



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES  
ADULTOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO  
SUSTITUTIVO RENAL EN UNA CLÍNICA  
PRIVADA DE LIMA METROPOLITANA EN EL  
2021”

Tesis para optar el título profesional de:

**Licenciada en Psicología**

Autor:

Leonor Sofia Fernandez Paco

Asesor:

Mg. Claudia Karina Guevara Cordero

<https://orcid.org/0000-0003-4681-3077>

Lima – Perú

2023

**JURADO EVALUADOR**

Jurado 1 Presidente(a)	<b>ANA ZOILA NOMBERTO LUPERDI</b>	<b>09863503</b>
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

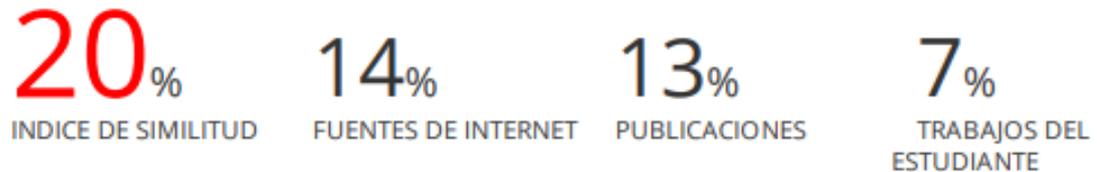
Jurado 2	<b>CARLOS FERNANDO GARCIA GODOS SALAZAR</b>	<b>10280784</b>
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 3	<b>KENIA CASIANO VALVIVIESO</b>	<b>25762317</b>
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

## INFORME DE SIMILITUD

### Depresión y Ansiedad en pacientes adultos sometidos a tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021

#### INFORME DE ORIGINALIDAD



#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.unfv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>2</b>	<b>revistas.unife.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to Universidad Nacional de Colombia</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>repositorio.upsjb.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to Universidad Cesar Vallejo</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>datospdf.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>eprints.ucm.es</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo va dedicado a mis padres Oscar y Elena, quienes me brindaron su apoyo incondicional, confianza y motivación diaria para cumplir los cinco años de estudio, además a mi hermana Anni, quien siempre fue una fuente de apoyo y motivo de superación contante. Asimismo, lo dedico a mi tía Bertha y a mis abuelos que fueron fuente de superación, tanto como a mi mamita Sofia, quien fue fuente de inspiración para realizar un estudio en personas con tratamiento sustitutivo renal.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis docentes, por ser una fuente de conocimientos en esta trayectoria de formación académica, además de inspirarme a dar lo mejor de mí en toda ocasión, en especial a mi asesora Claudia Karina Guevara Cordero, por acompañarme en el camino más demandante de la carrera como es la tesis, por estar ahí siempre apoyándome y guiándome en esta fase para lograr la licenciatura.

## TABLA DE CONTENIDO

Jurado evaluador.....	2
Informe de similitud.....	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimiento.....	5
Índice de tablas.....	8
Resumen.....	10
Abstract.....	11
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>12</b>
1.1.Realidad problemática .....	12
1.2.Formulación del problema.....	31
1.2.1. Problema general.....	31
1.2.2. Problema específico.....	31
1.3.Objetivos .....	33
1.3.1. Objetivo general.....	33
1.3.2. Objetivo específico.....	33
1.4.Hipótesis.....	34
1.4.1. Hipótesis general.....	34
1.4.2. Hipótesis específica.....	34
<b>CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....</b>	<b>37</b>
2.1.Nivel de investigación.....	37
2.2.Diseño de investigación.....	37
2.3.Tipo de investigación.....	37
2.4.Muestra y población.....	38
2.4.1. Criterio de inclusión.....	38
2.4.2. Criterio de exclusión.....	39
2.5.Análisis estadístico.....	39

2.6. Instrumento de medición.....	40
2.7. Procedimiento.....	42
2.8. Aspectos éticos.....	44
<b>CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
3.1. Análisis descriptivo.....	47
3.2. Análisis inferencial.....	50
<b>CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN.....</b>	<b>61</b>
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES .....</b>	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>91</b>
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	91
Anexo 2: Constancia de Revisión del Proyecto de Tesis.....	96
Anexo 3: Consentimiento Informado.....	97
Anexo 4: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).....	98
Anexo 5: Escala virtual de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)....	101
Anexo 6: Análisis Psicométrico.....	102
Anexo 7: Documentos Para Validar Los Instrumentos De Medición A Través De Juicio De Expertos.....	110

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Clasificación de la enfermedad renal según la tasa de filtrado glomerular (TFG).....	20
<b>Tabla 2:</b> Tabla descriptiva para la variable edad .....	46
<b>Tabla 3</b> Tabla descriptiva por grupos .....	47
<b>Tabla 4:</b> Pruebas de normalidad de la variable ansiedad y depresión .....	50
<b>Tabla 5:</b> Tabla de correlación entre la variable depresión y ansiedad .....	50
<b>Tabla 6:</b> Tabla de frecuencia para la variable depresión por niveles .....	51
<b>Tabla 7:</b> Tabla de frecuencia para la variable ansiedad por niveles.....	51
<b>Tabla 8:</b> Tabla de frecuencia para la variable depresión según género .....	52
<b>Tabla 9:</b> Tabla de frecuencia para la variable ansiedad según género .....	53
<b>Tabla 10:</b> Tabla de frecuencia para la variable depresión según el estado civil .....	53
<b>Tabla 11:</b> Tabla de frecuencia para la variable ansiedad según el estado civil .....	54
<b>Tabla 12:</b> Tabla de normalidad para la variable depresión según género.....	55
<b>Tabla 13:</b> Tabla estadística T Student para la variable depresión según género .....	56
<b>Tabla 14:</b> Tabla de normalidad para la variable ansiedad según género .....	56
<b>Tabla 15:</b> Tabla estadística T Student para la variable ansiedad según género .....	57
<b>Tabla 16:</b> Tabla de normalidad para la variable depresión según el tiempo de tratamiento sustitutivo renal .....	57
<b>Tabla 17:</b> Pruebas de Comparaciones del estadístico U de Mann-Whitney para la variable independiente de depresión según el tiempo de tratamiento.....	58

<b>Tabla 18:</b> Tabla de normalidad para la variable ansiedad según el tiempo de tratamiento sustitutivo renal .....	58
<b>Tabla 19:</b> Tabla para el estadístico T de Student para la variable depresión según el tiempo de tratamiento sustitutivo renal.....	59
<b>Tabla 20:</b> Validez de contenido mediante el juicio de expertos. ....	101
<b>Tabla 21:</b> Prueba de esfericidad de Bartlett.....	103
<b>Tabla 22:</b> Medida de adecuación de muestreo de KMO.....	104
<b>Tabla 23:</b> Tabla de factores de varianza .....	104
<b>Tabla 24:</b> Confiabilidad de la Escala General .....	106
<b>Tabla 25:</b> Estadísticas de confiabilidad de escala por dimensión ansiedad .....	107
<b>Tabla 26:</b> Estadísticas de confiabilidad de escala por dimensión depresión .....	107

## RESUMEN

El presente trabajo se centró en analizar la relación entre la depresión y ansiedad en los pacientes adultos sometidos a un tratamiento sustitutivo renal, para el cual se usó un diseño de corte transversal, con un tipo de investigación cuantitativo, con objetivos correlacionales, comparativos y descriptivos. Dentro de esta investigación se contó con una población de 86 personas que se encuentran recibiendo tratamiento sustitutivo renal, para el cual se trabajó con La Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HAD) de Zigmond & Snaith (1983). En los resultados se pudo encontrar que sí existe una correlación entre la variable depresión y ansiedad con una significancia de .010, en cuanto a los objetivos descriptivos se puede evidenciar que los niveles de depresión estuvo conformada por el 76,7% para caso clínico, asimismo, se encontró que el 20,9% para casos dudosos y el 2,3% para niveles normales de depresión, en cuanto a los niveles de ansiedad se evidenció que el 87,2% para niveles clínicos, así también se encontró que el 11,6% de la población presenta casos dudosos de ansiedad y el 1,2% para niveles normales de ansiedad. Y finalmente se puede concluir mencionando que, sí existe una correlación alta positiva, para la variable ansiedad y depresión, además se puede evidenciar que no se encuentra significancia entre las variables ansiedad y depresión con el género y el tiempo de tratamiento sustitutivo renal al que el paciente se encuentra sometido.

*Palabras claves: ansiedad, depresión, hemodiálisis, diálisis, insuficiencia renal crónica.*

## ABSTRACT

The present work focused on analyzing the relationship between depression and anxiety in adult patients undergoing renal replacement therapy, for which a cross-sectional design was used, with a quantitative type of research, with correlational, comparative, and descriptive objectives. . Within this investigation, there was a population of 86 people who are receiving renal replacement therapy, for which we worked with the Hospital Scale for Depression and Anxiety (HAD) by Zigmond & Snaith (1983). In the results it was possible to find that there is a correlation between the variable depression and anxiety with a significance of .010, in terms of the descriptive objectives it can be seen that the levels of depression consisted of 76.7% for the clinical case, Likewise, it was found that 20.9% for doubtful cases and 2.3% for normal levels of depression, in terms of anxiety levels it was evidenced that 87.2% for clinical levels, thus it was also found that the 11.6% of the population presents doubtful cases of anxiety and 1.2% for normal levels of anxiety. And finally, it can be concluded by mentioning that there is a high positive correlation for the anxiety and depression variable, in addition it can be shown that there is no significance between the anxiety and depression variables with gender and the time of renal replacement therapy at which the patient is under

*Keywords: anxiety, depression, hemodialysis, dialysis, chronic renal failure.*

## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Realidad problemática

La enfermedad renal (ER) es un problema de salud pública a nivel nacional y mundial mostrando un aumento considerablemente en los últimos años, presentando una trascendencia epidemiológica basada en dos aspectos fundamentales, por un lado, el tratamiento sustitutivo de la ER por medio de la hemodiálisis (HD) o trasplante renal, siendo este representado por únicamente el 1% de los pacientes con ER, conllevando una reducción de la expectativa de vida, constituyendo uno de los tratamientos más costosos de las enfermedades crónicas; por otro lado la ER ocasiona un incremento considerable en el riesgo de mortalidad y morbilidad, presentes desde los primeros estadios de la ER (Gorostidi et al., 2018).

La ER está representado como la causa 19<sup>o</sup> de muerte en el mundo en el año 2013, generando un total de 956.200 muertos a causa de esta afección, mostrando de esta manera un incremento del 134,6% desde el 1990 hasta el 2013 (Mills et al., 2015), evidenciando a su vez, en el año 2003 en el país de España se evidenció a 15.625 personas con prevalencia de la insuficiencia renal crónica (IRC), esto en la población adulta, representado por 11% de un total de 19.2 millones de personas (Francisco y Otero, 2003). Posteriormente en el año 2006 se pudo evidenciar un inicio de 5.611 pacientes dentro del tratamiento sustitutivo renal mostrando que el 85.5% de los pacientes comenzaron con un tratamiento de HD, 13.2% iniciaron con un tratamiento de Diálisis Peritoneal (DP) y tan solo 1.37% recibieron el tratamiento como primer tratamiento (Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología, 2009).

Consiguiente, la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS, 2014) mencionan que cada uno de 10 adultos padece de daño

renal, más aún si está dentro de la población de riesgo, como padecer de diabetes e hipertensión, además del envejecimiento; lo cual, hace que veamos esta problemática desde un ámbito más cercano, tal como es el país de Estados Unidos donde se evidencia que más de 400,000 estadounidenses padecen de una enfermedad renal en etapa terminal, y más de 300,000 de estos pacientes requieren diálisis de mantenimiento, incrementado así la tasa de mortalidad por encima del 20% anual (Alan et al., 2004).

Buscando estudios actuales, podemos evidenciar que la OPS (2021), realizó un estudio que abarca desde el año 2000 al 2019, en la cual nos menciona que en el 2019 la enfermedad renal es responsables de 254 028 defunciones, siendo 131 008 defunciones en varones y 123 020 defunciones en mujeres; mostrando a su vez que la tasa de mortalidad por enfermedad renal fue mayor en varones que en mujeres.

En lo que respecta a la presencia de la ER en América Latina, las cifras no difieren, mostrando que en México en el año 2005 contó con una población de 103.263.388 millones de habitantes, donde se estimó que para entonces los pacientes con ER eran 377 casos por millón de habitantes representando una prevalencia de 1.142, con un aproximado de 52.000 pacientes en terapia sustitutiva (Alan et al., 2010). Por otro lado, viendo las cifras del país vecino Argentina, se puede evidenciar que presentaron un aumento del 3.8% de pacientes sometidos a HD, presentándose como 615 pacientes por millón de habitantes esto entre los años 2004 y 2007 (Ministerio de Salud de la Nación Argentina [MNS], 2010). Por último, se puede observar que en el país de Colombia las cifras se mantienen, reportando un total de 178.802 casos nuevos de ERC para el año 2019, de los cuales 100.540 se encontraban en el estadio I y II (56.2%), por otro lado en el estadio III mostró un incremento de 8.1% en comparación al 2018 al igual que en el estadio IV y V con un ,4% y 2.2% correspondientemente, llegando a evidenciar que el

43% de la población detectada fue en los estadios IV o V (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2019).

Realizando un contraste al nivel nacional se puede evidenciar que según el Ministerio de Salud (MINSA, 2016) se muestra un incremento en las atenciones de pacientes con IRC, mostrando un incremento de 4402 a 14 863 entre los años de 2002 al 2011, además de ser considerada la primera causa de atención externa en las regiones de Callao, Moquegua, Lima y Puno, constituyendo así uno de las 10 primeras causas de muerte en el país, siendo representado por el 3.3% de los decesos a nivel nacional. Por otro lado, se puede evidenciar que entre los años 2010 – 2017, se registraron 188 686 casos de ERC, de los cuales 99 122 (52.5%) corresponde a un grupo de personas mayores de 60 años, 68 091(36.1%) personas con edades entre 12 a 17 años y por último 3 889 (2.1%) un grupo de menores de 12 años; mostrando de esta manera un incremento de la prevalencia de ,5 a 1,5 por cada 1000 pacientes, señalando a su vez que los departamentos con mayor prevalencia fueron Tumbes (1519.6%), Ucayali (612,3%) y Piura (464,4%); mientras que los de mayor disminución fueron Apurímac (-19,3%) y Callao (-11,4%) (Herrera-Añazco et al., 2019).

A sí mismo, se puede evidenciar que el MINSA (2021) estimaba que para el año 2021, serían 3 060 794 millones de personas mayores de 18 años padecerían de una ERC desde estadio I a IV, pudiéndose comprobar estos datos con el estudio de Loza (2022), quién nos menciona que la cobertura a pacientes con una ERC ha sido de 2 037 millones en el 2015 por parte del MINSA, y por ESSALUD 10 030 millones en el mismo año, posteriormente, en el 2020 se obtuvo los datos de 5 984 millones pacientes atendidos por el MINSA, y por ESSALUD 11 638, a sí mismo en el 2021 se pudo evidenciar que 6 023 millones pacientes fueron atendidos por el MINSA y 12 525 millones por ESSALUD.

Revisando algunos estudios previos, podemos evidenciar que la ER ya ha sido investigada previamente, enfatizando a un nivel internacional podemos observar que Campoverde (2019) realizó un estudio en Ecuador, con el objetivo de describir los pensamientos automáticos con el grado de adherencia al tratamiento, en los adultos mayores con insuficiencia renal crónica, para el cual se empleó una metodología cuantitativa, de tipo descriptiva y no experimental. Para la recogida de datos se empleó el inventario de Pensamientos Automáticos y la escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, llegando a evidenciar que el 57% de la población presentan pensamientos automáticos dentro de la falacia de recompensa divina, el 10% de la población presento la falacia de razón, el 5% presento generalización, falacia de cambio y filtraje, el 4% presentó falacia de justicia, el 2% presento falacia de cambio y el 1% se caracterizó por personalización, razonamiento emocional.

