grupos etarios de 38 – 56 y de 57 – 75 tuvieron un 36.0% y 35.0% respectivamente. Por el lado del estado civil se visualiza que el 55.0% de la población era conviviente y el 23.0% soltero. El grado de instrucción que lideró fue el de universitario completo con un 37.0% seguido de secundaria completa con un 26.0%. Se encontró una distribución homogénea en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos con un 50.0% cada uno.

Procedimiento

Primeramente, se consideró el tipo de diseño de investigación, para lograr el abordaje correspondiente de la pregunta y objetivos de la investigación; posteriormente se seleccionó la muestra que más se adecuaba a los objetivos, por medio de un muestreo aleatorio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Posteriormente, se mandó la solicitud para pedir el permiso a las autoridades del hospital, donde se explicó y garantizó el cumplimiento de los estándares éticos de una investigación científica enfocada en personas. Se procedió con la toma de pruebas para recolectar los datos necesarios, garantizando el anonimato de los participantes de la investigación; posterior se analizaron los datos de manera estadística, y finalmente los datos fueron interpretados.

Consideraciones éticas

Para proteger el bienestar de los participantes de la investigación, se hizo la aplicación de las pruebas, previa aprobación de los pacientes por medio de un consentimiento informado, donde también se garantizó la confidencialidad y el anonimato. En cuanto a la bibliografía consultada para realizar la presente investigación, se citó en referencias a todos los autores e investigadores que se consultaron para no incurrir en el delito de plagio. Se sometió la presente investigación a la institución correspondiente para su evaluación, donde se garantizó que se está cumpliendo con los requisitos y estándares mínimos de un procedimiento investigativo.

Análisis de los datos

Para la recolección de los datos, (previa solicitud de permiso al hospital correspondiente), se realizaron las coordinaciones necesarias para la toma de datos con la muestra seleccionada para el estudio, seleccionando tres fechas para este propósito.

La base de datos inicial fue el software Microsoft Excel, donde se colocó toda la base de datos, sobre los resultados obtenidos. Cada cuestionario contó con una numeración lo cual indicaba que pertenecían al mismo participante, se calificaron los cuestionarios, y finalmente se pasó la base de datos al programa SPSS Statistics versión 29. Analizando las variables autoestima y depresión por medio de las distribuciones de frecuencia.



Capítulo III.

Resultados

A continuación, se presentarán los resultados. Presentándose en primer lugar el nivel de autoestima de los participantes; en segundo lugar, la comparación entre el nivel de autoestima de los pacientes quirúrgicos frente a los pacientes no quirúrgicos; en tercer lugar, el grado de depresión de los participantes; en cuarto lugar, la comparación entre el grado de depresión de los pacientes quirúrgicos frente a los pacientes no quirúrgicos; y finalmente se muestra la correlación entre autoestima y depresión.

Tabla 2

Nivel de autoestima

Autoestima	<i>f</i>	%
Baja	11	11.0
Promedio	47	47.0
Alta	42	42.0
Total	100	100.0

En la Tabla 2 sobre el nivel de autoestima, se encontró que la mayoría de la muestra estudiada se encontró en el nivel promedio con un 47.0%, seguido por un 42.0% que se encuentran en un nivel alto. En contraste, el nivel bajo comprende un 11.0% de la muestra. Estos hallazgos sugieren que la muestra estudiada, presentan un nivel de autoestima saludable, predominando la categoría promedio y con una inclinación hacia el nivel alto.

Tabla 3

Nivel de autoestima en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos

Autoestima	Pacientes		Pacientes no		Total	
	quirúrgicos		quirúrgicos			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Baja	3	3.0	8	8.0	11	11.0
Promedio	21	21.0	26	26.0	47	47.0
Alta	26	26.0	16	16.0	42	42.0
Total					100	100.0

$$X^2=5.19 \quad p<.05 \quad p=.39$$

En la Tabla 3 sobre el nivel de autoestima en los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos, se encontró que quienes tuvieron un nivel de autoestima más alta fueron los pacientes quirúrgicos con una frecuencia del 26.0%, mientras que los pacientes no quirúrgicos tuvieron mayor frecuencia en el nivel de autoestima promedio con un 26.0%, y en el nivel bajo de igual forma fueron los pacientes no quirúrgicos con un 8.0%. Se encuentra según la prueba de *chi cuadrado* ($X^2=5.19$) que no existe una asociación significativa entre el estado del paciente quirúrgico y el paciente no quirúrgico y el nivel de autoestima ($p<.05$).

Tabla 4*Grado de Depresión*

Depresión	<i>f</i>	%
Leve	83	83.0
Moderada	13	13.0
Grave	4	4.0
Total	100	100.0

En la Tabla 4 respecto al grado de depresión encontrado, se halló que el 83.0% de los pacientes tanto quirúrgicos como no quirúrgicos tienen una depresión leve, el 13.0% una depresión moderada y solo el 4.0% una depresión grave. Lo que indica que la muestra estudiada no exhibe una prevalencia significativa de depresión.