Asimismo, Guadalupe (2020) realizó un estudio con el objetivo de relacionar la depresión con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica dentro del tratamiento de hemodiálisis en una institución de salud en el estado de Puebla – México, a través de la metodología descriptiva, correlacional, para la cual conto con una población de 72 pacientes con IRC, con edades entre los 18 años a los 65 años; la evaluación se realizó a través de Inventario de depresión de Beck y el cuestionario WHOKOL-BRE, llegando a obtener que el 61% de la población estuvo conformada por varones con una edad de entre 34 a 49 años, representado por el 50%, además se pudo identificar que el 37.5% presenta depresión mínima, el 41.7% presenta depresión leve y el 20.8% presenta depresión moderada.

De igual manera Gonzaga (2022) realizó un estudio en Ecuador, con el objetivo de encontrar la relación entre la variable Depresión y la variable Ansiedad, dentro de una muestra de pacientes con insuficiencia renal, para el cual optaron por un método de

estudio descriptivo correlacional, no experimental, con una muestra de 50 pacientes, conformada por 36 personas del sexo masculino y 14 personas del sexo femenino, durante este estudio se empleó la Escala de Ansiedad de Hamilton con el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), llegando a indicar que si existe una correlación entre las variables ansiedad y depresión.

Robles (2022) nos muestra en su estudio, el objetivo de asociar la depresión y el apego del tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica, en un hospital de Aguascalientes - México, con un estudio de observación, analítico y prospectivo, para el cual se empleó el inventario de depresión de Beck para medir depresión, por otro lado, se usó la escala de Morisky para medir adherencia al tratamiento; dentro de este estudio se pudo evidenciar que el 27.5% presenta depresión severa, mientras que el 24.5% presenta depresión leve y el 21.6% presenta depresión mínima.

A sí mismo, Pazmiño (2022), buscó determinar la influencia de la hemodiálisis en el estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica en una Clínica de la ciudad de Guayaquil en Ecuador, para el cual empleó un análisis descriptivo no experimental de modalidad cuali-cuantitativo, llevando a identificar que el 63% de la población fue masculina y el 37% fue femenina, a su vez, el 3.7% de la población tenía entre 25 a 32 años, 11.1% de 33 a 40 años, 7.4% de 41 a 48 años, 25.9% 49 a 56 años y el porcentaje mayor de 51.9% fue de 57 a 60 años, por otro lado, se pudo evidenciar 51.9% afirmaba presentar un estado de ánimo triste la mayoría del tiempo, a comparación del estado de ánimo de desamparo que fue del 7.4%, sentimiento de inutilidad el 11.1%, estado de ánimo pesimista 14.8%, estado de ánimo tranquilo 14.8%.

Por otro lado, al nivel nacional podemos evidenciar que Aponte (2018) buscó establecer los niveles de la variable ansiedad y la depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en una unidad renal del

Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco, 2017. Para el cual, se estableció el nivel descriptivo y método no experimental, contando con una muestra conformada por 23 paciente en tratamiento de hemodiálisis. Durante el estudio se empleó la escalas de ansiedad y depresión de Hamilton, llegando a obtener como resultados un porcentaje del 39.1% de ansiedad leve, 34.4% ansiedad moderada y el 26.1% ansiedad grave, por otro lado, se obtuvo el 39.1% de depresión grave, 30.4% depresión moderada y el 17.4% de depresión muy grave y muy leve.

Así mismo, Guillen y Ordoñez (2018) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los niveles de Depresión y Ansiedad en pacientes con tratamiento de hemodiálisis, para el cual se estableció un método de estudio para brindar resultados a los objetivos descriptivo, comparativo y correlacional, contando con una población de 101 pacientes en uno de los Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú. El muestreo fue de forma aleatoria, para el cual se empleó el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Obteniendo como resultado que el 61.4% de la población presenta puntaje de no depresivo, depresión leve 23.8% y depresión moderada 14.9%, en cuanto a la ansiedad se presenta que el 55.4% presenta niveles para una ansiedad mínima, en cuanto a ansiedad moderada o ansiedad marcada se evidencia que el 42.6% y ansiedad severa solo por el 2% de la población.

Por otro lado, Díaz y Solís (2019) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los niveles de ansiedad y de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V; además de identificar los niveles de ansiedad y depresión según sexo, edad y las características sociodemográficas usando un método de estudio de tipo no experimental – descriptivo, contando con una población de 70 pacientes mayores de los 18 años pertenecientes al hospital de la región de Lambayeque, se empleó el inventario de depresión de depresión de Beck, contando con una validez de .200 y confiabilidad de

.871 y el inventario de ansiedad de Beck con validez .200 y confiabilidad de .852, obteniendo que el 51% de la población presentó ansiedad leve, 11% presentó ansiedad moderada y el 4% presentó ansiedad grave, a su vez se encontró que el 36% obtuvo un nivel moderado, el 30% depresión leve y 10% depresión leve; al describir los niveles de ansiedad según sexo, se puede observar que el sexo femenino obtuvo la mayor frecuencia con el 30% en el nivel leve, a diferencia del sexo masculino el cual obtuvo el 21%, en el nivel leve, al describir la depresión según sexo, se pudo comprobar que el sexo femenino presenta un 27% en el nivel moderado, por otro lado, el sexo masculino, solo obtuvo el 17% de síntomas leve de depresión.

Belling (2019) pretendió delimitar si la ansiedad y la depresión tienen relación con la calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado. Para el cual se empleó un método de estudio de tipo descriptivo y correlacional de corte transversal. Para la toma de muestra se empleó el cuestionario SF-36 de calidad de vida y la escala de Beck para medir la depresión y la ansiedad, la muestra estuvo conformada por 51 pacientes pertenecientes al hospital Jorge Reátegui Delgado. Los resultados en cuanto a la significancia fueron de ( $p < .001$ ) y ( $p < .003$ ), para la ansiedad y depresión severa correspondientemente, por otro lado, se puede evidenciar que el nivel predominante en la ansiedad fue la ansiedad severa representada por el 37.25%, asimismo se puede evidenciar que el 43.14% presentó depresión moderada, el 11.76% presentó depresión leve, y el 3.92% presentó depresión severa.

Vento y Celis (2019), pretendieron estudiar los niveles de la ansiedad y la depresión en los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis de un hospital regional de Loreto, para el cual se empleó la escala de autoevaluación “Ansiedad y depresión de Zung”, evidenciando que el 40% de la población obtuvo un grado moderado de ansiedad y el 79% presentó depresión leve, por otro lado, se evidencio que los varones presentan

mayor incidencia a la ansiedad y depresión que las mujeres, además se puede mencionar que a mayor edad, mayor es el índices de ansiedad y depresión, siendo evidenciado en los pacientes con edades mayores a los 60 años, residentes del distrito de Iquitos y de estado civil soltero.

Cuba y Olivares (2021), en su investigación, pretendieron, describir el nivel de ansiedad en pacientes de un Centro de Diálisis de Lima Norte adscrita al Centro Nacional de Salud Renal - EsSalud. El nivel de investigación fue descriptiva, no experimental y de corte trasversal. Para el cual se contó con una muestra de 83 pacientes siendo conformada por 36 mujeres y 47 hombres. En cuanto al muestreo, se trabajó de tipo no probabilístico censal. Para la recogida de datos se empleó el inventario de Ansiedad Estado – Rasgo, llegando a identificar que el 53% de los la población presenta niveles alto de ansiedad, el 44% presenta niveles medio de ansiedad y el 3% presenta niveles bajo de ansiedad. Por otro lado, se puede evidenciar que el 58% de la población femenina presenta ansiedad estado, en un nivel alto y el 53% de la población masculina obtuvo un nivel medio de ansiedad. Por último, en cuanto, a la ansiedad rasgo, se puede evidenciar que el 50% de las mujeres obtienen niveles altos y el 53% de los varones niveles medio.

Por otro lado, buscando información más actualizada podemos encontrar el estudio de Toledo y Giovana (2023), quiénes plantearon determinar los niveles de depresión y ansiedad en los pacientes afiliados al SIS-FISSAL en tratamiento de hemodiálisis en Cajamarca. El tipo de investigación fue descriptivo, con corte trasversal, para el estudio se contó con una muestra de 73 pacientes. Para la recolección de datos se empleó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) de Zigmond y Snaith. Los resultados evidenciaron que el 52% de la población son varones, a su vez la edad prevalente fue de 56 a 70 años, en cuanto los resultados descriptivos se evidencian que el 33% de la población son convivientes, 95% de la población no trabajaban, y 5% de la

población son trabajadores independientes. Por otro lado, se evidencia que la mitad tienen de 1 a 2 años de tratamiento, asimismo se evidencia que la población presenta comorbilidades como la Diabetes e Hipertensión Arterial. Al analizar los niveles de depresión se puede observar que el 53% de la población presentó niveles de depresión significativa, el 27% de la población presenta niveles posibles de depresión, asimismo, el 33% de la población presenta niveles de posible ansiedad y el 23% de la población presenta niveles de ansiedad significativa.

Esta investigación, a similitud de las mostradas anteriormente, pretende conocer la relación que existe entre la Depresión y Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento de hemodiálisis o diálisis, esto debido a la comorbilidad presente dentro de estos pacientes.

Para seguir entendiendo mejor el comportamiento de estas variables, ahora se pasará a conocer el marco teórico que las respalda.

Es así que, la ER o también conocida como Insuficiencia Renal (IR) es un trastorno parcial o completo de las funciones renales, caracterizándose principalmente por la ausencia e incapacidad de poder excretar los productos residuales del agua, afectando de esta manera varios órganos internos, a su vez la ER se presenta en cinco estadios para medir la progresión de la enfermedad, siendo por lo general sus primeros estadios asintomáticos e irreversibles pasando de esta manera desapercibido por los pacientes, su evolución puede darse en cuestión de meses, aunque en la mayoría de los casos pueden pasar años para que se presente síntomas, estos estadios se clasifican de acuerdo con la velocidad del filtrado glomerular (Mercado-Martínez & Hernández-Ibarra, 2016).

**Tabla 1:**

*Clasificación de la enfermedad renal según la tasa de filtrado glomerular (TFG)*

Estadios	Descripción	TFG*
----------	-------------	------

I	Daño renal con TFG normal	>90+
II	Leve	60-89+
III	Moderado	30-59+
IV	Severo	15-29+
V	Fallo renal (diálisis)	<15+

Fuente: Mercado-Martínez & Hernández-Ibarra (2016). Crónica de la enfermedad renal Voces que viven y escuchan el padecimiento.

La IR tiene dos tipos, la Insuficiencia Renal Aguda (IRA) y la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), la IRA constituye a aun síndrome clínico potencialmente reversible, el cual está caracterizado por la disminución rápida de las funciones renales, provocando la retención de líquidos y productos nitrogenados, además de ser incapaz de mantener la homeostasis de líquidos y electrolitos dentro del organismo (Miyahira, 2003) por otra parte la IRC es el funcionamiento anormal de los riñones por un tiempo superior a los tres meses, generando un daño gradual e irreversible del órgano renal, frecuentemente esta enfermedad es detectada en su estadio terminal, necesitando un tratamiento sustitutivo o un trasplante renal (Ministerio de Salud de la Nación Argentina [MNS], 2010) por lo general se somete a los pacientes al tratamiento sustitutivo, siendo este el tratamiento de diálisis.

La diálisis es un procedimiento terapéutico por el cual se elimina las sustancias tóxicas presente dentro del organismo, las cuales el riñón no puede filtra debido a su baja tasa de filtrado glomerular, esta a su vez tiene dos tipos la Hemodiálisis (HD) y la Diálisis Peritoneal (DP) (Pereira-Rodríguez et al., 2017).

El tratamiento de HD consiste en someter a la persona a un proceso de dializar la sangre a través de una máquina, la cual se conecta desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador, el cual se encarga de filtra las toxinas de la sangre para después devolverla al organismo del paciente (Yoshio et al., 2012) este proceso puede durar aproximado de 4 horas, las cuales se realizan de 2 a 3 veces por semana, por otro

lado, la DP consiste en usar el recubrimiento abdominal (perineo) y una solución conocida como dializador, el cual absorberá los desechos y líquidos de la sangre por medio de esta membrana, esto por medio de un catéter el cual se introducirá previamente por la cavidad peritoneal, este proceso a diferencia de la HD se puede realizar de manera domiciliaria ya que se repite de 3 a 5 veces por día (Pereira-Rodríguez et al., 2017).

El proceso de hemodiálisis se caracteriza por dos momentos, pre-hemodiálisis y post-hemodiálisis, en la primera fase se realiza una serie de evaluación al paciente, para determinar el Acceso Vascular (AV) indicado, siendo este de tres tipos, la fístula arteriovenosa el cual es realizado por un cirujano quién conecta una arteria a una vena, generando de esta manera una fístula, este por lo general es realizado en el brazo y en muchas ocasiones se suele realizar dos a la vez, siendo a su vez el más seguro para las personas mayores debido a una menor posibilidad de infección o formación de coágulos; el segundo tipo es el injerto Arteriovenoso, el cual es empleado en personas con problemas en las venas, siendo introducido un tubo que conecta la vena con la arteria y de esta manera poder continuar con la hemodiálisis; por último el tercer tipo es el catéter, el cual consiste en insertar un tubo pequeño por la vena del cuello, pecho o pierna, este su mayoría se emplea en situaciones de emergencia, cuando el paciente no cuenta con un AV (Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales [NIDDK], 2018)

Viendo las variables a estudiar, podemos ver que la depresión a lo largo de los años ha sido estudiada en diversas poblaciones, llegando a identificar que este es un trastorno muy frecuente, calculando que afecta a un aproximado de 300 millones de personas al nivel mundial, además de considerarse que es la primera causa de discapacidad y morbilidad al nivel mundial, sin embargo, estos datos también mencionan que la población más afectada por este trastorno es la población femenina (OMS, 2020).

Asu vez la depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), es un trastorno muy frecuente caracterizado por la presencia permanente de la tristeza y la pérdida del interés o placer en las cosas, afectando diversas áreas de la persona, por otro lado, la depresión también puede ser definida como un síndrome en el cual interactúa de diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva, además se debe considerar las distorsiones cognitiva que esta presenta (Hollon & Beck, 1979, citado en García, 2009).

Sin embargo, si se estudia el término depresión se podrá observar que este término ha sido asociado anteriormente con el término melancolía, en donde una de las primeras propuestas para entenderla fue brindada por Hipócrates, esto dentro de su teoría de los cuatro humores estando generalmente asociada a la bilis negra, posteriormente en el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra depresión la cual fue compuesta por las palabras latinas “de” y “premere” los cuales mencionan (empujar u oprimir hacia abajo) posteriormente Richard Blackmore, habla de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía” para después Robert Whytt, relacione el término de “depresión mental” con “espíritu bajo”, hipocondría y melancolía (Korman & Sarudiansky, 2011).

Por otro lado, según la Undécima Clasificación Internacional De Enfermedades [CIE 11], describe que la depresión, se caracteriza por ser un estado de ánimo, caracterizado con, tristeza, pérdida de placer, sensación de vacío, acompañado por otros síntomas, conductuales, cognitivos o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad de la persona (OMS, 2019 /2021) que pueden presentarse como una disminución de la vitalidad en las personas, mostrándose con una reducción del nivel de actividades y cansancio exagerado, a su vez también se pueden presentar pérdida de confianza en uno mismo y sentimientos de inferioridad, presencia de ideas culposas y una perspectiva sobria sobre su futuro (OMS, 1995).

A su vez Rehm, (citado en Sanz, & Vázquez, 1995) nos menciona que la depresión es aprendida por la sociedad afectando de esta manera los procesos básicos que conforman el autocontrol, tales como la autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento, estas impedirían un buen ajuste o adaptación del individuo a un contexto cambiante. En otras palabras, este modelo presenta a la depresión como una consecuencia de la pérdida de un reforzador externo causando un déficit en las habilidades de autocontrol, éstas podrían deberse a una combinación de las circunstancias siguientes, primero por un déficit en las conductas de autoobservación, en donde la persona se enfoca más en los acontecimientos negativos que en los positivos, segundo por un déficit en las conductas de autoevaluación en donde la persona suele ponerse estándares muy rigurosos siendo difíciles de alcanzar y por último, un déficit en las conductas de autorreforzamiento en donde la persona se brinda más castigos que recompensas tras el cumplimiento de una actividad (Vázquez et al., 2019).

Otro enfoque teórico que representa a la depresión es la teoría de la desesperanza aprendida o también conocida como la indefensión aprendida, el cual es un modelo propuesto por Martín Seligman en donde hace referencia al estado de una persona en donde se siente indefensa o en situación donde la persona se comporta de manera pasiva siendo este aprendido a través de reiteradas situaciones adversas o estímulos negativos que por lo general son incontrolables (Sanz & Vázquez, 1995).

Esta dificultad se ha visto relacionado con la depresión y otros trastornos de la mente que lleva al individuo a reafirmarse en la idea de que no existe solución a sus problemas, pese a que el escenario real sea otro, sin embargo, este modelo no explicaba la baja autoestima, los sentimientos de culpa, la cronicidad y generalidad de los síntomas, y el estado de ánimo característicos de la depresión, es por ello que a este modelo se le complementa con el modelo atribucional, este propuesto por Abramson, Seligman y

Teasdale, donde señalan que para desencadenarse la depresión no solo se necesita que la persona sea expuesta a situaciones adversas, sino adicionalmente que la persona se vea a sí misma como la responsable de la incontrolabilidad, atribuyendo de esta manera los factores internos produciendo un descenso en la autoestima (Vázquez et al., 2019).

Por otro lado, el modelo que ha representado de manera más completa la depresión dentro de estos últimos 50 años, ha sido el modelo cognitivo de Beck, que incluso ha sido considerada para la presente investigación, como la definición conceptual para la depresión, el cual sugiere que los distintos síntomas depresivo son representados a un nivel afectivo, conductual y emocional es en base a una cognición negativa por parte del paciente, siendo este modelo diseñado a partir de observaciones clínicas sistemáticas e investigaciones experimentales, llegando a identificar de esta manera tres conceptos fundamentales como La Tríada Cognitiva, Los Esquemas, y Los Errores Cognitivos (Beck et al., 2010).

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos, el primero por la visión negativa del paciente de sí mismo, mostrándose de manera desgraciada, torpe, enfermo o con poco valor, esto se puede atribuir a las experiencias poco agradables que pudo haberse experimentado de manera psicológica, moral o físico, afectando de tal manera al individuo llegando a considerarse inútil o de poco valor; el segundo componente se centra en la interpretación de las experiencias vividas de una manera negativa, considerándose como obstáculos o de demandas exageradas para alcanzar sus objetivos, por último, el tercer componente es la visión negativa sobre el futuro, determinadas por frustraciones y privaciones en cuanto al futuro o cumplimiento de una tarea determinada, considerando de manera evidente el fracaso (Beck et al., 2010).

Por otro lado, los esquemas hacen referencia a los patrones cognitivos para interpretar la realidad, haciendo referencia a las actitudes que los individuos realizan para

mantener el cuadro depresivo, estos patrones determinan el modo de estructuración de las experiencias percibidas por los individuos, en otras palabras los esquemas no son nada más que los pensamientos automáticos como respuesta ante una actitud, esta puede estar representada por un diálogo interno, pensamiento o imagen, siendo éstas consideradas como afirmaciones verdades y no distorsionadas (Beck et al., 2010).

Por último, las distorsiones cognitivas o errores cognitivos, hacen referencias a los erros que se comete en el procesamiento de la información, considerándolo como sesgo de la información las cuales permiten al individuo la validez de sus creencias, alguna de estas distorsiones suelen ser: inferencia arbitraria que consiste en sacar conclusiones a una situación que no está apoyada por hecho, segundo, abstracción selectiva es en donde solo se presta atención a un detalle o un aspecto de la situación, tercero, generalización excesiva en el cual brindamos una respuesta general en base a un hecho aislado; cuarto, maximización y minimización es la tendencia a exagerar lo negativos de una situación y a minimizar el positivo; quinto, personalización que es la susceptibilidad de hacer referencias a la costumbre de relacionar los hechos del entorno con uno mismo y por último, el pensamiento absolutista, dicotómico brindado por medio de este una valoración de bueno o malo (Beck et al., 2010).

Por otro lado, si se observa a la variable ansiedad, podemos evidenciar que esta ha afectado a un aproximado de 260 millones de personas en el mundo (OMS, 2017) mostrándose que la ansiedad es un estado emocional displacentero por el cual se presenta tanto síntomas somáticos y psíquicos, la cuales pueden afectar las funciones adaptativas las personas; dentro de los síntomas somáticos se puede encontrar los siguientes, sudoración, mareos, palpitaciones, aumento de la tensión muscular, taquicardia, temblores, entre otros, por otro lado, los síntomas psíquicos que el paciente puede presentar son intranquilidad, inquietud, nerviosismos, preocupación excesiva, miedos

irracionales y deseos de huir, viendo de que esta manera la ansiedad afecta los procesos mentales del paciente, causándole distorsiones de la realidad, el entorno y de sí mismo, afectando la capacidad de análisis y la funcionalidad del paciente (Guía de Práctica clínica, 2010).

Asimismo, se puede evidenciar que el CIE 11, menciona que la ansiedad está relacionada directamente con el miedo, caracterizándose por la presencia del miedo y preocupación excesiva, generando problemas en el comportamiento de las personas, caracterizadas por síntomas capaces de provocar un malestar en el funcionamiento de la personas, el malestar se puede evidenciar en las áreas personal, familiar, social e incluso educativo, además, se puede observar que la ansiedad está orientada hacia la preocupación del futuro, refiriéndose a las posibles amenaza de manera anticipada (OMS, 2019 /2021).

Si se revisa la literatura sobre la ansiedad podremos ver diversas conceptualizaciones que ha recibido desde distintas escuelas psicológicas, si nos ponemos a revisar desde la escuela psicoanalítica, podemos evidenciar que el concepto de ansiedad fue dado por Freud, quien lo describió como un estado afectivo desagradable, con presencia de sentimientos desagradables, aprensión, pensamientos molestos y cambios fisiológico, asociados a una activación automática, además se le atribuyo elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, siendo el primero el más importante a considerar (Sierra et al., 2003).

Freud logro identificar tres teorías sobre la ansiedad, la primera, es denominada la ansiedad real, el cual hace referencia a la relación que establece el yo y el mundo real o exterior, siendo presentado como un aviso de un peligro real presente en el ambiente, el segundo, es la ansiedad neurótica, el cual es representado como una señal de peligro, en base de los impulsos reprimidos por la persona, siendo esta, considerada la base de todas

las neurosis, el tercero, es la ansiedad moral, siendo considerada como la vergüenza, según el gráfico psicoanalítico sería la amenaza del super yo a la persona, sobre la posibilidad del que el yo pierda el control sobre los impulsos reprimidos (Sierra et al., 2003).

Por otro lado, el enfoque experimental, se puede evidenciar que la ansiedad fue relacionada como parte del proceso de aprendizaje, siendo evidenciado en el trabajo de Skinner, quién examinó la relación entre el comportamiento y el ambiente al que está expuesto un sujeto, llegando a evidenciar que ciertos procesos o acciones permiten mantener una conducta en función a sus consecuencias, tal como lo define el condicionamiento instrumental, afirmando que la conducta puede ser controlada gracias las consecuencias inmediatas como los reforzadores positivos o negativos, sin embargo, cuando se consideran los reforzadores negativos, se puede observar que no se suprime la conducta emocional, sino se genera una nueva conducta que previene o gestiona la consecuencia aversiva, entendiendo así la ansiedad como una respuesta emocional que se ve reforzada negativamente por la conducta de evitación dirigidas en la prevención y el control de la aversión (Díaz, 2019).

Si se sigue revisando, en esta ocasión por autores, se puede evidenciar que la ansiedad también ha tenido una representación teórica por parte de Mishel, en su teoría de la incertidumbre quién define a la incertidumbre como una incapacidad para precisar el significado de los hechos o sucesos que guardan relación con la enfermedad, además de aparecer cuando la persona no es capaz de darle valores definidos o significativos, evidenciándose como la incapacidad de delimitar con exactitud los posibles resultados, esto a causa de la falta de estrategias suficientes, conllevando a una interpretación subjetiva o parcial de la enfermedad, tratamientos u hospitalización, esta incertidumbre

puede llegar a causar estrés y limitar la capacidad de afrontamiento del individuo provocando reacciones fisiológicas (Torrents et al., 2013).

Por otro lado, se puede evidenciar la teoría del triple sistema de respuesta de la ansiedad, teoría brindada por Lang, quién nos menciona que la ansiedad no ocurre solo al nivel del pensamiento, si no que corresponde a procesos internos y externos, siendo evidentes al nivel, fisiológico, cognitivo y conductual, sin embargo, estos tres niveles no guardan una relación entre sí, demostrando una contraposición a la teoría unidimensional, el cual mencionaba que la ansiedad se podía presentar o evidenciar en un solo sistema o concepto, modificando el constructo de la ansiedad, siendo esta manifestada en un sistema triple de respuesta, en otras palabras, se puede decir que la ansiedad tiene tres componentes fisiológicos, cognitivos y motores (Martínez-Monteagudo et al., 2012)

A su vez Rojas (2014), presenta a la ansiedad es un estado de temor, ante algo vago o difuso, siendo este impreciso, causando un estado de alarma en la persona ocasionando un sentimiento de inseguridad; este estado no se presenta como un fenómeno unitario, ya que cuenta con cuatro componentes, siendo estos las respuestas físicas, tales como la taquicardia, dificultad respiratoria entre otros, segundo, las respuestas de conducta como la contracción muscular, temblores, parálisis motora e inquietud, tercero, tenemos las respuestas cognitivas representados por la inquietud mental, miedos, temores y preocupaciones, por último, tenemos las respuestas sociales o asertivas, las cuales hacen referencia al contacto interpersonal, tal como problemas para iniciar una comunicación, dificultad de decir no y bloqueo de las relaciones sociales.

Sin embargo, si se vuelve a revisar según los enfoques, podemos evidenciar que el enfoque cognitivo, tiene un modelo que define la ansiedad de forma completa, este modelo es propuesto por Beck el cual se empleará como definición conceptual para la variable ansiedad, siendo considerada como la percepción del peligro, que surge tras una

evaluación exagerada e inapropiada de la vulnerabilidad del individuo, debido a un procesamiento defectuoso de la información que considera como amenazas situaciones neutrales (Clark & Beck, 2012).

Este modelo a su vez se maneja bajo distintos principios básicos, derivadas de la perspectiva cognitiva, tales como la valoración exagerada de la amenaza en donde la persona altera su atención para direccionar la situación como una amenaza o peligro real, segundo, tenemos la mayor indefensión, la cual es una evaluación incorrecta sobre los recursos de afrontamiento de la persona, tercero, procesamientos inhibidos de la información referente a la seguridad, en donde la persona restringen las señales de seguridad de la situación, agravando la amenaza percibido, cuarto, deterioro del pensamiento reflexivo o constructivo en donde el individuo realiza de manera ineficaz el razonamiento lógico para disminuir la ansiedad, quinto, procesamiento automático y estratégico, en donde estos procesos responden de manera involuntaria ante la ansiedad, sexto, proceso auto-perpetuantes, en donde se comienza un círculo vicioso con las señales y síntomas de la ansiedad, penúltimo, la primacía cognitiva el cual es la valoración de las amenazas y la vulnerabilidad de la persona, en donde se amplía las situaciones de amenazas llegando a malinterpretar ciertas situación y estímulos, por último, la vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad en donde se ve la susceptibilidad a la ansiedad por parte de las personas (Clark & Beck, 2012).

Por último, se dará a conocer las definiciones para la variable ansiedad y depresión según el autor de la prueba HAD, quienes mencionan que la depresión es una afección que afecta fundamentalmente el estado de ánimo, el cual es presentado como pérdida de interés en actividades habituales o incapacidad para experimentar placer y la presencia de pensamientos pesimistas; es decir, se asocia a la escasas de satisfacción en las actividades cotidianas; por otro lado, la ansiedad es definida como el estado que atraviesa una persona

en donde puede sentir inquietud, terror o preocupación ante una situación clara, presentando como síntomas la tensión muscular y nerviosismo o temblores que puede expresar una persona ante una situación de amenaza o supuesta amenaza (Zigmond & Snaith; 1983).

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación que existe entre la Depresión y Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuál es la descripción de la depresión en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?

¿Cuál es la descripción de la ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?

¿Cuál es la descripción de la depresión según género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?

¿Cuál es la descripción de la ansiedad según género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?

¿Cuál es la descripción de la depresión según el estado civil en los pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?

¿Cuál es la descripción de la ansiedad según el estado civil en los pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?

¿Cuáles son las diferencias de la depresión según el género de los pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?

¿Cuáles son las diferencias de la ansiedad según el género de los pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?

¿Cuáles son las diferencias de la depresión según el tiempo de tratamiento sometidos en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?

¿Cuáles en la diferencia de la ansiedad según el tiempo de tratamiento sometidos en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general:**

Conocer la relación entre la Depresión y la Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

#### **1.3.2. Objetivos específicos:**

Describir la Depresión en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

Describir la Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

Describir la depresión según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

Describir la ansiedad según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

Describir la depresión según el estado civil en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

Describir la ansiedad según el estado civil en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

Encontrar la diferencia de la depresión según género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

Encontrar la diferencia de la ansiedad según género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

Encontrar la diferencia de la depresión según el tiempo de tratamiento sometido en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

Encontrar la diferencia de la ansiedad según el tiempo de tratamiento sometido en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

#### **1.4. Hipótesis**

##### **1.4.1. Hipótesis general:**

Sí existe relación entre la Depresión y Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

##### **1.4.2. Hipótesis específicas:**

La Depresión en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, se estima que será alta o un nivel de caso clínico.

La Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, se estima que será alta o un nivel de caso clínico.

La depresión según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, se estima que es alto o caso clínico, para la población femenina.

La ansiedad según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, se estima que es un nivel alto o caso clínico, para la población femenina.

La depresión según el estado civil en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, se estima que moderado o caso dudoso para la población casado.

La ansiedad según el estado civil en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, se estima que moderado o caso dudoso para la población casado.

Sí hay diferencia de la depresión según género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

Sí hay diferencia de la ansiedad según género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

Sí hay diferencias de la depresión según el tiempo de tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

Sí hay diferencias de la ansiedad según el tiempo de tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.

El presente trabajo se justifica de forma teórica, con el fin de entender la problemática que presenta la población hospitalaria con insuficiencia renal crónica, además de poder servir como precedente para futuras investigaciones que estudien las variables ansiedad y depresión de manera correlacional en una población hospitalaria como son los pacientes en tratamiento sustitutivo renal. La justificación práctica y social hace referencia, a encontrar evidencia que relacione la variable ansiedad y la variable depresión en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal, puesto que esta relación puede influir en el bienestar emocional de los pacientes, afectando de manera directa la perspectiva hacia el tratamiento o la calidad de vida, por otro lado, el presente trabajo busca actualizar la información con respecto a la ansiedad y la depresión en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal, pretendiendo brindar actualización científica con el fin de propiciar la creación de programas de prevención o intervención para contrarrestar la presencia de estas sintomatología ansiógena y/o depresiva, asimismo se pretende dar información a las familias como fuente principal de apoyo a los pacientes en tratamiento sustitutivo renal.

## **CAPÍTULO II. METODOLOGÍA**

### **2.1. Nivel de investigación**

La presente investigación corresponde a un enfoque correlacional debido a que pretende dar a conocer el grado de asociación o la relación que puede existir entre dos o más conceptos, categorías o variables, pero a su vez, la presente investigación tiene objetivos comparativos y otros descriptivos (Hernández et al., 2010).

### **2.2. Diseño de investigación**

La investigación cuenta con un diseño de corte transversal siendo este caracterizado por que todas las mediciones se realizan en una sola ocasión, motivo por el cual no existe periodo de seguimiento o control, en otras palabras, este estudio se realizó en un momento determinado de la evolución de la enfermedad o evento de interés (Manterola et al., 2019), además el estudio es de tipo no experimental, debido a la recolección de datos dentro de un contexto natural, sin controlar o interferir en la respuesta de la muestra (Monje, 2011).