Tabla 5

Grado de depresión en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos

Depresión	Pacientes quirúrgicos		Pacientes no quirúrgicos		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Leve	42	42.0	41	41.0	83	83.0
Moderada	6	6.0	7	7.0	13	13.0
Grave	2	2.0	2	2.0	4	4.0
Total					100	100.0

$$X^2=.089 \quad p<.05 \quad p=.99$$

En la Tabla 5 sobre el grado de depresión en los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos, se encontró que en el grado leve quienes tuvieron una mayor frecuencia fueron los pacientes quirúrgicos con un 42.0%, seguidos por los pacientes no quirúrgicos con un 41.0%; mientras que en el grado moderado quienes tuvieron mayor frecuencia fueron los pacientes no quirúrgicos con un 7.0%. Se encuentra según la prueba de *chi cuadrado* ($X^2=.089$) que no existe una asociación significativa entre el estado del paciente quirúrgico y el paciente no quirúrgico y el grado de depresión ($p<.05$).

Tabla 6

Prueba de Normalidad

		Autoesti ma	Depresión	
N		100	100	
Parámetros normales ^{a,b}	Media	1.21	2.31	
	Desv. estándar	.498	.662	
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.493	.271	
	Positivo	.493	.260	
	Negativo	-.337	-.271	
Estadístico de prueba		.493	.271	
Sig. asin. (bilateral) ^c		.000	.000	
Sig. Monte Carlo (bilateral) ^d	Sig.	.000	.000	
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	.000	.000
		Límite superior	.000	.000

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

d. El método de Lilliefors basado en las muestras 10000 Monte Carlo con la semilla de inicio 2000000.

En la Tabla 6 sobre la prueba de normalidad de las variables estudiadas Autoestima y Depresión. Se puede observar que ambas variables no siguen una distribución normal ($p < 0.05$). En consecuencia, se utiliza una estadística no paramétrica, el coeficiente de correlación *Rho de Spearman*, ya que ambas variables no presentan un distribución normal

Tabla 7*Correlación Rho de Spearman Autoestima y Depresión*

		Autoestima	Depresión
Autoestima	Correlación de Rho de Spearman	1	-.450**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	100	100
Depresión	Correlación de Rho de Spearman	-.450**	
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

En la Tabla 7 sobre la correlación de *Rho* de Spearman entre Autoestima y Depresión se encuentra un coeficiente de *rho* de Spearman negativo de $-.450^{**}$ significativo bilateral, es decir, existe una relación inversa, a medida que una variable aumente la otra tenderá a disminuir. En cuanto al valor de significancia es .000 lo que indica que la correlación presentada es estadísticamente significativa al ser menor a .05. La correlación negativa significativa $-.450$ indica que cuando el nivel de autoestima aumente, tiende a haber una disminución en los niveles de depresión, y viceversa. Este resultado indica que existe una correlación inversa entre la autoestima y depresión en la muestra estudiada; por lo cual, se acepta la hipótesis que se planteó al inicio de la investigación.

Discusión

El presente trabajo de investigación tuvo como principal objetivo determinar la correlación entre la autoestima y la depresión en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos de un hospital de Arequipa, al ser dos conceptos importantes en el ámbito de la salud mental; donde el profesional en psicología juega un rol fundamental para el establecimiento de la salud integral en pacientes hospitalizados, debido a la experimentación de emociones que llega a tener esta población debido al deterioro de la salud física que sufren; y una posible experiencia negativa a nivel físico y emocional (Clark et al., 2023). Se planteó la hipótesis; debido a la situación de hospitalización de los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos de un hospital de Arequipa, es probable que exista una correlación negativa significativa entre la autoestima y la depresión. Se espera que, a mayor nivel de autoestima, los grados de depresión serán menores en estos pacientes. Por medio de la prueba estadística *rho* de Spearman para probar la hipótesis, se obtuvo una correlación negativa significativa de $r=-.450^{**}$, lo que indica que a mayores niveles de autoestima la depresión tendera a disminuir, por lo tanto, se acepta la hipótesis de la investigación.

La presente investigación reveló una correlación significativa entre la autoestima y la depresión, representada por un coeficiente *rho* de Spearman negativo de $-.505$, en contraste, estudios previos, como el de Retuerto (2021) sobre pacientes con VIH, también encontraron una asociación significativa entre la autoestima y la depresión, aunque con una correlación negativa menos pronunciada de $-.382$. Estas diferencias podrían atribuirse a las particularidades de la población de estudio y los factores contextuales específicos relacionados con la enfermedad crónica. En el estudio de Retuerto, se observó que más de la mitad de los pacientes tenía una autoestima media 54.43%, asociada con el apoyo recibido de su grupo primario para enfrentar la

enfermedad; algo que concuerda en cierta medida con lo encontrado en la muestra estudiada donde se encontró que el 47% y el 42% presentaban una autoestima promedio y alta respectivamente, es decir, se encontró una tendencia de al alta en la autoestima. Así mismo, una proporción significativa de pacientes experimentaba depresión leve 64.07%, sugiriendo la influencia de otros factores en la manifestación de síntomas depresivos en pacientes con VIH; al igual que en lo encontrado donde un 83% de los pacientes evaluados presentaban una depresión leve. Tanto la presente investigación como el estudio de Retuerto proporcionan evidencia importante sobre la asociación entre la autoestima y la depresión en contextos clínicos diversos,