### **2.3. Tipo de investigación**

El tipo de investigación del presente estudio es de tipo cuantitativo, debido a estar centrado en la obtención de datos o información a través de herramientas como cuestionarios, encuestas o entrevistas semiestructuradas, para un análisis posterior de dichos datos obtenidos, en su gran mayoría el análisis se realiza por medio de estadístico que facilitan la investigación (Monje, 2011).

## **2.4. Muestra y población**

La población a estudiar está conformada por pacientes sometidos a un tratamiento sustitutivo renal de manera ambulatoria, para ello se estableció dos centros descentralizados de la ciudad de Lima, exactamente en el distrito de Ate, el primero cuenta con una población de 80 pacientes que son atendidos con algún tipo de tratamiento sustitutivo renal, el cual abarca la hemodiálisis y la diálisis, por otro lado, el segundo, centro de atención renal, cuenta con una población de 60 pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis únicamente.

La muestra evaluada fue un total de 86 personas teniendo en cuenta la población de los dos centros hospitalarios, el tipo de muestra que se realizó fue no probabilística, con un tipo de muestreo por conveniencia, el cual nos hace referencia a la selección de aquellos casos accesibles para la investigación, siendo fundamentado en la conveniencia, accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Otzen & Manterola, 2017). Por tal motivo se considera de manera fundamental los criterios de inclusión y de exclusión, para la selección de la muestra.

### **2.4.3. Criterio de inclusión**

Los criterios de inclusión que se han tomado en cuenta en la presente investigación son:

- Pacientes pertenecientes al tratamiento sustitutivo renal, de la ciudad de Lima.
- Pacientes sometidos al tratamiento sustitutivo renal entre las edades de 17 años hasta los 60 años.
- Pacientes pertenecientes a alguno de los dos centros descentralizados de salud en la ciudad de Lima.

- Pacientes sometidos al tratamiento sustitutivo renal que acepten el consentimiento informado.

#### **2.4.4. Criterio de exclusión**

Los criterios de exclusión que se han tomado en cuenta en la presente investigación son:

- Pacientes pertenecientes con tratamiento sustitutivo renal no perteneciente a la ciudad de Lima.
- Pacientes sometidos al tratamiento sustitutivo renal mayores de 60 años.
- Pacientes sometidos al tratamiento sustitutivo renal menores de 17 años.
- Pacientes sometidos al tratamiento sustitutivo renal, pertenecientes a otros centros de salud que no sean los dos centros descentralizados en la ciudad de Lima.

#### **2.5. Análisis estadístico**

El procedimiento estadístico estuvo constituido en cuatro partes, la primera parte consiste en analizar los resultados psicométricos, comenzando por la validez de la prueba HAD, la cual fue sometida a la validez de contenido, por medio de la revisión de cinco jueces llegando a obtener puntajes superiores del ,50 en el estadístico V de Aiken, indicando un puntaje valido para su análisis, además se sometió a la aplicación de una muestra piloto, conformada por cinco personas, con el fin de identificar si los enunciados del test se logran comprender, llegando a obtener puntajes positivos; posteriormente se procedió a realizar la validez de proceso de respuesta, con el fin de contar con una base de datos óptimos, llegando evidenciar la ausencia de aquiescencia y disaquiescencia; por último, se procedió a realizar la validez de estructura interna con el fin de reportar los

indicadores de pertenencia de la validez, llegando a evidenciar un puntaje de P-valor de  $<,001$ , para la prueba esférica de Barlett, el cual indica que es un puntaje favorable para realizar el análisis factorial, consecutivamente se procedió a analizar el KMO, obteniendo un puntaje de ,905; la segunda parte hace referencia al análisis de confiabilidad para el cual se usó el estadístico Alfa de Cronbach y Omega de Mc Donald, los cuales se realizaron por medio del programa estadístico Jamovi versión 1.6.23, llegando a obtener puntajes de ,913 para el Alfa de Cronbach y 9,17 para el Omega de MC Donald; la tercera parte hace referencia al análisis descriptivo, la cual se realizó por medio del programa IBM SPSS de la versión 27, permitiendo obtener frecuencias, porcentajes, máximos y mínimo; por último, la cuarta parte hace referencia al análisis inferencial, para el cual se empleó estadísticos paramétricos y no paramétricos, para dar solución a los objetivos planteados principalmente.

## 2.6. Instrumento de medición

Ficha Técnica La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)

Nombre : Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Autor : Zigmond & Snaith

Año y procedencia : 1983, Inglaterra

Duración del cuestionario : Autoaplicable 10 min

Validez : Validez de contenido superiores a ,80; KMO ,773; Prueba de esfericidad de Bartlett ,000

Confiabilidad : Escala general ,873; Escala depresión ,853; Escala ansiedad ,729; (Patilla, 2018)

Adaptación peruana : Patilla

Año de adaptación : 2018

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) fue elaborado por Zigmond & Snaith (1983) con el propósito de medir la ansiedad y depresión en pacientes hospitalarios y psiquiátricos, con la finalidad que la prueba sea auto aplicable, se diseñó 14 ítems, los cuales sean de fácil resolución mientras se esperaba su turno de atención.

De esta manera, la escala consta de dos subescalas, la primera mide la ansiedad, que se caracteriza por que los sujetos sufren o están constantemente preocupados, tensos o tienen una situación aterradora; por otro lado, la subescala de depresión, mide la "anhedonia", un estado que se caracteriza por ideas pesimistas, pérdida de interés en las actividades diarias o incapacidad para sentir placer, en otras palabras, se asocia con una falta de satisfacción con las actividades realizadas (Zigmond y Snaith, 1983, citados por López-Roig et al., 2000).

Asimismo, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, tuvo validez de contenido por el criterio de 5 jueces expertos aplicando el estadístico V Aiken, teniendo cada ítem un valor mayor a 80, indicando validez de contenido para la escala (Patilla, 2018). Posteriormente, se intentó determinar la validez de constructo mediante análisis factorial aplicando la medida de adecuación maestra de Kaiser-Meyer-Oilin (KMO) y la prueba esférica de Bartlett, logrando valores superiores a .30, logrando conservar la distribución de los 14 ítems entre los factores indicados, presentando valores discriminantes entre muestras y contribuye a la coherencia interna de las muestras (Patilla, 2018).

Para obtener la confiabilidad de la escala HAD, se realizó la prueba de correlación ítem-test corregida y a través del coeficiente de confiabilidad por consistencia interna expresado por el coeficiente alfa de Cronbach, los resultados para el análisis ítem-test fueron entre 378 y 680, datos superiores a 20 para ser confiables, adicionalmente para determinar el coeficiente alfa de Cronbach se obtuvo un valor de .729 para la escala de ansiedad y .853 para la escala depresión, por último se obtuvo un valor .873 para la escala total (Patilla, 2018).

## **2.7. Procedimiento**

El procedimiento a emplearse dentro de esta investigación consistió en siete pasos, siendo el primero la búsqueda intensiva de investigación recientes, en la cual se realizó un análisis sistemático de la información científica sobre la depresión y la ansiedad en pacientes con tratamiento de hemodiálisis, la cual fue muy enriquecedora, ya que permitió ver distintas cifras a nivel mundial y nacional sobre la depresión y la ansiedad en pacientes con hemodiálisis, asimismo, se procedió a determinación de la muestra, para la cual se reviso la prevalencia de los casos de atenciones determinando que la región de Lima presenta un incremento de casos de atención en tratamiento sustitutorio renal.

El segundo paso hace referencia a la determinación de la prueba o instrumento a emplearse en el análisis, para la cual se pretendió buscar un instrumento que mida de manera directa las variables ansiedad y depresión en una muestra hospitalario o médica, llegando a identificar al instrumento HAD como el más viable para el desarrollo del estudio, debido a que fue diseñada para trabajar en pacientes hospitalarios además de contar con una adaptación a la población peruana y más aún a una muestra clínica parecida a la muestra que se pretende medir

El tercer paso, consistió en someter al instrumento HAD a un análisis psicométrico con el fin de determinar los niveles de validez y confiabilidad necesarios para reconocer el nivel de precisión y de evidencia del instrumento a emplearse en la investigación, llegando a obtener puntajes óptimos tanto en la validez como en la confiabilidad. El cuarto paso, estuvo conformado por la creación virtual de la escala HAD, en un primer momento para la aplicación de la prueba piloto y posteriormente para la aplicación de forma masiva, para el cual se empleó un cuestionario de Google Forms.

El quinto paso consistió en la aplicación de forma masiva del instrumento para la población seleccionada; para realizar la aplicación de la muestra, primero se comenzó a determinar los dos centros de salud descentralizado a los cuales se aplicaría las escalas, posteriormente se conversó con los doctores nefrólogos encargados de las atenciones y la supervisión del tratamiento que reciben los pacientes, la conversación consistió en determinar la finalidad de la prueba y la forma de la aplicación de la misma; debido al tiempo de pandemia por la Covid 19 y la vulnerabilidad de los pacientes se acordó que la toma de la escala HAD se realizaría de manera virtual, por medio de un formulario de Google Forms, que fue facilitado por los doctores a los pacientes mientras ellos reciben el tratamiento de hemodiálisis o diálisis, tras la aplicación de la escala se procedió a brindar los resultados obtenidos por medio de la escala HAD al personal de salud de los centros descentralizados y a los pacientes que solicitaron saber sobre su estado anímico, es necesario mencionar que ningún paciente fue obligado a responder el cuestionario.

El sexto paso consistió en el análisis descriptivo e inferencial de los resultados obtenidos, comenzando con describir cada uno de los objetivos plateados, para continuar con los objetivos comparativo, para el cual se empleó estadísticos paramétricos en la

mayoría de los objetivos a excepción de uno, el cual se respondió en base a los estadísticos no paramétricos, impidiendo su generalización de los resultados.

Por último, el séptimo paso hace referencia a la ejecución de la discusión, conclusiones y recomendaciones pertinentes, comenzando con la discusión al poder comparar los resultados obtenidos con estudios previos o en su defecto discrepar con ello, asimismo se pretendió dar fundamento teórico para la justificación de los resultados obtenidos, llegando a identificar diversos autores y teorías que justifican cada uno de los resultados obtenidos. Asimismo, se procedió a dar las conclusiones obtenidas y las recomendaciones, además de indicar las implicancias y limitación que se presentaron en el desarrollo de la investigación.

De acuerdo con este procedimiento se empleó el desarrollo de la investigación propuesta.

## **2.8. Aspectos éticos**

De acuerdo con los principios éticos establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2011), nos menciona que un consentimiento informado debe de cumplir con 18 criterios siendo estos los siguientes criterios:

1. Introducción
2. Propósito
3. Tipo de investigación
4. Selección de participantes
5. Participación voluntaria
6. Procedimiento y protocolo
7. Descripción del proceso

8. Duración
9. Efectos secundarios
10. Riesgo
11. Molestias
12. Beneficios
13. Incentivos
14. Confidencialidad
15. Compartir resultados
16. Derecho a negarse
17. Alternativa de participación
18. A quién contactar

De los cuales, se plantearon los criterios 1, 2, 3, 5, 8 y 16, siendo considerados como importantes e indispensables para el trabajo, adicionalmente también se tuvo en consideración el código de ética del Colegio de Psicólogos (2017), en el cual se respetó la normativa nacional e internacional, además brindar un consentimiento informado para la autorización del empleo del instrumento en la persona, por último, se tuvo en cuenta el cumplimiento de las instrucciones del propio instrumento, el cual nos asegura el cumplimiento del instrumento.

Finalmente, otro documento importante en el que se basó este estudio fue el Código de Ética del Investigador Científico UPN (2016) el cual menciona los deberes de los investigadores, correspondiente al respeto de la autonomía, responsabilidad, sobre el respeto a la propiedad intelectual o propiedad de datos, Normatividad, sobre conocer y cumplir la normativa institucional y nacional; adicionalmente se considera la política anti plagio y/o resguardo de los derechos de los involucrados, demostrando la originalidad,

determinación del porcentaje de similitud y el proceso de descargo ante un posible caso de plagio.

## CAPÍTULO III: RESULTADOS

### 3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

A continuación, procederemos a analizar cada variable sociodemográfica que este estudio considero necesario, el estudio se realizará a través del análisis descriptivo, limitándolo a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en uno o más fenómenos sin pretender establecer una relación causal con otros factores. (Veiga et al., 2008).

Para las variables cualitativas, se procederán a identificar estadísticos tales como frecuencias y porcentajes.

**Tabla 2:**

*Tabla descriptiva para la variable edad*

	N	Estadístico	Mín	Máx	Suma	Media Estadístico	Desv. Desviación Estadístico	Varianza Estadístico	Asimetría		Curtosis	
									Estadístico	Desv. Error	Estadístico	Desv. Error
Edad:	86		17	60	2993	34,80	9,157	83,855	,644	,260	,440	,514
N válido	86											

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27

En la tabla 2 se puede apreciar el rango de edades en la cual se encuentra la muestra, teniendo como edad mínima 17 años y la máxima edad reportada es de 60 años, conformando en total un grupo que tiene como edad media 35 años, con una desviación estándar de 9 años, lo que indica que la zona normal para la edad estaría conformada entre 17 a 53 años. Finalmente, la asimetría fue simétrica, ya que el valor se encuentra comprendido entre -1.5 y +1.5; (Prieto y Delgado; 2010); y, por otro lado, la curtosis es mesocúrtica, ya que el valor obtenido también estuvo comprendido entre -1.5 y +1.5.

Para las siguientes variables como género, estado civil, nivel educativo, situación laboral, tiempo de tratamiento, tipo de tratamiento y otras afecciones médicas, se optó por presentar una tabla general en la cual se describirá de manera detallada los datos obtenidos por frecuencias y porcentajes.

**Tabla 3:**

*Tabla descriptiva por grupos*

Variable	Grupos	Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	31	36,0
	Femenino	55	64,0
Estado civil	Soltero (a)	33	38,4
	Casado (a)	41	47,7
	Separado (a) - Divorciado (a)	10	11,6
	Viudo (a)	2	2,3
Nivel educativo	Primaria	3	3,5
	Secundaria	16	18,6
	Técnica	24	27,9
	Superior	43	50,0
Situación laboral	Activo	31	36,0
	Ama de casa	14	16,3
	En desempleo	12	14,0
	Incapacidad laboral temporal	16	18,6
	Incapacidad laboral permanente	8	9,3
	Jubilado (a)	5	5,8
Tiempo de tratamiento	Menos de 2 años de tratamiento	47	54,7
	Más de 2 años de tratamiento	39	45,3
Tipo de tratamiento	Cánula	29	33,7
	Fistula	18	20,9
	Peritoneal	39	45,3
Otra afección medica	Si	40	46,5
	No	46	53,5

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27

Con respecto a la variable género, se puede apreciar en la tabla anterior, contó con un total de 86 adultos, dentro de los cuales 31 participantes fueron masculinos con un porcentaje de 36% y 55 participantes femeninos con un porcentaje de 64%, conformando el total de 86 adultos que conforman el 100% de la muestra estudiada.

Con respecto a la variable estado civil, se puede evidenciar que la frecuencia obtenida fue de 33 para el estado soltero conformado por el 38,4% de personas, 41

personas casadas con un 47,7%, 10 personas son separados o divorciados representados por el 11,6% y 2 personas son viudas representado por el 2,3%, conformando así el 100% de la población.

En lo que respecta a la variable nivel educativo, se puede evidenciar la frecuencia o cantidad de las personas con respecto a los niveles de educación, en el nivel de primaria se puede observar que está representado por 3 personas siendo el 3,5% de la población, en secundaria se encuentran 16 personas con el 18,6%, en el nivel técnico se encuentran 24 personas con el 27,9% de la población y en el nivel superior se encuentran 43 personas siendo el 50% de la población total.