Comparando también los resultados encontrados con los de Cavero (2021), quien investigó la relación entre la autoestima y la depresión en pacientes con tuberculosis, se observan similitudes en la asociación entre ambas variables. En el estudio de Cavero, se encontró que el 72% de los pacientes tenía una autoestima baja, lo que se asociaba con desmotivación y desgano, características que sugieren una predisposición a la depresión. Este hallazgo coincide con la tendencia observada en la presente investigación. Sin embargo, mientras que en la presente investigación se encontró que a mayor nivel de autoestima habrá un menor grado de depresión, en lo encontrado por Cavero ocurre la misma relación, pero opuesta, es decir él encontró que a menor nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis será mayor el nivel de depresión con niveles moderados 38% y graves 52%, mientras que en la investigación se encontró un grado leve de depresión en un 83% y solo 4% en un grado grave de depresión. No obstante, estos resultados complementan los hallazgos de la presente investigación al resaltar la relación entre la autoestima y diferentes niveles de gravedad de la depresión.

En la investigación que relacionó la autoestima y la depresión en pacientes mastectomizadas de un área de hospitalización de Arequipa, realizado por Arteta (2022) de igual

forman se observan similitudes y diferencias con lo encontrado en esta investigación. Arteta también concuerda con que existe una relación significativa entre ambas variables estudiadas, aunque la distribución de los niveles de autoestima y depresión difiere ligeramente de los resultados obtenidos en la presente investigación. Específicamente, se observó que una proporción considerable de pacientes presentaban depresión grave (43.2%), mientras que la autoestima mostraba una tendencia hacia niveles medios (54.5%) a bajos (45.5%) en la muestra estudiada. En contraste con lo encontrado en esta investigación donde hubo un nivel de autoestima medio (47%) con tendencia al alta (42%) y un grado de depresión leve con un porcentaje considerable del 87%. Estos hallazgos sugieren que, si bien la relación entre la autoestima y la depresión se manifiesta de manera consistente en diferentes contextos y poblaciones, la distribución específica de los niveles de estas variables puede variar según las características particulares de cada muestra. Es importante tener en cuenta que factores como el diagnóstico médico, el entorno hospitalario y las experiencias individuales pueden influir en la percepción de la autoestima y la manifestación de la depresión en pacientes hospitalizados.

En el estudio de Dikmen et al., (2022) quienes investigaron los niveles de autoestima y depresión antes y después de una cirugía bariátrica en pacientes de un hospital de Turquía, se identifican similitudes importantes. En el estudio de Dikmen, se observó un aumento en los niveles de autoestima después de la cirugía, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, los niveles de depresión disminuyeron significativamente ($<.001$), especialmente en relación con la disminución del índice de masa corporal (IMC). Es decir que a mayor nivel de autoestima la depresión tendera a disminuir, lo que se relaciona directamente con lo que se encontró en la presente investigación $r=-.505$. Estos resultados plantean la necesidad de considerar tanto los aspectos físicos como los emocionales en el proceso de recuperación

hospitalaria.

Por otra parte, si comparamos el hallazgo encontrado en la presente investigación con los resultados obtenidos por García (2021), quien investigó la relación entre la autoestima y la depresión en adultos mayores en una residencia gerontológica en Lima, se observan similitudes y diferencias importantes. Aunque en el estudio de García se encontró una relación significativa entre ambas variables, con un valor de p mayor a .05, lo que sugiere una asociación entre la autoestima y la depresión en la población estudiada, es importante destacar que la mayoría de los adultos mayores presentaban un nivel bajo de autoestima (96%), mientras que la mayoría de los pacientes tanto quirúrgicos como no quirúrgicos presentaron una autoestima media con un 47% e incluso con tendencia al alta con un 42%. Por otra parte, otra conclusión relevante de la investigación de García es que la mayoría de adultos mayores presentaron estados emocionales alterados como llanto y culpa lo cual puede ir asociado al resultado encontrado en la variable autoestima. Lo que podemos relacionar con lo dicho por Beck (1967) quien indica que la depresión es una visión negativa que tiene la persona tanto de sí mismo, el futuro y el entorno, llegando incluso a tener una visión catastrófica y desesperanzadora. Según estos resultados y la interrelación que presentar es importante reconocer la complejidad en estos constructos y la influencia que tienen en el bienestar emocional y la calidad de vida de las personas, más aún si se encuentran en una situación de vulnerabilidad como lo es un deterioro en su salud física.

Los estudios previamente señalados concuerdan en la presencia de sentimientos de soledad y de tristeza, así como desánimo general y desmotivación en las muestras estudiadas que tenían algún grado de depresión; además de tener una autovaloración negativa afectando de esta forma la autoestima. Por lo general los estudios encontrados han hallado que hay una tendencia a tener un mayor grado de depresión y un menor nivel de autoestima, mientras que en la presente

investigación se obtuvo que hay un mayor nivel de autoestima y un menor grado de depresión.

En cuanto al primer objetivo secundario se obtuvo que el nivel de autoestima encontrado en los pacientes, tanto quirúrgicos como no quirúrgicos de un hospital de Arequipa fue de nivel promedio 47.0% con tendencia al nivel alto con un 42.0%; lo que indica que la muestra estudiada presenta una autoestima saludable, lo cual le permite afrontar su situación médica actual.

En el segundo objetivo secundario, en cuanto a la diferencia del nivel de autoestima, se encontró que los pacientes quirúrgicos tuvieron un nivel alto con un 26.0% mientras que los pacientes no quirúrgicos tuvieron un nivel promedio con un 26.0%. A pesar de que tanto los pacientes quirúrgicos como los no quirúrgicos tienen niveles ligeramente distintos de autoestima, la diferencia entre ambos grupos no es significativa en términos estadísticos. Por otra parte, al aplicar la prueba estadística *chi cuadrado* se encontró un valor de $X^2=5.19$ y un valor *p* específico de .39, lo que indica que no hay una asociación significativa entre la condición quirúrgica de los pacientes y los niveles de autoestima. De acuerdo con los resultados presentados, parece que la condición quirúrgica del paciente no es lo suficientemente significativa como para establecer una relación entre esta condición y el nivel de autoestima, al menos según las mediciones utilizadas en el estudio. El análisis específico no reveló una diferencia significativa en la distribución de los niveles de autoestima entre los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos. Esto sugiere que otros factores podrían estar influyendo en el nivel de autoestima de los pacientes, más allá de su condición quirúrgica.

En el tercer objetivo secundario se obtuvo que el grado de depresión encontrado en los pacientes, tanto quirúrgicos como no quirúrgicos de un hospital de Arequipa fue de grado leve

con un 83.0%. sugiere que la mayoría de los pacientes, tanto quirúrgicos como no quirúrgicos, presentan un grado leve de depresión. Esto indica que la mayoría de los pacientes experimentan síntomas depresivos que pueden ser de intensidad baja y, aunque pueden afectar su bienestar emocional, no alcanzan un nivel severo.

En el cuarto objetivo secundario se halló que el grado de depresión de los pacientes quirúrgicos fue leve con un 42.0% al igual que los pacientes no quirúrgicos con un 41.0%. Esto sugiere que ambos grupos de pacientes experimentan síntomas depresivos de intensidad baja en una proporción similar. Por otra parte, al aplicar la prueba estadística *chi cuadrado* se encontró un valor de $X^2=.089$ y un valor *p* específico de .99, lo que significa que no hay una asociación significativa entre la condición quirúrgica de los pacientes y el grado de depresión. De acuerdo con los resultados presentados, parece que la condición quirúrgica del paciente no es lo suficientemente significativa como para establecer una relación entre esta condición y el grado de depresión, al menos según las mediciones utilizadas en el estudio.

En conclusión, es importante resaltar la importancia de considerar tanto los aspectos individuales como contextuales al abordar la relación entre la autoestima y la depresión, y subrayan la necesidad de desarrollar estrategias de intervención adaptadas a las necesidades específicas de cada población para promover el bienestar emocional, calidad de vida y la salud mental en entornos hospitalarios; además de considerar la autoestima como un factor relevante en la evaluación y el tratamiento de la depresión y otras condiciones que afecten la salud mental.

Conclusiones

Primera. Se encontró que, entre la autoestima y la depresión en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos de un hospital de Arequipa, existe una correlación negativa significativa. Esto indica que a medida que la autoestima aumente, la depresión en los pacientes hospitalizados tiende a disminuir, lo que confirma la hipótesis planteada.

Segunda. Se observa que el nivel de autoestima encontrado en los pacientes tanto quirúrgicos como no quirúrgicos de un hospital de Arequipa, revela una tendencia hacia un nivel saludable de autoestima. Ya que predomina el nivel promedio con una inclinación hacia el nivel alto en ambos grupos. Este hallazgo sugiere que la mayoría de los pacientes en este entorno hospitalario mantienen una percepción positiva de sí mismos.

Tercera. Al comparar el nivel de autoestima entre pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos en un hospital de Arequipa, se observa que, los pacientes quirúrgicos exhibieron un nivel de autoestima alto, mientras que los pacientes no quirúrgicos mostraron un nivel de autoestima promedio. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa de que el estado quirúrgico y no quirúrgico del paciente tengan un impacto significativo en el nivel de autoestima.