En el caso de la variable de situación laboral, se puede evidenciar el porcentaje y la frecuencia de personas con respecto a la variable de situación laboral, se pudo evidenciar que 31 personas se encuentran activas laboralmente, 14 personas son amas de casas, 12 personas se encuentran en desempleo, 16 personas se encuentran incapacitados laboralmente de manera temporal, por otro lado 8 personas se encuentran incapacitados laboralmente de manera permanente y por último 5 personas son jubiladas, llegando a conformar un total de 86 personas encuestadas.

Con respecto a la variable de tiempo de tratamiento, se puede evidenciar que el 54,7% de la población presenta un tratamiento sustitutivo renal menor a dos años y el 45,3% de la población presenta tratamiento sustitutivo renal mayor a dos años.

En cuanto a la variable de tipo de tratamiento sustitutivo renal, se puede evidenciar los porcentajes para la variable de tipo de tratamiento sustitutivo renal, evidenciando que se presenta 33,7% personas con tratamiento a través de cánula, 20,9% personas que

reciben tratamiento a través de la fistula y 45,3% personas que reciben tratamiento a través de la diálisis peritoneal.

En cuanto a la variable si se presenta otra afección médica, se puede observar la frecuencia para la variable si el paciente presenta otra afección médica aparte de la insuficiencia renal, evidenciando que 40 personas si presenta otras afecciones médicas siendo representadas por el 46,5% de la población y por lo contrario 46 personas no presentan ninguna afección médica siendo este el 53,5% de la población.

### **3.2. ANÁLISIS INFERENCIAL**

A continuación, se procede a realizar el análisis inferencial el cual consiste en la estimación de parámetros y la confirmación o negación de las hipótesis, además mediante este análisis se puede estimar los atributos de la población, probando la relación entre las variables lo cual nos permitirá hacer inferencias o generalizar las respuestas (Juárez et al., 2002).

Ahora se procederá a dar respuesta a los objetivos planteados dentro de esta investigación, por lo cual se comenzará con el objetivo general de la investigación, en el cual nos menciona conocer la relación entre la depresión y la ansiedad en pacientes adultos sometidos a tratamientos sustitutivos renal. Para ello primero se debe analizar la normalidad, ya que a partir de este análisis se procederá a determinar el uso del estadístico paramétrico o no paramétrico. En este caso, la presente investigación cuenta con una base de datos superior a 50 casos, por lo que se analizará con el estadístico Kolmogorov-Smirnov, tal como se muestra en la tabla siguiente.

**Tabla 4:**  
*Pruebas de normalidad de la variable ansiedad y depresión*  
 Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup>

VARIABLES	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad	,076	86	,200*
Depresión	,092	86	,067

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27

Como se aprecia en la tabla 4, la variable Ansiedad y Depresión tienen significaciones por encima del ,05, lo que indica que ambas variables son normales, es decir a nivel general se analizará con estadísticos paramétricos, los cuales nos permitirán generalizar los resultados obtenidos en la investigación, por tal motivo se hará uso del estadístico R de Pearson.

Ahora se procederá a aplicar el R de Pearson para comprobar la relación entre las variables depresión y ansiedad, además de identificar el coeficiente de correlación entre las variables.

**Tabla 5:**  
*Correlaciones de la variable Ansiedad y Depresión*

		Depresión
Ansiedad	Correlación de Pearson	,751**
	Sig. (bilateral)	,001
	N	86

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

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27

Tal como se puede apreciar en la tabla 5, se puede evidenciar que la investigación cuenta con una significancia de .001, siendo este valor menor a .05, evidenciando que, si existe correlación entre las variables Depresión y Ansiedad, lo cual hace referencia a la aceptación de la hipótesis principal de la investigación. Asimismo, se evidencia un nivel

de correlación de ,751, haciendo énfasis a una correlación alta positiva, es decir a mayor ansiedad mayor depresión.

Por otro lado, se pasa a analizar los objetivos específicos planteados para esta investigación, comenzando por el objetivo descriptivo que nos pide describir la depresión en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, para el cual se obtuvo los siguientes resultados.

**Tabla 6:**  
*Tabla de frecuencias para la variable depresión.*

		Frecuencia	Porcentaje
Depresión	Normal	2	2,3
	Dudoso	18	20,9
	Caso clínico	66	76,7
	Total	86	100,0

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27

Como se aprecia en la tabla 6, se encontró que en el estudio hay más personas que presentan depresión como caso clínico, siendo esto reflejado por el 76,7% de la población. Así también se encontró que el 20,9% de la población presenta casos dudosos de depresión y el 2,3% de la población presenta niveles normales de depresión, siendo representado por la porción más pequeña de la población.

A continuación, se analizó el segundo objetivo descriptivo que plantea la investigación, siendo este describir la Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, para el cual se obtuvo los siguientes resultados.

**Tabla 7:**  
*Tabla de frecuencias para la variable ansiedad*

		Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	Normal	1	1,2
	Dudoso	10	11,6
	Caso clínico	75	87,2
	Total	86	100,0

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27

Como se aprecia en la tabla 7, se encontró que en el estudio hay más personas que presentan un caso clínico de ansiedad, siendo esto reflejado por el 87,2% de la población. Así también se encontró que el 11,6% de la población presenta casos dudosos de ansiedad y el 1,2% de la población no presenta niveles de ansiedad.

A continuación, se analizó el tercer objetivo descriptivo que plantea la investigación, siendo este describir la depresión según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021., para el cual se obtuvo los siguientes resultados.

**Tabla 8:**

*Tabla de frecuencias para la variable depresión según género*

		Masculino	Femenino	Total
Depresión	Normal	0	2	2
	Caso Dudoso	7	11	18
	Caso clínico	24	42	66
	Total	31	55	86

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27

Se puede observar en la tabla 8, la distribución de la población según el género por los niveles de depresión, evidenciando que para el nivel normal solo se puede evidenciar dos personas siendo estas femeninas, para el nivel de caso dudoso se puede observar que el mayor porcentaje se le atribuye al grupo femenino, siendo conformado por 11 personas y para el ultimo nivel de caso clínico, se aprecia que hay mayor población femenina a comparación de la población masculina, siendo la población femenina conformada por 42 persona a comparación de la población masculina que fue conformada por 24 personas.

Ahora se procederá a analizar el cuarto objetivo descriptivo, quien nos pide describir la ansiedad según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento

sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, para el cual se obtuvo el siguiente resultado.

**Tabla 9:**

*Tabla de frecuencias para la variable ansiedad según género*

		Masculino	Femenino	Total
Ansiedad	Normal	1	0	1
	Caso Dudoso	2	8	10
	Caso clínico	28	47	75
	Total	31	55	86

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27

Dentro de la tabla 9, se puede evidenciar que se tuvo un total de 31 personas masculinas y 55 personas femeninas, con respecto al nivel de caso clínico se puede evidenciar que para la población masculina cuenta con 28 personas y 47 para la población femenina siendo esta mayor a la masculina, al observar el nivel de caso dudoso, se puede evidenciar que para la población masculina hay 2 personas, por lo contrario en la población femenina hay 8 personas y por último en el nivel de normal se evidencia que solo existe una persona para la población masculina y cero casos para la población femenina.

Prosiguiendo con el análisis descriptivo se procederá a dar solución al objetivo que nos indica describir la depresión según el estado civil en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, para el cual se obtuvo el siguiente resultado.

**Tabla 10:**

*Tabla de frecuencias para la variable depresión según el estado civil*

		Normal	Caso dudoso	Caso clínico	Total
Depresión	Soltero	0	6	27	33
	Casado	0	10	31	41
	Separado-Divorciado	2	1	7	10
	Viudo	0	1	1	2
	Total	2	18	66	86

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27

Como se puede evidenciar en la tabla 10, se encontró mayor presencia de depresión al nivel de caso clínico en la población casadas siendo representado por 31 personas, seguido de la población soltera siendo representado por 27 personas, posteriormente la población separada o divorciada está conformado por 7 personas y por último la población viuda está conformada por solo una persona para el nivel de caso clínico; para el nivel de caso ducos, se puede evidenciar que para la población casada está conformada por 10 personas, para la población soltera por 6 personas, para la población separada o divorciada por una persona al igual que la población viuda; para el nivel normal se evidencia que para la población soltera, casada y viuda está conformado por cero personas, por lo contrario en la población separada o divorciada está conformada por 2 personas.

Por último, se pasará a analizar el ultimo objetivo descriptivo, que nos indica describir la ansiedad según el estado civil en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, para el cual se obtuvo el siguiente resultado.

**Tabla 11:**

*Tabla de frecuencias para la variable ansiedad según el estado civil*

	Normal	Caso dudoso	Caso clínico	Total
Soltero	0	2	31	33
Casado	1	5	35	41
Ansiedad Separado-Divorciado	0	2	8	10
Viudo	0	1	1	2
Total	1	10	75	86

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27

Como se puede evidenciar en la tabla 11, el mayor porcentaje de personas con ansiedad a un nivel de caso clínico, se encuentra en la población casadas, siendo representado por 35 personas, por debajo les siguen las personas solteras con una cantidad de 31 personas, para la población separa o divorciada se encuentra 8 personas, por último

en la población viuda se encuentra conformado por una persona, para el nivel de caso dudoso, se puede evidenciar mayor prevalencia en la población casada conformada por 5 personas, a comparación de la población soltera y divorciada o divorciada representadas por 2 personas, por último la población viuda se encuentra conformado por solo una personas, por ultimo Enel nivel normal, se evidencia que para la población soltera, separada o divorciada, viuda está conformado por cero personas a lo contrario de la población casada que está conformado por solo una persona.

Por otro lado, ahora pasaremos a analizar los objetivos diferenciales, empezando por el objetivo específico que menciona encontrar la diferencia entre la depresión según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021. Para ello, primero se procederá a realizar el análisis de normalidad, con la intención de conocer si los datos tienen distribución normal o no normal, para ello se debe de tener en cuenta la cantidad de la muestra. La base de datos está compuesta por 86 casos, sin embargo, es importante recordar que en este momento se está analizando según grupos, por un lado, la población masculina y por otro lado población masculina, ambos grupos con menos de 50 casos. Por ello, se procederá analizar la normalidad con el estadístico Shapiro-Wilk.

**Tabla 12**

*Tabla para la prueba de normalidad para la variable depresión.*

	Sexo:	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	Gf	Sig.
Depresión	Masculino	,948	31	,138
	Femenino	,967	55	,136

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27.

Según la tabla 12, se deduce que la depresión en varones tuvo distribución normal, al igual que el caso de las mujeres, por tal motivo, para el posterior análisis se realizará por medio del estadístico paramétrico T de student para muestras independientes.

**Tabla 13**
*Tabla para el estadístico T de Student para la variable depresión según género*

Variable	Género	N	Media	Desviación Estándar	T de Student	
					para muestras independientes	P
Depresión	Femenino	31	15,71	4,555	1,283	,203
	Masculino	55	14,38	4,637		

Nota. n = número de muestra; p = Significancia

Ya que la significación fue mayor a ,05 se acepta  $H_0$ , rechazando la hipótesis planteada en el estudio, lo cual indica que no hay diferencias de la depresión entre la población femenina y la población masculina.

Ahora, pasaremos a responder el octavo objetivo específico el cual es encontrar las diferencias de la ansiedad según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, para resolver el objetivo comenzaremos con la prueba de normalidad usando el estadístico Shapiro-Wilk.

**Tabla 14**
*Tabla para la prueba de normalidad de la variable ansiedad por género.*

	Sexo:	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	Gl	Sig.
Ansiedad	Masculino	,968	31	,470
	Femenino	,969	55	,174

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27.

Según la tabla 14, se deduce que la ansiedad en la población masculina tuvo distribución normal, al igual que en el caso de la población femenina, indicando que el posterior análisis se realizara a través de estadísticos paramétricos T de student para muestras independientes.

**Tabla 15**

*Tabla para el estadístico T de Student para la variable ansiedad según género.*

Variable	Género	N	Media	Desviación Estándar	T de Student para muestras independientes	p
Ansiedad	Femenino	31	17,10	4,346	1,290	.201
	Masculino	55	15,80	4,548		

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27.

Ya que la significación fue mayor a .05 se acepta  $H_0$ , rechazando la hipótesis planteada en el estudio, lo cual indica que no hay diferencias de la ansiedad entre la población femenina y la población masculina.

Posteriormente se procederá a dar resultado al objetivo específico el cual es encontrar las diferencias de la depresión según el tiempo de tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, para resolver el objetivo comenzaremos con la prueba de normalidad usando el estadístico Shapiro-Wilk.

**Tabla 16**

*Pruebas de normalidad para la variable depresión por tiempo de tratamiento.*

Tiempo de tratamiento	Shapiro-Wilk			
	Estadístico	Gl	Sig.	
Depresión	Menos de 2 años de tratamiento	.935	47	.011
	Más de 2 años de tratamiento	.973	39	.457

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27.

Según la tabla 16, se deduce que depresión tiene una distribución no normal en cuanto al tiempo de tratamiento de la enfermedad renal, esto a causa de obtener una distribución normal para el tiempo de tratamiento mayor a dos años y una distribución no normal para un tiempo de tratamiento menores de dos años, es por ello que se procederá hacer el análisis posterior por medio de los estadísticos no paramétricos, tal como es U de Mann-Whitney para muestras independientes.

**Tabla 17**

*Pruebas de Comparaciones del estadístico U de Mann-Whitney para la variable independiente de depresión según el tiempo de tratamiento.*

Variable	Muestras	N	Rangos	U	p
Depresión	Menos de 2 años de tratamiento	47	43,13	899,00	,879
	Más de 2 años de tratamiento	39	43,95		

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27.

Ya que la significación fue mayor a .05 se concluye que no hay diferencias entre el tiempo que el paciente lleva el tratamiento sustitutivo renal con la depresión, por lo que se concluye que se rechaza  $H_1$  aceptando  $H_0$ , esto debido a no presentar ninguna diferencia.

Ahora se procederá a analizar el objetivo específico que nos menciona encontrar las diferencias de la ansiedad según el tiempo de tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, para el cual se comenzará con el análisis de la normalidad, para el cual se empleará el estadístico Shapiro-Wilk.

**Tabla 18**

*Pruebas de normalidad para la variable ansiedad según el tiempo de tratamiento.*

Tiempo de tratamiento	Shapiro-Wilk			
	Estadístico	Gf	Sig.	
Ansiedad	Menos de 2 años de tratamiento	.979	47	.557
	Más de 2 años de tratamiento	.964	39	.238

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27.

Como se puede apreciar en la tabla 18, se obtuvo significancias mayores a .05, indicando resultados normales, por ello el posterior análisis se realizará por medio de los estadísticos paramétricos, haciendo uso de análisis estadístico T de student para muestras independientes.

**Tabla 19**

*Tabla para el estadístico T de Student para la variable ansiedad según el tiempo de tratamiento.*

Variable	Tiempo de tratamiento	N	Media	Desviación Estándar	T de Student para muestras independientes	p
Ansiedad	Menos de 2 años de tratamiento	47	16,79	4,563	1,180	.241
	Más de 2 años de tratamiento	39	15,64	4,386		

Fuente: Tabla creada con el programa IBM SPSS Statistics 27.

En la tabla 19, se aprecia que la significancia obtenida fue mayor a ,.05, por lo cual se concluye que no hay diferencias entre el tiempo que el paciente lleva el tratamiento sustitutivo renal con la ansiedad, concluyendo que se rechaza  $H_i$  aceptando  $H_o$ , esto debido a no presentar ninguna diferencia.

## CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

Se planteó como objetivo general poder conocer la relación entre la Depresión y Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021. Después de la prueba de hipótesis, se obtuvo como resultado de que sí existe una relación significativa entre la depresión y la ansiedad, es decir mientras existan mayores niveles de ansiedad, existirán mayores niveles de depresión, además se puede evidenciar que el nivel de correlación es de .749, haciendo énfasis a una correlación muy alta positiva. Estos resultados mantienen una similitud con el estudio nacional de Guillen y Ordoñez, (2018), quienes por medio de su estudio titulado depresión y ansiedad en pacientes adultos en tratamiento de hemodiálisis de un hospital nacional de la policía nacional del Perú, donde se demuestra que existe una correlación significativa entre estas dos variables; así mismo se puede evidenciar que los resultados de la presente investigación guardan relación con el estudio internacional de Gonzaga (2022) quien menciona que si existe una correlación alta entre ansiedad y depresión. Los resultados de la presente investigación se sustentan en base a dos aportes teóricos, el primero, de Beck & Clark, (1988), quienes hacen referencia a la hipótesis de especificidad de contenido, mencionando que la depresión y la ansiedad presentan diferencias y similitudes al nivel del perfil cognitivo quien determina cada trastorno psicológico, identificando que los individuos depresivos y/o ansiosos presentan similitud en los esquemas disfuncionales generando un sesgo sistemático de los procesos de percepción, almacenamiento y recuperación de la información. Por último, el segundo aporte es de Clark y Watson (1991) quien nos menciona que la depresión y la ansiedad comparten síntomas como factor común, que se denomina afecto negativo, por un lado la depresión hace referencia a la pérdida y la tristeza, mientras que la ansiedad hace referencia a la activación fisiológica, esto se puede evidenciar en la muestra de estudio, haciendo

mención a la relación que tiene el nivel de preocupación por mantener una vía de tratamiento limpia y sin complicaciones y el cambio de estilo de vida al cual estaban acostumbrados por una nueva y con nuevas restricciones.

Por otro lado, se planteó objetivos específicos siendo el primero el de describir la depresión en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana, al realizar el análisis correspondiente se puede observar que el 2.3% de la población presenta niveles normales de depresión, el 20.9% presenta casos dudosos de depresión y el 76.7% de la población presenta un caso clínico de depresión, estos resultados presentan similitud al estudio nacional de Toledo y Giovana (2023), quienes plantearon delimitar los niveles de depresión y ansiedad presentes en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis, en donde se encontró que el 53% de la población presentó depresión significativa y el 27% posible depresión, haciendo énfasis a que más del 50% de su población sí presentó una depresión significativa, asimismo, el presente estudio guarda relación con el estudio internacional de Pazmiño (2022), quien menciona, que el 51,9% de su población presenta síntomas depresivos, caracterizado por un estado anímico triste la mayoría del tiempo, además de un sentimiento de desamparo e inutilidad. Por otro lado, estos resultados se contraponen con los estudios nacionales de Guillen y Ordoñez (2018), Díaz y Solis (2019), Aponte (2018) de la misma manera con los estudios internaciones como Guadalupe (2020) y Robles (2022) quienes mencionan que más del 50% de su población no muestra o presenta depresión de manera significativa. Estos resultados se pueden justificar en base al aporte teórico de Vilchis-Aguila, et. Al. (2010), quienes mencionan que los pacientes hospitalarios, muchas veces no son capaces de reconocer los síntomas depresivos como parte de un problema psicológico, más bien lo asocian a sintomatologías propias de la enfermedad física, sin

embargo, esto no anula o elimina la presencia de la depresión como se puede evidenciar en los resultados obtenidos en el presente estudio.

Por otro lado, se planteó describir la ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal, en donde se pudo identificar que de la población el 87.2% presenta niveles clínicos de ansiedad, el 11.6% presenta casos dudosos de ansiedad y el 1.2% no presenta niveles de ansiedad. Si realizamos una comparación con el estudio nacional de Cuba y Olivares (2021), se puede evidenciar una similitud al mencionar que el 53% de la población presentó niveles altos de ansiedad, asimismo se evidencia similitud con el estudio internacional de Campoverde (2019) quien menciona que el 57% de su población evidencia ansiedad caracterizado por la presencia de pensamiento automático de falacia de recompensa divina; por otro lado, al comparar con los estudios de Diaz y Solis (2019), Guillen y Ordoñez (2018), Toledo y Giovana (2023) y Aponte (2018), se puede evidenciar discrepancia al mencionar que más del 50% de sus poblaciones no evidencia niveles altos de ansiedad. Los resultados de la presente investigación se pueden justificar en base al aporte de Hernandez et. al. (2005), quienes mencionan que los pacientes hospitalizados pueden sufrir de ansiedad, si perciben el medio hospitalario como amenazante, además de estar alejados de sus familias y pudiendo desarrollar una idea de fracaso en afrontar la enfermedad, logrando evidenciar en los pacientes perturbaciones y limitaciones al enfrentar la enfermedad.

Siguiendo con el análisis descriptivo, se planteó describir la depresión según el género, para el cual se logró identificar que para el nivel de depresión como caso clínico se evidenció una mayor población femenina, siendo conformada por 42 mujeres a comparación de la población masculina que estuvo conformada por 24 varones, para el nivel caso dudoso se puede evidenciar que la mayor población, lo tiene el grupo femenino

siendo conformada por 11 mujeres a comparación de la población masculina que estuvo conformado por 7 varones; el resultado de la presente investigación guarda relación con el estudio nacional Diaz y Solis (2019), quienes mencionan que la población con mayor nivel de depresión es la población femenina siendo conformada por el 27% al nivel moderado, por otro lado, la población masculina solo evidencia el 9% de presencia en el mismo nivel, sin embargo el presente estudio discrepa con el estudio nacional de Vento y Celis (2019), quienes mencionan que la mayor población con síntomas depresivos, es la población masculina, además que el nivel de depresión más frecuente es el nivel no caso, siendo representada por una muestra de 43 personas. Los resultados de la presente investigación se pueden justificar en base a la aportación teórica de Breslau et. al. (1995), quienes mencionan que la mayor prevalencia de depresión en la población femenina se puede explicar por la preexistencia de trastornos de ansiedad, los cuales son aproximadamente dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, conllevando al desarrollo de la depresión con el transcurso del tiempo, asimismo, Berenzon et al., (2013) menciona que un factor asociado a la prevalencia de depresión en las mujeres es el factor psicosocial, mencionando que el tener carga familiar o dedicarse únicamente al cuidado de los hijos así como del hogar, son factores primordiales para la presencia de la depresión en las mujeres, además se le puede sumar un bajo nivel socioeconómico, estar en situación de desempleo o experimentar situaciones de violencia, para incrementar la prevalencia de la depresión en las mujeres.

Prosiguiendo con el cuarto objetivo descriptivo, en la cual se menciona describir la ansiedad según el género, se logra identificar que, para el nivel de caso clínico, se evidenció mayor población femenina, estando conformado por 47 mujeres a comparación de la población masculina que estuvo conformada por 28 varones en el mismo nivel. Por otro lado, en el nivel de caso dudoso, se obtuvo mayor población en la muestra femenina,

siendo conformada por 8 mujeres a comparación de la muestra masculina quienes obtuvieron una participación de dos varones, estos resultados guardan similitud con los estudios nacionales de Diaz y Solis (2019) y de Cuba y Olivares (2021), quienes mencionan que la mayor población con un nivel de ansiedad fue la población femenina, siendo representada en el primer estudio por un 30% a comparación de un 21% para la población masculina en ansiedad leve, en el segundo estudio menciona que el 58% de la población femenina evidencia ansiedad estado a un nivel alto; por otro lado, los resultados de la presente investigación discrepan con los resultados del estudio nacional de Vento y Celis (2019) y la investigación internacional de Gonzaga (2022), quien menciona que la población con mayor incidencia en la ansiedad es la población masculina, siendo representada en el estudio de Gonzaga (2022) por el 7,3% para el nivel de ansiedad leve por el contrario en la población femenina solo se evidencia el 20,7%.. Los resultados de la presente investigación, se pueden justificar en base al aporte teórico de Arenas y Puigcerver (2009) quienes mencionan que un factor predominante para la presencia de ansiedad en la población femenina, es un factor anatómico visto desde el campo de la neuroimagen, que muestra que los pacientes ansiosos masculinos tienen evidencia de reducción de la amígdala derecha y la corteza insular bilateral, mientras que las mujeres tienen reducción temporal derecha. circunvolución, la corteza prefrontal dorsolateral y ventrolateral, la corteza parietal y el tálamo, estos hallazgos confirmarían la participación de la corteza prefrontal y la amígdala como factores fisiopatológicos para justificar la ansiedad basada en las diferencias de sexo.

Posteriormente se pretendió analizar de manera descriptiva la depresión según el estado civil, llegando a identificar que la población casada presenta mayor frecuencia en el nivel de caso clínico y caso dudoso para la depresión siendo conformada por 31 participantes y 10 personas respectivamente, la población soltera obtuvo una

participación de 27 y 6 personas para los niveles de caso clínico y caso dudoso respectivamente, estos resultados guardan similitud con los resultados de la investigación internacional de Gonzaga (2022) y la investigación nacional de Vento y Celis (2019) quienes evidencian que la mayor presencia de depresión está evidenciado en la población casada, seguida de la población soltera, siendo reflejado en la primera investigación por un 28% de depresión moderada para la población casada a comparación de 14,3%, y para la segunda investigación se evidencia una frecuencia de 6 participantes solteros para el nivel moderada y un participante casado para el mismo nivel. Los resultados de la presente investigación se pueden sustentar en base a la teoría de Queiroz et al. (2017) quienes nos mencionan que las personas sometidas a tratamiento sustitutivo renal pueden presentar depresión debido a diversos factores como las limitaciones físicas que repercuten en su vida cotidiana, pudiendo evidenciarse en la pérdida de un rol familiar activo, la creación de conflictos maritales como pérdida de la libido, pérdida de un rol social activo, debido a la asistencia regular a los centros de diálisis, reducción de las finanzas familiares debido a la incapacidad laboral parcial o completo, llegando a afectar de manera directa la calidad de vida de los pacientes, siendo más evidente en los pacientes con carga familiar como los casados.

Asimismo, se buscó dar respuesta al objetivo específico que menciona describir la ansiedad según el estado civil, para el cual se evidencio que la población con mayor nivel de ansiedad a un nivel de caso clínico es la población casada, siendo representada por 35 personas, a su vez la población soltera tiene una presencia con 31 personas para el nivel de caso clínico, por último, la población separada-divorciada está conformada por una población de ocho personas para el mismo nivel. Estos resultados guardan similitud con los hallazgos en la investigación internacional de Gonzaga (2022) quien menciona que la población con mayor presencia de ansiedad a un nivel grave es la población casada

representada por el 57,1% de la población, asimismo se evidencia similitud con el estudio nacional de Vento y Celis (2019) quienes mencionan que la mayor población con un nivel moderada de ansiedad es la población casada, seguida de la población soltera. Estos resultados se pueden justificar en base al aporte teórico de Duque et al. (2020) quienes mencionan que un factor importante para el desarrollo de la ansiedad en las pacientes renales es el apoyo familiar o como el apoyo de una pareja, indicando una correlación entre el apoyo familiar y la ansiedad, sin embargo, Queiroz et al. (2017) nos menciona que esto se puede ver afectado, debido a diversos factores, como la presencia de conflictos maritales como pérdida de la libido, reducción de las finanzas familiares debido a la incapacidad laboral parcial o completa, llegando a afectar de manera directa la calidad de vida de los pacientes, siendo más evidente en los pacientes con carga familiar como los casados.

Posteriormente, se planteó el objetivo específico el cual menciona encontrar las diferencias de la depresión según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal, para el cual se determinó que no existen diferencias significativa entre la depresión y el género, esto identificado por una significancia superior al ,05; los resultados de la presente investigación guardan relación con el estudio nacional de Belling (2019) quien determino que no existe diferencia entre la variable psicológica depresión y la variable sociodemográfica de sexo, evidenciando un puntaje significativo de ,65; por otro lado, el presente estudio difieren con los resultados de la investigación nacional de Diaz y Solis (2019), quienes determinaron que, sí existe una diferencia significativa entre la relación de la depresión con la variable sexo mostrando una significancia de ,040, llegando a concluir que las mujeres tienen mayor prevalencia a la depresión que los hombres, mencionando que las percepciones de las situaciones emocionales entre los varones y mujeres son distintas para cada uno, mencionado que las mujeres tienden a

tener una percepción más dramática, que la realidad llegando a expresarlo como llanto y cambios de humor, Beck (2010). Los resultados de la presente investigación se pueden justificar en base a dos aportes teóricos el primero de Kuehner (2003) quien sostiene que no existe diferencias significativas entre el género y la depresión, siempre en cuando se tenga una mirada desde los factores genético, haciendo mención que los factores genéticos son iguales tanto para varones y mujeres; el segundo, en base a Rueda & Cerezo (2020), quienes mencionan que la ausencia de diferencias entre el género y la depresión se puede deber a la presencia de otras variables psicológicas positivas, tales como la autoestima, inteligencia emocional, satisfacción con la vida, resiliencia, etc., llegando a evidenciar que la población femenina presenta mayor resiliencia y como consecuencia puntuaciones más altas en variables psicológicas positivas como la autoestima (Alarcón et al., 2020), pudiendo ser estas variables capaces de influir en la relación de la depresión según el género.

Por otro lado, se planteó como objetivo específico encontrar las diferencias entre la ansiedad y género; tras el análisis estadístico se pudo evidenciar que no existe diferencias significativas entre hombres y mujeres con la variable psicológica ansiedad, el presente resultado discrepa con el resultado de la investigación nacional de Diaz y Solis (2019) quienes menciona que sí existe diferencias significativas entre la variable ansiedad y la variable sociodemográfica sexo con un puntaje de significancia igual a,05. Sin embargo los resultados de la presente investigación se pueden justificar en base a dos aportes teóricos, siendo el primer aporte teórico el de Arenas y Puigcerver (2009), quienes nos mencionan que los factores genéticos juegan un papel importante, pero no determinante a la hora de evaluar la presencia de los trastornos de la ansiedad en las personas, llegando a evidenciar diferentes estudios de manera contradictoria, mencionando en algunos estudios la presencia de un alelo correspondiente a la depresión,

principalmente en los casos de las mujeres, posteriormente, se puede evidenciar el mismo alelo en los varones, demostrando que no existe diferencias entre la ansiedad y el género revisando desde los factores genéticos; el segundo, aporte teórico es el de Keltner & Walker, citado por Grotberg, (2003), quienes mencionan que muchos de los pacientes en estado terminal, pasan por diferentes adversidades a lo largo de la vida, llegando a desarrollar la resiliencia como factor protector para afrontar las adversidades que puede conllevar la enfermedad o por otro lado, la enfermedad sería causante del desarrollo de la resiliencia en el paciente como parte del ajuste a esta nueva condición de vida, esto se puede demostrar en la Teoría del Manejo del Terror (TMT), que propone que la capacidad de manejar el miedo ante la muerte o la ansiedad dependerá del nivel de autoestima y resiliencia de una persona, así como de la calidad de vida y sus relaciones sociales, según el cual los aspectos culturales pueden ayudar a las personas a encontrar significado en la vida y minimizar la ansiedad ante la muerte. (An et al., 2018), además de influir en la relación de la ansiedad según el género ya que se puede evidenciar que los niveles más altos de resiliencia, se encuentra en la población femenina a comparación de la masculina (Alarcon et al., 2020).

A continuación, se planteó identificar las diferencias de la depresión según el tiempo de tratamiento de la enfermedad en adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal, tras el análisis se puede evidenciar que no hay diferencias significativas entre la variable depresión según el tiempo de tratamiento de la enfermedad, este resultado guarda similitud con los resultados de Belling (2019), quien al analizar el tiempo de tratamiento con la depresión, se pudo evidenciar que obtuvo una significancia de ,54, mencionando que no hay significancia al igual que en el presente estudio, esto se puede evidenciar gracias al aporte teórico de Pérez et al. (2015) quienes nos mencionan que la depresión se encuentra asociada a la calidad de vida y esta variable al tiempo en tratamiento de

diálisis, mencionando que la presencia entre 5 y 10 años de tratamiento no aumenta la probabilidad de padecer depresión, siempre en cuando los factores asociados a una buena la calidad de vida se mantengan altos, ya que la mala calidad de vida se encuentra asociada al tiempo de tratamiento, asimismo Moreno et al. (2006) afirman que llevar más tiempo o menor tiempo en tratamiento de diálisis no se relaciona con la depresión, haciendo énfasis, que dializarse más horas, tener menos diuresis o no estar incluido en programa de trasplante, favorezca la presencia de depresión o ansiedad, siempre cuando el apoyo familiar y la calidad de vida se encuentren de manera positiva en el paciente.