Cuarta. Se observa que el grado de depresión encontrado en los pacientes tanto quirúrgicos como no quirúrgicos de un hospital de Arequipa, revela una predominancia en el grado leve de depresión. Este hallazgo sugiere que la mayoría de pacientes no presentan una prevalencia significativa de depresión, aunque pueden experimentar una afectación emocional leve. Es crucial tener en cuenta estos hallazgos durante el tratamiento y la recuperación.

Quinta. Al comparar el nivel de depresión entre pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos en un hospital de Arequipa, no se encontraron diferencias significativas, ambos grupos exhibieron un grado similar de depresión leve. Además, se encontró, que no hay una asociación significativa de que el estado quirúrgico y no quirúrgico del paciente tengan un impacto significativo en el grado de depresión.



Sugerencias

Primera. Se recomienda, fomentar intervenciones que promuevan el fortalecimiento de la autoestima en pacientes hospitalizados, ya que se ha observado una relación significativa entre una mayor autoestima y una menor depresión. Esto puede incluir programas de apoyo psicológico, actividades recreativas y terapias que ayuden a mejorar la percepción de sí mismos y su bienestar emocional durante la hospitalización, a cargo del área de psicología de la institución hospitalaria.

Segunda. Se recomienda, implementar estrategias específicas para mejorar el nivel de autoestima de los pacientes, considerando que la mayoría presenta un nivel promedio o bajo. Estas estrategias podrían incluir talleres de autoestima, sesiones de terapia cognitivo-conductual y actividades que fomenten el desarrollo de habilidades personales y la autoaceptación, a cargo del área de psicología de la institución hospitalaria.

Tercera. Se recomienda, reconocer y abordar las diferencias en el nivel de autoestima entre pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos. Aunque ambos grupos muestran niveles diversos, es importante adaptar las intervenciones y el apoyo emocional según las necesidades específicas de cada grupo, a cargo del área de psicología de la institución hospitalaria.

Cuarta. Se recomienda, dedicar recursos y atención a la detección temprana y el manejo de la depresión, especialmente en pacientes con un grado moderado o alto de depresión. Esto podría implicar la implementación de programas de detección rutinaria, así como el acceso a servicios de psicoterapia y tratamiento farmacológico cuando sea necesario, a cargo del área de psicología y de psiquiatría de la institución hospitalaria.

Quinta. Aunque no se encontraron diferencias significativas en el grado de depresión entre pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos. Se recomienda, continuar monitoreando de cerca el bienestar emocional de ambos grupos y proporcionar apoyo emocional continuo durante su estancia en el hospital y más allá de ella. Esto puede incluir la implementación de programas de seguimiento posteriores al alta hospitalaria y el acceso a recursos comunitarios de apoyo psicosocial, a cargo del área de psicología y de trabajo social de la institución hospitalaria.



Limitaciones

Primera. El estudio se sitúa a un hospital en específico de la ciudad de Arequipa, debido a la singularidad del entorno hospitalario estudiado y la demografía específica de la ciudad, los resultados obtenidos pueden no ser generalizables a otras ciudades, contextos socioculturales o estratos sociales diferentes.

Segunda. La muestra estudiada puede no representar completamente la diversidad de experiencias y circunstancias existentes en otras regiones geográficas o entre diversos grupos demográficos; así como las dinámicas culturales, factores socioeconómicos y otros factores contextuales pueden tener un rol importante en la manifestación de autoestima y depresión.

Tercera. Al tomar los datos en un tiempo en específico, podría no reflejar la variabilidad temporal de las variables estudiadas, ya que: cambios estacionales, eventos de vida, entre otros factores podrían influir en el cambio de las variables, los cuales no llegan a ser visibles en esta investigación que pertenece a un estudio de corte transversal.

Referencias

- Alvarado, H. (2020). *Autoestima y nivel de depresión en adultos mayores del Centro de Salud Wichanzao, 2020*. [Tesis de Grado, Universidad Cesar Vallejo].
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/56071>
- Areán, P. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología conductual*, 8(3), 547-559.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/08.Arean_8-3oa.pdf
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Caracas. Editorial Episteme.
- Arteta, G. (2022). *Relación de los niveles de depresión y niveles de autoestima en pacientes mastectomizadas del área de hospitalización y quimioterapia del IREN-SUR. Arequipa 2022*. [Tesis de Grado, Universidad Católica de Santa María].
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11882>
- Beato, M. (1993). Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. *Revista de Historia de la Psicología*, 14(3), 385-394.
https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero_salida20220923110100242000.pdf
- Beck, A. (1967). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (Vol. 19). Nueva York: The Guilford Press. http://data.over-blog-kiwi.com/1/27/13/86/20141014/ob_142293_beck-rush-shaw-y-meri-terapia-cog.pdf
- Bednar, R., Wells, M., & Peterson, S. (1989). *Self-esteem: paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington DC: American Psychological Association
- Bogas, J. (2013). *Autoestima y rendimiento académico en la enseñanza secundaria obligatoria*. [Tesis de Maestría, Universidad de Almería]. <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2300/Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Cavero, A. (2021). *Autoestima y depresión en pacientes con tuberculosis, Chiclayo 2021*. [Tesis de Grado, Universidad Señor de Sipán]. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/9779>
- Clark, M., Chur-Hansen, A. y Mikocka-Walus. (2023) Systematic review with meta-analysis: Current and emerging models of preoperative psychological preparation for individuals undergoing stoma surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 168. <https://doi.org/g10.1016/j.jpsychores.2023.111211>
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self Esteem*. San Francisco: W.H. Freeman and Co.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of Self-Esteem*. Palo Alto: Consulting Psychologists.
- Coopersmith, S. (2010). *Escala de Autoestima de Coopersmith Adultos SEI*. Ficha técnica.