Por otro lado, se planteó brindar las diferencias de la ansiedad según el tiempo de tratamiento de la enfermedad en paciente adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal, los resultados muestran que no hay diferencias significativas entre la variable ansiedad y el tiempo de tratamiento de la enfermedad, este resultado guarda similitud con el estudio de Belling (2019), quien al analizar el tiempo de tratamiento con la variable ansiedad, se pudo evidenciar que obtuvo una significancia de ,36, mencionando que no hay significancia al igual que en el presente estudio, esto se puede evidenciar gracias al aporte teórico de Moreno et al. (2006) quienes afirman que llevar más tiempo o menor tiempo en tratamiento de diálisis no se relaciona con la ansiedad haciendo énfasis, que dializarse más horas, tener menos diuresis o presentar índices dialíticos bioquímicos o contar con la hemoglobina baja, sean factores que favorezcan la presencia de la ansiedad, siempre cuando el apoyo familiar y la calidad de vida se encuentren asociados de manera positiva en el paciente.

Por otro lado, dentro de las implicancias podemos evidenciar, en el nivel teórico, se encontró una alta correlación entre las variables depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo renal, conllevando a una actualización de los datos científicos

dentro de los últimos cinco años, además de brindar comparaciones con la variable género y estado civil, variables sociodemográficas, que según la literatura influyen en la presencia de la ansiedad y depresión en pacientes hospitalarios, a su vez, la presente investigación nos da paso a poder seguir investigando la relación de la ansiedad y depresión con otras variables como la calidad de vida, la adherencia al tratamiento o el apoyo familiar para determinar el bienestar psicológico de los pacientes, además de no descuidar la importancia de los cuidadores y su bienestar psicológico para apoyar en el cuidado y bienestar de los pacientes.

Asimismo, a nivel práctico se puede mencionar que estos resultados, conllevarían a la creación de estrategias o programas de intervención o prevención para la depresión y ansiedad en pacientes hospitalarios, con el fin de reducir los niveles de estas variables ya evidenciadas en el estudio, otra repercusión que puede surgir como consecuencia de la investigación es la creación de talleres psicoeducativos para los cuidadores primarios, con el fin de que puedan reconocer sintomatología referente a la depresión o ansiedad en los pacientes, además de brindarles estrategias de apoyo como cuidadores y cómo ellos pueden influir como red de apoyo en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal.

Dentro de las limitaciones del presente estudio, se ha notado la poca evidencia científica de tipo correlacional entre las variables ansiedad y depresión, encontrando mayor porcentaje de investigaciones descriptivas centrándose a detallar los niveles de depresión y ansiedad, más no, la correlación entre estas mismas variables o una comparación con una variable sociodemográfica; una segunda limitación que se puede evidenciar, es la poca accesibilidad de la muestra, esto a consecuencia del estado médico de los pacientes, ya que muchos de ellos se encuentran en constantes revisiones médicas o pasan mayor tiempo en los establecimientos de salud debido al proceso de diálisis o

hemodiálisis, otro factor que influye como limitante en la investigación, es el tiempo en que se realizó la evaluación a la muestra, debido a que en la fechas en que se evaluó fue en tiempo de pandemia por el COVID-19, actualmente se ha demostrado que la pandemia ha influido como un factor de riesgo a los pacientes con IRC, pudiendo conllevar a una hospitalización o causar defunciones en los pacientes, a causa de un cuadro inflamatorio generalizado (Meneses-Liendo et. Al.; 2021).

## CAPÍTULO V. CONCLUSIÓN

En base a los resultados obtenidos, dentro de la presente investigación que pretende evaluar e identificar los aspectos que se encuentra en torno a la depresión y ansiedad en los pacientes con tratamiento sustitutorio renal, se concluyó lo siguiente:

- Se planteó como objetivo general poder conocer la relación entre las variables ansiedad y depresión, llegando a concluir que sí existe correlación entre la ansiedad y depresión con un p-valor .010, siendo este valor menor a .050, reflejando que esta correlación es alta positiva con un valor de correlación .751, llegando a coincidir con los antecedentes mostrados.
- Por otro lado, al describir los niveles de depresión en los pacientes, se pudo identificar que su gran mayoría de la población presentan depresión como caso clínico, siendo esto reflejado por el 76,7% de la población, asimismo, se encontró que el 20,9% de la población presenta casos dudosos de depresión y el 2,3% de la población presenta niveles normales de depresión, siendo representado por la porción más pequeña de la población.
- Al revisar los niveles de ansiedad se puede concluir que el 87,2% de la población presenta niveles clínicos de ansiedad, así también se encontró que el 11,6% de la población presenta casos dudosos de ansiedad y el 1,2% de la población no presenta niveles de ansiedad.
- Al tratar de describir los niveles de depresión según el género, se pudo evidenciar que la mayor parte de la población con un nivel de caso clínico es la población femenina, seguida de la población masculina, evidenciando que la población femenina presenta mayor nivel de depresión, siendo este representado por el nivel clínico. Es importante recalcar que estas diferencias no son significativas.

- Al tratar de describir los niveles de ansiedad según el género, se pudo evidenciar que la mayor parte de la población con un nivel de caso clínico es la población femenina, siendo seguida por la población masculina en el mismo nivel, evidenciando que la población femenina presenta mayor nivel de ansiedad, siendo este representado por el nivel clínico. Es importante recalcar que estas diferencias no son significativas.
- Por otro lado, se pretendió describir los niveles de depresión según el estado civil, tras el análisis se puede evidenciar que la población con mayor depresión estuvo conformada por la población casada para el nivel de caso clínico, seguido a ellos les sigue la población soltera para el mismo nivel. Es importante recalcar que estas diferencias no son significativas.
- Por otro lado, se pretendió describir los niveles de ansiedad según el estado civil, tras el análisis se puede evidenciar que la población con mayor ansiedad estuvo conformada por la población casada para el nivel de caso clínico, seguido a ellos les sigue la población soltera para el mismo nivel. Es importante recalcar que estas diferencias no son significativas.
- Al tratar de encontrar las diferencias entre depresión y la ansiedad en los pacientes por género, se pudo identificar que no existe diferencia significativa.
- Por otro lado, al buscar las diferencias la depresión y la ansiedad con el tiempo de tratamiento, se puede concluir diciendo que no se encontraron diferencia significativa entre estas variables, haciendo referencia a un estudio de Guillen & Ordoñez (2018).
- En cuanto a los nuevos estudios se concluye que se debe actualizar investigación con estudios entre estas dos variables, ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento sustitutivo renal, encontrando en su mayor parte estudios superior a los 5 años de antigüedad, además que la mayoría de los estudios encontrados solo hacían énfasis al tipo de investigación descriptiva limitando el aporte que brindaba.

## CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES

La población sobre la cual se ha realizado la investigación, es una población vulnerable y que requiere de mucho apoyo familiar, social, además, del apoyo clínico, es importante tener esto presente para posteriores investigaciones e intervenciones, señalando que es necesario una intervención de manera integral, con el fin de generar un cambio de manera consciente que ayude a afrontar responsablemente esta terapia, se recomienda también una mejor educación de la familia o cuidador principal ya que son el primer círculo de apoyo que influye en el estado emocional. Por lo tanto, se propone las siguientes recomendaciones:

- Tras el análisis de los objetivos planteados, se recomienda poder seguir realizando investigaciones en cuanto a las variables ansiedad y depresión, ya que los objetivos fueron planteados para un escenario en donde la pandemia no existía, es por ello por lo que se puede encontrar diferencias y similitudes con los resultados obtenidos con los resultados esperados, tomando este estudio como precedente dentro de las futuras investigaciones.
- Se recomienda seguir investigando en la población de pacientes hospitalarios en tratamiento sustitutivo renal, realizando investigación de tipo correlacional, ya que actualmente se cuenta con investigaciones descriptivas más no, correlacionales; por otro lado se puede dar paso a la asociación de otras variables, tales como la calidad de vida, adherencia al tratamiento, calidad de sueño, entre otras, llegando a considerar incluso el acompañamiento familiar, esto debido a la influencia de estas variables con el bienestar emocional. Incluso también, agregar estudios no solo correlacionales, si no incluso explicativos o experimentales.

- Se recomienda seguir investigando la relación de la ansiedad y/o depresión con respecto a las variables sociodemográficas, puesto que, estas variables pueden influir en el bienestar de las personas, tales como el tipo de tratamiento, la presencia de otra condición médica, el estado civil, el nivel socioeconómico, entre otras, debido a que en muchos de los casos estas investigaciones se encuentran asociadas a la calidad de vida o la adherencia al tratamiento y a su vez correlacionarse con las variables depresión y ansiedad.
- Se recomienda seguir realizando estudios con una muestra más amplia y contando con la participación de las instituciones de salud, para mayor veracidad de los estudios, además de brindar mayores facilidades para la ejecución de los estudios, de esta manera encontrar nuevos descubrimientos.

## REFERENCIA

- Alan, S., Glenn, M., Dongjie, F., Carles, E. & Chi-Yuan, H. (2004). Chronic Kidney Disease and the Risks of Death, Cardiovascular Events, and Hospitalization. *N Engl J Med*, 51:1296-1305. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa041031>
- Alarcon, R.; Cerezo, M., Hevilla, S. & Blanca, M (2020) Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale in women with breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20, 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.001>
- Aliaga J., Ponce, C. & Salas-Blas, E. (2018). Análisis psicométrico del Inventario de Autoeficacia para las Inteligencias Múltiples-Revisado (IAMI-R) en estudiantes peruanos de nivel secundario. *Propósitos y Representaciones*, 6(2), 63-94. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2018.v6n2.249>
- Arenas, M. y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es)
- An, E., Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2018). Demoralization and death anxiety in advanced cancer. *Psycho-oncology*, 27(11), 2566-2572. <https://doi.org/10.1002/pon.4843>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (AERA, APA & NCME 2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.

Aponte, R. (2018). Niveles De Ansiedad Y Depresión En Pacientes En Tratamiento De Hemodiálisis Del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2017”. Universidad De Huánuco. Tesis para optar por el título de licenciado en psicología. Recuperado de:

<http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/979/APONTE%20ROJAS%2c%20Ricardo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Arenas y Puigcerver (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(1), 20-29. Recuperado de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es).

Balestrini A. (2006). *Cómo se elabora el proyecto de investigación*. BL Consultores Asociados. Venezuela. Recuperado de

[https://issuu.com/sonia\\_duarte/docs/como-se-elabora-el-proyecto-de-inve](https://issuu.com/sonia_duarte/docs/como-se-elabora-el-proyecto-de-inve)

Beck, A.; Rush, A., Shaw, B. & Gary, E. (2010). *Terapia Cognitiva De La Depresión* 19ª Edición, The Guilford Press, New York.

Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México.

*Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Recuperado de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000100011](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011)

Belling, D. (2019) *Ansiedad, Depresión Y Su Relación Con Calidad De Vida En Pacientes Hemodializados Hospital Jorge Reategui Delgado 2018*. Universidad Privada Antenor Orrego. Tesis para optar el grado de título de médico cirujano. Recuperado de:

[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4601/1/REP\\_MED.HUMA\\_DIEGO.BELLING\\_ANSIEDAD.DEPRESI%c3%93N.RELACI%c3%93N.CALIDAD.VIDA.PACIENTES.HEMODIALIZADOS.HOSPITAL.JORGE.REATEGUIDELGADO.2018.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4601/1/REP_MED.HUMA_DIEGO.BELLING_ANSIEDAD.DEPRESI%c3%93N.RELACI%c3%93N.CALIDAD.VIDA.PACIENTES.HEMODIALIZADOS.HOSPITAL.JORGE.REATEGUIDELGADO.2018.pdf)

Breslau, N., Schultz, L. & Peterson, E. (1995). Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry* 8;58(1):1-12. Doi: [https://10.1016/0165-1781\(95\)02765-o](https://10.1016/0165-1781(95)02765-o)

Campoverde, L. (2019). Pensamientos automáticos y adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con insuficiencia renal crónica que se realizan hemodiálisis. [Tesis de licenciatura]. Repertorio de la Universidad Central Del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18277>

Código de Ética del Investigador Científico UPN (2016). Resolución rectoral N° 104-2016-UPN-SAC.

Colegio de Psicólogos (2017). Código de ética y deontología. Recuperado de: [http://api.cpsp.io/public/documents/codigo\\_de\\_etica\\_y\\_deontologia.pdf](http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf)

Clark, D.A. & Beck, A.T. (1988). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. En P.C. Kendall y D. Watson (Eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features* (pp. 379-411). San Diego, CA: Academic Press. Doi: <https://10.1016/j.tics.2010.06.007>

Clark, D. & Beck, A. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad ciencia y práctica. *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Recuperado de: [https://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_5847348cec977.pdf](https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf)

Cuba, S. & Olivares, G. (2021). Ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica de un centro de diálisis en tiempo de pandemia de lima norte, 2021. Universidad Peruana de los Andes. Tesis para optar el título de licenciado en

psicología. Recuperado de:

<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/3281/TESIS%20FINANCIAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Díaz, B. & Solís, C. (2019). Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V de un hospital estatal nivel III-1 de Chiclayo, agosto-diciembre, 2017. Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo. Tesis para optar el título de licenciado en psicología. Recuperado de: [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1892/1/TL\\_DiazTafurBrenda\\_SolisOrlandiniClaudia.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1892/1/TL_DiazTafurBrenda_SolisOrlandiniClaudia.pdf)

Duque Delgado, Laura, Rincón Elvira, Encarnación Elena, & León Gómez, Victoria Eugenia. (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene, revista de enfermería* 14(3). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2020000300008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008&lng=es&tlng=es)

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2019). Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2019. Bogotá D.C. 2020. Recuperado de: [https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2020/06/CAC.Co\\_2020\\_06\\_24\\_Libro\\_Sit\\_ERC\\_2019V7.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2020/06/CAC.Co_2020_06_24_Libro_Sit_ERC_2019V7.pdf)

Francisco, A. & Otero, A. (2003). Epidemiología de la enfermedad renal crónica en España. *Nefrología*. 23 (6). Recuperado de <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X021169950301652X>

García, A. (2009). La depresión en adolescentes. La salud mental de las personas jóvenes en España. Recuperado de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>

Grotberg, E. (2003): La resiliencia para aquellos que necesitan cuidados de la salud. En: La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades. Gedisa editorial, Barcelona: España

Guía de Práctica clínica (2010). Diagnósticos y tratamientos de los trastornos de ansiedad en el adulto. México, Secretaria De Salud. Recuperado de: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392\\_IMSS\\_10\\_Ansiedad/EyR\\_IMSS\\_392\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf)

Gonzaga, G. (2022). Ansiedad y depresión en pacientes sometidos a diálisis en tiempos de COVID-19 del Hospital General Isidro Ayora Loja. [Tesis para obtener el grado de licenciada en psicología clínica]. Repositorio institucional de la universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/28014/1/FCP-CPC-GONZAGA%20KENIA.pdf>

González, M., Herrero, M., Viña, C. M., Ibáñez, I., & Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 289-304. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80536208.pdf>

Gorostidi, M.; Sánchez-Martínez, S.; M. Ruilope, L.; Graciani, A.; J. de la Cruz, J.; Santamaría, R.; D. del Pino, M.; Guallar-Castillón, P.; Alvaro, F.; Rodríguez-Artalejo, F. & Banegas, J. (2018). Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. *Revista de la sociedad española de nefrología*. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2018.04.004>

Guadalupe, A. (2020). Depresión y Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis. [Tesis de licenciatura, Benemérita