- Coronel, C. (2018). *Autoestima y depresión en adultos mayores de una institución de salud-Trujillo, 2017*. [Tesis de Grado, Universidad Católica los Ángeles Chimbote].
<https://hdl.handle.net/20.500.13032/8514>
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2002). La depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de terapia cognitivo Conductual* (3), 2.
<http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>
- De Tejada, M. (2010). Evaluación de la autoestima en un grupo de escolares de la Gran Caracas. *LIBERABIT*, 16(1), 95-103. <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n1/a10v16n1.pdf>
- Dikmen, S., İlkay, S y Şafak, Y. (2022). Evaluation of Self-Esteem, Emotional Eating, Eating Attitude, Depression and Anxiety Levels Before and After Bariatric Surgery: A One Year Follow-Up Study. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 4(2), 140 – 147. <https://doi.org/10.35365/ctjpp.22.2.03>
- Galeano. (2008). *Diseño de proyectos en la Investigación cualitativa*. Medellín: Universidad EAFIT.
- García, M. (2021). *Relación entre la autoestima y la depresión en adultos mayores de Casablanca Residencia Gerontológica*. [Tesis de Grado, Universidad Peruana de las Américas]. <http://repositorio.ulasamericas.edu.pe/handle/upa/2439>
- Gómez, B. (2017). *Adaptación de la terapia híbrida de activación conductual para la depresión*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Valencia].
<https://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/60583/TD%20Beatriz%20Gomez.pdf?s>

equence=1&isAllowed=y

Gonzales, D., Barreto, A., y Salamanca, Y. (2017). Terapia cognitiva. Antecedentes, teoría y metodología (Investigación documental). *Revista iberoamericana de Psicología*, 10(2), 200-2007. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6642554.pdf>

Hernández, Fernández, & Baptista. (2003). *Metodología de la Investigación*. México DF: Mc Graw Hill.

Inca, L. (2017). *Niveles de autoestima en los trabajadores de la empresa Grupo Cabal*. [Tesis de Grado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1404>

Kerlinger. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Maslow, A. (2012). *A Theory of Human Motivation*. United States of America: Star Publishing LLC.

Mendoza, I. (2020). *Terapia Cognitivo Conductual: Actualidad, Tecnología*. [Tesis de Grado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8907/Terapia_MendozaFernandez_Ingrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Novara, J., Sotillo, C., & Warthon, D. (1985). *Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en población de Lima Metropolitana*. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".

Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2023). *Depresión*. World Health

Organization: https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1

Oswald, A., McBride, K., Seif, S., Koh, C., Ansari, N. y Steffens, D. (2023). Depresión, Anxiety, Stress and Distress Following Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy: Results of a Prospective Cohort Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 30 (3), 490-500. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09918-0>

Panesso, K., & Arango, M. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista electrónica Psyconex*, 9(14), 1-9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/download/328507/20785325/129909>

Pérez, H. (2019). Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. *Alternativas psicología* (41), 22-32. <https://www.alternativas.me/attachments/article/190/2.%20Autoestima,%20teor%C3%ADas%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20%C3%A9xito%20personal.pdf>

Plata, C., Riveros, M. y Moreno, M. (2010). Autoestima y empatía en adolescentes observadores, agresores y víctimas de bullying en un colegio del Municipio de Chía. *Psychologia, Avances de la disciplina*, 4(2), 99-112. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224090007.pdf>

Prado, G. (2020). *Autoestima y rendimiento académico en estudiantes de Enfermería en una Universidad Privada del Norte de Perú, 2019*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/44643>

- Retuerto, S. (2021). *Nivel de autoestima y el grado de depresión en pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital San Juan Bautista de Huaral, marzo - julio 2021*. [Tesis de Grado, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión].
<http://hdl.handle.net/20.500.14067/4867>
- Rodrich, P. (2019). *Autoestima y ansiedad estado-rango en jóvenes universitarios de la ciudad de Lima*. [Tesis de Grado, Universidad de Lima].
<https://hdl.handle.net/20.500.12724/10295>
- Sánchez, F. y Sánchez, G. (2017). *Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de menores N°60027 y N°6010227. San Juan Bautista 2016*. [Tesis de Grado, Universidad Científica del Perú].
<http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/275>
- Sönmez, N., Romm, K., Østefjells, T., Grande, M., Hunnicke, L., Hummelen, B., Tesli, M., Melle, I y Røssberg, J. (2020). Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial. *Comprehensive Psychiatry*, 97, 1 – 8. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152157>
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Vega-Dienstmaier, J., Coronado-Molina, O., & Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista Neuropsiquiátrica*, 77(2), 95-103.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>

Zas, B. (2016). *Experiencias en psicología hospitalaria*. ALFEPSI. <https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2011/11/Psicologia-Hospitalaria-Barbara-Zas.pdf>



Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Estimando participante,

Lo invitamos a participar del estudio titulado: "*Autoestima y Depresión en Pacientes Quirúrgicos y No Quirúrgicos en el Área de Medicina de un Hospital de Arequipa*".

Antes de decidir participar de este estudio, lea detenidamente:

El objetivo de la presente investigación es conocer el nivel de autoestima y de depresión de los pacientes hospitalizados: quirúrgicos y no quirúrgicos; que sirva para conocer la realidad de la salud mental de los pacientes que acuden a este hospital, brindando también sugerencias de mejora para salvaguardar la integridad de las personas que acudan al centro de salud.

Las presentes pruebas evaluarán: *autoestima* y *depresión*, serán anónimas y el uso de los datos se harán con su cautela garantizado la confidencialidad del caso.

Este estudio fue aprobado para su desarrollo por la Universidad Católica de Santa María – Arequipa, cumpliéndose los requisitos legales y éticos correspondientes.

Su firma indica que ha leído y comprendido la información aquí estipulada, y acepta participar de manera voluntaria del presente estudio.

Firma:
Fecha:

Anexo 2. Inventario de Autoestima Coopersmith – versión Adultos

Se le pide no desprender las pruebas, gracias!!!			
Fecha de nacimiento:		Edad:	
Sexo: (F) o (M)	Estado civil: (Soltero), (Casado), (Viudo), (Divorciado), (O) _____		
Grado de instrucción: Primaria incompleta (), Primaria completa (), Secundaria incompleta (), Secundaria completa (), Universitaria incompleta (), Universitaria completa (), Técnico incompleto (), Técnico incompleto ()			
Nº	PREGUNTAS	V	F
1	Usualmente las cosas no me molestan		
2	Me resulta difícil hablar frente a un grupo		
3	Hay muchas cosas de mi que cambiaría, si pudiese		
4	Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad		
5	Soy muy divertido(a)		
6	Me altero fácilmente en casa		
7	Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cosa nueva		
8	Soy muy popular entre las personas de mi edad		
9	Generalmente mi familia considera mis sentimientos		
10	Me rindo fácilmente		
11	Mi familia espera mucho de mi		
12	Es bastante difícil ser "yo mismo"		
13	Me siento muchas veces confundido		
14	La gente usualmente sigue mis ideas		
15	Tengo una pobre opinión acerca de mí mismo		
16	Hay muchas ocasiones que me gustaría irme de mi casa		
17	Frecuentemente me siento descontento con mi trabajo		
18	No estoy tan simpático como mucha gente		
19	Si tengo que decir, usualmente lo digo		
20	Mi familia me comprende		
21	Muchas personas son más preferidas que yo		
22	Frecuentemente siento como si mi familia me estuviera presionado		
23	Frecuentemente me siento desalentado con lo que hago		
24	Frecuentemente desearía ser otra persona		
25	No soy digno de confianza		

Anexo 3. Inventario para evaluar depresión

Conteste cada pregunta con sinceridad según su propio sentir, marcando una (X) al constado de la opción seleccionada.



1	No me siento triste	
	Siento desgano o tristeza	
	Siempre siento desgano o tristeza y no lo puedo remediar	
	Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho	
	Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no puedo soportar más	
2	No estoy particularmente pesimista, ni me siento muy desanimado con respecto al futuro	
	Me siento desanimado respecto al futuro	
	Siento que ya no debo esperar mas	
	Siento que jamás me librare de mis penas y preocupaciones	
	Siento que mi futuro es desesperado y que no mejorara mi situación	
3	No me siento fracasado	
	Me siento más fracasado que otras personas	
	Siento que en la vida he hecho muy pocas cosas que valgan la pena	
	Si no pienso en mi vida pasada veo que solo he tenido fracasos	
	Siento que como persona ha fracasado por completo (Padre, esposo, esposa).	
4	No estoy particularmente descontento	
	Casi siempre me siento aburrido	
	No disfruto de las cosas como antes	
	No hay nada en absoluto que me proporcione una insatisfacción	
	Estoy descontento de todo	
5	No me siento particularmente culpable	
	La mayor parte del tiempo me siento mal o indigno	
	Me siento culpable	
	Me siento mal o indigno prácticamente todo el tiempo	
	Considero que soy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada	
6	No me siento que estoy siendo castigado	
	Tengo sensación que puede sucederme algo malo	
	Siento que estoy siendo castigado o que voy a ser castigado	
	Siento que merezco ser castigado	
	Deseo ser castigado	
7	No estoy descontento conmigo mismo	
	Estoy descontento conmigo mismo	
	No me gusto a mí mismo	
	No me puedo soportar a mí mismo	
	Me odio	
8	No me siento peor que los demás	
	Tengo en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos	
	Me hago reproches por todo lo que me sale bien	
	Tengo la impresión que mis defectos son muchos y muy grandes	

9	No pienso, ni se ocurre dañarme a mí mismo	
	A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no podría hacerlo	
	Siento que muerto estaría mejor	
	Siento que mi familia estaría mejor si yo estuviese muerto	
	Tengo planes definidos para suicidarme	
	Si pudiese me suicidaría	
10	No lloro más de lo corriente	
	Ahora lloro más que lo que lloraba antes	
	Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo	
	Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera como lo hacía antes	
11	No me siento más irritado que de costumbre	
	Me enfado o me irrito con más facilidad que antes	
	Estoy constantemente irritado	
	Ahora que me irritan, ya ni siquiera las cosas con las que antes me enfadaba	
12	No he perdido el interés por los demás	
	Ahora estoy menos interesado por lo demás que antes	
	He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas	
	Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente	
13	Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones	
	Ahora me esfuerzo para tomar decisiones	
	Tengo gran dificultad para decidirme	
	Me siento incapaz para tomar decisiones de cualquier tipo	
14	No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre	
	Temo que mi aspecto cause mala impresión o de aparecer aviejado	
	Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto	
	Tengo la impresión que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo	
15	Trabajo con la misma facilidad de siempre	
	Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar	
	Ya no trabajo tan bien como antes	
	Tengo que hacer un gran esfuerzo	
	Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea	
16	Duermo tan bien como antes	
	Por las mañanas me siento más cansado que de costumbre	
	Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volver a dormir	
	Me despierto demasiado temprano por las mañanas y no puedo dormir más de cinco horas	
17	No me canso más que lo de costumbre	
	Me canso más pronto que antes	
	Me canso hacer cualquier cosa	
	Me siento demasiado cansado para hacer cualquier cosa	
18	Mi apetito no está peor que lo de costumbre	
	Mi apetito no es tan bueno como antes	
	Ahora mi apetito esta mucho peor	

	No tengo en absoluto ningún apetito	
19	No he perdido peso, y si he perdido algo, es de hace poco tiempo	
	He perdido más de dos kilos de peso	
	He perdido más de cuatro kilos de peso	
	He perdido más de siete kilos de peso	
20	Mi salud no me preocupa más que lo de costumbre	
	Me preocupa más constantemente por mis molestias físicas y malestares	
	Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa	
	No hago nada más, en absoluto, que en pensar en mis molestias físicas	
21	No he notado que recientemente haya cambiado mis intereses por las cosas sexuales	
	No estoy menos interesado que antes por las cosas relativas al sexo	
	Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo	
	He perdido todo el interés por las cosas del sexo	



Anexo 4. Aprobación de proyecto de investigación

 **PERÚ** Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo Seguro Social de Salud EsSalud 

“Decenio para la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y hombres”
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

CARTA N°057-UCID-GRAAR-ESSALUD-2023

NIT: 1161-2023-243

Arequipa, 27 de noviembre 2023

Señorita
ANGIRA DASÍ ESCOBEDO MONTECINOS
Estudiante de la Escuela Profesional de Psicología, Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades, Universidad Católica de Santa María
Investigador principal
Presente. -

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Reciba mi saludo cordial y en atención al asunto, comunicarle que de acuerdo a la Directiva N° 03- IETSI-ESSALUD-2019, Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud – EsSalud, el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud, ha evaluado y aprobado el Proyecto de Investigación:

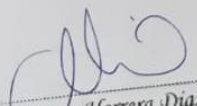
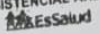
AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUIRÚRGICOS Y NO QUIRÚRGICOS EN EL ÁREA DE MEDICINA DE UN HOSPITAL DE AREQUIPA

Por lo expuesto, se autoriza el inicio del estudio, teniendo una vigencia de 12 meses a partir de la fecha de aprobación del CIEI.

El autor se compromete a respetar la confidencialidad de la información, a presentar un informe final de su trabajo a la Oficina de Capacitación Investigación y Docencia; asimismo, deberá dejar una copia de la tesis aprobada, para la biblioteca del HNCASE.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,


Lic. Nirma Herrera Diaz
Jefe Unidad Capacitación, Investigación y Docencia
RED ASISTENCIAL AREQUIPA


www.essalud.gob.pe

Esquina Peral/Ayacucho
Cercado
Arequipa – Perú
Tel. 380360

NHD/mvm
c.c. archivo