- Universidad Autónoma de Puebla]. Repositorio institucional de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. <https://hdl.handle.net/20.500.12371/10589>
- Guillen, J. & Ordoñez, R. (2018). Depresión y ansiedad en pacientes adultos en hemodiálisis de un hospital nacional de la policía nacional del Perú. Universidad Ricardo Palma. Tesis para el grado de licenciatura. Recuperado de <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1199/TESIS-Guillen-Ordenez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández G, Guillermo, Orellana V, Gricel, Kimelman J, Mónica, Nuñez M, Carlos, & Ibáñez H, Carolina. (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Revista médica de Chile*, 133(8), 895-902. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000800005>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación. México D.C. México. The McGraw-Hill
- Herrera-Añazco, P., Atamari-Anahui, N. & Flores-Benites, V. (2019). Número de nefrólogos, servicios de hemodiálisis y tendencia de la prevalencia de enfermedad renal crónica en el Ministerio de Salud de Perú. *Scielo*. 36(1). Recuerdo de: <https://scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n1/62-67/>
- Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales (NIDDK, 2018). Department of Health and Human Services. Recuperado de: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/insuficiencia-renal/hemodialisis>
- Juárez, F., Villatoro, J. & López, E. (2002). Apuntes de Estadística Inferencial. México, D. F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Recuperado de: <http://www.rincondepaco.com.mx/rincon/Inicio/Apuntes/Inferencial.pdf>

- Korman, P. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1),119-145. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3396/339630257005>
- Kuehner C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand*. 108(3):163-74. Doi: <https://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x>.
- López-Roig, S., Terol, M.C., Pastor, P.A., Neipp, M.C., Massutí, B., Rodríguez-Marin, J., Leyda, J.I., Martín-Aragón, M., & Sitges, E. (2000). Ansiedad y Depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de psicología de la salud*, 12(2), 127-155. Recuperado de <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/download/787/1132>
- Loza, C. (2022). Situación de la enfermedad renal crónica en el Perú y análisis de la mortalidad por falla renal durante la pandemia del Covid 19. *Sociedad peruana de nefrología*. Recuperado de <https://spn.pe/archivos/SITUACION-DE-LA-ENFERMEDAD-RENAL-CRONICA-EN-EL-PERU-2020-2021.pdf>
- Manterola, Quiroz, Salazar & García (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica las Condes*. 30(1) 36-49. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864019300057?token=79786CA6F8BF93D253A8473F23F2051925AA7025E7209433A154F176C90613FB9BD1011BEEFD726BE268DC6C5DA9FA43>
- Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Vindel & García-Fernández (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad*

y *estrés*. 18(2-3): 201-219. Recuperado de

[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35859/1/2012\\_Martinez-Monteagudo\\_et al\\_AnsiedadyEstres.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35859/1/2012_Martinez-Monteagudo_et al_AnsiedadyEstres.pdf)

Mercado-Martínez, F. & Hernández-Ibarra, E. (2016). Crónica de la enfermedad renal Voces que viven y escuchan el padecimiento. Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud. México. Recuperado de <http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CronicaEnfermedadRenal.pdf>

Meneses-Liendo V, Medina Chávez M, Gómez Lujan M, Cruzalegui Gómez C, Alarcón-Ruiz CA. (2021). Insuficiencia renal y hemodiálisis en pacientes hospitalizados con COVID-19 durante la primera ola en Lima, Perú. *Acta Med Peru*. 2021; 38(4):249-56. Doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2021.384.2169>

Miyahira, J. (2003). Insuficiencia renal aguda. *Revista Médica Herediana. Scielo*. 14(1), 36-43. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2003000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2003000100006&lng=es&tlng=es).

Ministerio de Salud (MINSa, 2016). Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015. *Ministerio de salud del Perú dirección general de epidemiología* Recuperado de [https://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20EL%20PERU%20\(1\).pdf](https://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20EL%20PERU%20(1).pdf)

Ministerio de Salud (MINSa, 2022). Boletín Epidemiológico del Perú. *Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades*. (31). Recuperado de [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202210\\_30\\_230802.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202210_30_230802.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2010). Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención. Argentina. Recuperado de [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000069cnt-2012-08-02\\_guia-prevencion-deteccion-precoz-enfermedad-renal-cronica-adultos.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000069cnt-2012-08-02_guia-prevencion-deteccion-precoz-enfermedad-renal-cronica-adultos.pdf)

Mills, K., Xu, Y., Zhang, W., Bundy, J., Chung-Shiuan, C., Tanika, N., Jing, C. & Jiang, H. (2015). A systematic analysis of worldwide population-based data on the global burden of chronic kidney disease in 2010. *Kidney International*. (88);5, 950-957. Doi:<https://doi.org/10.1038/ki.2015.230>

Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Universidad Sur Colombiana. Recuperado de: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Moreno Núñez, Eutropio, Arenas Jiménez, M<sup>a</sup> Dolores, Porta Bellmar, Esperanza, Escalant Calpena, Laura, Cantó García, M<sup>a</sup> José, Castell García, Gema, Serrano Gómez, Felipe, Samper Llobregat, Javier, Millán Mayol, Diana, & Cases Iborra, José M. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(4), 17-25. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752004000400004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752004000400004&lng=es&tlng=es)

Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2011) Pautas y orientación operativa para la revisión ética de la investigación en salud con seres humanos. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89644/9789275317259\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89644/9789275317259_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2019/2021). Undécima Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1995). Décima Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). Depresión. World Health Organization. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial De La Salud (OMS, 2017). Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. World Health Organization. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/2017/es/](https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/)

Organización Panamericana de la Salud (2014). Crece el número de enfermos renales entre los mayores de 60 años con diabetes e hipertensión. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2014-crece-numero-enfermos-renales-entre-mayores-60-anos-con-diabetes-e-hipertension#:~:text=diabetes%20e%20hipertensi%C3%B3n-.Crece%20el%20n%C3%BAmero%20de%20enfermos%20renales%20entre%20los%20mayores,a%C3%B1os%20con%20diabetes%20e%20hipertensi%C3%B3n&text=Se%20estima%20que%20uno%20de,en%20pacientes%20con%20alto%20riesgo.>

Organización Panamericana de la Salud (2021). La carga de enfermedades renales en la Región de las Américas, 2000-2019. Portal de Datos ENLACE, Organización Panamericana de la Salud. 2021. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedes-renales>

- Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología (2009). Informe 2006 de diálisis y trasplante renal en España. *Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*. *Nefrología* 2009; 29(6):525-533. Recuperado de: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699509033719>
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*. 35(1):227-232. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-95022017000100037&script=sci\\_abstract](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-95022017000100037&script=sci_abstract)
- Pazmiño, V. (2022). Influencia de la hemodiálisis en el estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica en la Clínica Dialycen. [Tesis de Maestría]. Repertorio de Universidad Estatal De Milagro. [https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5986/1/PAZMI% c3% 91O %20VILLAO%20ALEXANDRA.pdf](https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5986/1/PAZMI%c3%91O%20VILLAO%20ALEXANDRA.pdf)
- Patilla, C. (2018). Adaptación De La Escala Hospitalaria De Ansiedad Y Depresión (Had) En Una Muestra De Pacientes Con Cáncer De Mama. Unife. Vol. 14(1) pp. 69-75. Recuperado de: <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/tematicapsicologica/article/view/1811/2099>
- Pereira-Rodríguez, Boada-Morales, Peñaranda-Florez & Torrado-Navarro (2017). Diálisis Hemodiálisis Una Revisión Actual Según La Evidencia Rehabilitar Cúcuta IPS, Grupo De Investigación Rehabilitar CI. 15(2). Recuperado de: [http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2017/volumen15\\_2/articulo2.pdf](http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2017/volumen15_2/articulo2.pdf)
- Pérez, C., Moyano, M. C., Estepa del Árbol, M., Crespo, R. (2015). Factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud de pacientes trasplantados de riñón.

- Enfermería Nefrológica*, 18(3), 204–226. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000300009>
- Prieto, G. y Delgado, A. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del Psicólogo*, 2010. Vol. 31(1), pp. 67-74. Recuperado de <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1797.pdf>
- Queiroz F., Bandeira B., das Graças M., & Brandão C. (2014). Changes in the self-concept mode of women undergoing hemodialysis: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(2), 219-226. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3614/361441691011.pdf>
- Robles (2022). Asociación entre depresión y adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso a urgencias del HGZ2 de Aguascalientes. [Tesis de especialidades, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. Repositorio Bibliográfico <http://hdl.handle.net/11317/2341>
- Rojas, E. (2014). Cómo superar la ansiedad la obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones. Ediciones Temas de Hoy. España. Recuperado de [https://www.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/30/29106\\_Como\\_superar\\_la\\_ansiedad.pdf](https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/30/29106_Como_superar_la_ansiedad.pdf)
- Rueda, P. & Cerezo, M. (2020). Resiliencia y cáncer: una relación necesaria. *Escritos de Psicología (Internet)*, 13(2), 90-97. Recuperado de <https://revistas.uma.es/index.php/espsi/article/view/10032/12836>
- Torrents, Roser, Ricart, Maite, Ferreiro, María, López, Ana, Renedo, Laura, Lleixà, Mar, & Ferré, Carme. (2013). Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 60-64. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>

- Toledo, S., y Giovana, G. (2023). Depresión y ansiedad en pacientes SIS-FISSAL con tratamiento de Hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis Laurent-Cajamarca-2022. [Tesis de licenciatura]. [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNC\\_7a086810b415e71de190f77946625b6b](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNC_7a086810b415e71de190f77946625b6b)
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1995). Trastorno del estado de ánimo II. Teorías psicológicas. *Manual de psicopatología*. 2, 341-378. Madrid: McGraw Hill. <https://docplayer.es/12406088-Sanz-j-y-vazquez-c-1995-trastornos-del-estado-de-animo-teorias-psicologicas-en-a-belloch-b-sandin-y-f-ramos-eds.html>
- Vento, D. y Celis, S. (2019). Nivel de ansiedad y depresión en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019. [Tesis de licenciatura]. Repositorio de la Universidad Científica del Perú. <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/976>
- Ventura-León, José Luis, Arancibia, Marcelo, & Madrid, Eva. (2017). La importancia de reportar la validez y confiabilidad en los instrumentos de medición: Comentarios a Arancibia et al. *Revista médica de Chile*, 145(7), 955-956. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700955>
- Veiga, J., Fuente, E. & Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(210), 81-88. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&tlng=es)
- Vilchis-Aguila, Secín-Diep, López-Avila, Córdova-Pluma (2010). Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. *Medicina*

*Interna de México*, 26; 5-10. Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim101b.pdf>

Zigmond & Snaith (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. Dept. of Psychiatry (Head: Prof. A. C. P. Sims), St. James' University Hospital, Leeds, Yorkshire, England. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

## ANEXOS

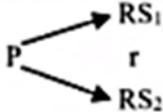
### Anexo 1: Matriz de consistencia

	<b>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>HIPÓTESIS</b>
	<b>Problema general</b>	<b>Objetivo general</b>	<b>Hipótesis general</b>
	¿Cuál es la relación que existe entre la Depresión y Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?	Conocer la relación entre la Depresión y Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.	Sí existe relación entre la Depresión y Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.
	<b>Problemas de investigación</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>Hipótesis específica</b>
	PE 1: ¿Cuál es la descripción de la depresión en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?	OE 1: Describir la Depresión en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.	HE 1: La Depresión en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, se estima que será alta.
	PE 2: ¿Cuál es la descripción de la ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?	OE 2: Describir la Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.	HE 2: La Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, se estima que será alta.

<p>PE 3: ¿Cuál es la descripción de la depresión según género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?</p>	<p>OE 3: Describir la depresión según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.</p>	<p>HE 3: La depresión según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, se estima que es alto o caso clínico, para la población femenina.</p>
<p>PE 4: ¿Cuál es la descripción de la ansiedad según género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?</p>	<p>OE 4: Describir la ansiedad según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.</p>	<p>HE 4: La ansiedad según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, se estima que es alto o caso clínico, para la población femenina.</p>
<p>PE 5: ¿Cuál es la descripción de la depresión según el estado civil en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?</p>	<p>OE 5: Describir la depresión según el estado civil en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.</p>	<p>HE 5: La depresión según el estado civil en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, se estima que moderado o caso dudoso para la población casado.</p>
<p>PE 6: ¿Cuál es la descripción de la ansiedad según el estado civil en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?</p>	<p>OE 6: Describir la ansiedad según el estado civil en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.</p>	<p>HE 6: La ansiedad según el estado civil en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, se estima que moderado o caso dudoso para la población casado.</p>

<p>PE 7: ¿Cuáles son las diferencias de la depresión según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?</p> <p>PE 8: ¿Cuáles son las diferencias de la ansiedad según el género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?</p> <p>PE 9: ¿Cuáles son las diferencias de la depresión según el tiempo de tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021?</p> <p>PE 10: ¿Cuáles son las diferencias de la ansiedad según el tiempo de tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021, por el tiempo de tratamiento del paciente?</p>	<p>OE 7: Encontrar la diferencia de la depresión según género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.</p> <p>OE 8: Encontrar la diferencia de ansiedad según género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.</p> <p>OE 9: Encontrar las diferencias de la depresión según el tiempo de tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.</p> <p>OE 10: Encontrar las diferencias de la ansiedad según el tiempo de tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.</p>	<p>HE 7: Sí hay diferencia según género para la depresión en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.</p> <p>HE 8: Sí hay diferencia de ansiedad según género en pacientes adultos sometidos al tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.</p> <p>HE 9: Sí hay diferencias de la depresión según el tiempo de tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021.</p> <p>HE 10: Sí hay diferencias de la depresión según el tiempo de tratamiento sustitutivo renal en una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021</p>
---	---	---

VARIABLE E INDICADORES								
DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	NIVEL DE RASGO	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUCCIONES	ESTADÍSTICA UTILIZAR
Ansiedad	Preocupación, presencia de tensión y presencia de situaciones de temor.	1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13	Likert del 0 a 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inferior o igual a 7 puntos = no caso</li> <li>• De 8 a 10 puntos = caso dudoso</li> <li>• Igual o superior a 11 puntos = caso</li> </ul>	<p><b>Tipo</b> No experimental</p> <p><b>Diseño</b> Transversal</p> <p><b>Enfoque</b> Cuantitativo</p> <p><b>Nivel</b> Correlacional</p>	<p><b>Población</b> Pacientes entre las edades de 17 a 60 años de edad.</p> <p><b>Tipo de muestra</b> No probabilística</p> <p><b>Tamaño de la muestra</b> 86 pacientes</p>	<p><b>Variable 1:</b> Ansiedad</p> <p><b>Técnicas:</b> Encuesta y cuestionario</p> <p><b>Instrumento:</b> Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).</p> <p>Autores: Zigmond A. S. &amp; Snaith R. P.</p> <p>Año: 1983</p> <p>Año de adaptación: 2018</p> <p>Duración de la aplicación: 5 min.</p>	<p>Validez de contenido por el estadístico V de Aiken, validez de proceso de respuesta y validez de estructura interna por medio del análisis factorial exploratorio.</p> <p>Confiabilidad Alfa de Cronbach. Y Omega de McDonald.</p>

<p>Depresión</p>	<p>Estados de anhedonia, pensamientos pesimistas, pérdida de interés en las actividades habituales o la incapacidad para experimentar placer.</p>	<p>2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14</p>	<p>Likert del 0 a 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inferior o igual a 7 puntos = no caso</li> <li>• De 8 a 10 puntos = caso dudoso</li> <li>• Igual o superior a 11 puntos = caso</li> </ul>	<p><b>Diagrama de estudio</b></p> 	<p><b>Tipo de muestreo</b> Por conveniencia y de sujetos voluntarios</p> <p><b>Criterio de inclusión</b></p> <p>a) Ser paciente con tratamiento sustitutivo renal.</p> <p>b) Ser paciente perteneciente a alguno de los dos centros escentralizados de salud.</p> <p>c) Estar entre las edades de 17 a 60 años</p>	<p><b>Variable 2:</b> Depresión</p> <p><b>Técnicas:</b> Encuesta y cuestionario</p> <p><b>Instrumento:</b> Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).</p> <p>Autores: Zigmond &amp; Snaith</p> <p>Año: 1983</p> <p>Año de adaptación: 2018</p> <p>Duración de la aplicación: 5 min</p>	<p>Análisis de normalidad por medio de Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk</p> <p>Estadísticos paramétricos como T de Student y estadísticos no paramétricos como U de Mann-Whitney.</p>
------------------	---	--------------------------------	-------------------------	--	---	--	--	--

**Anexo 2: Constancia de Revisión del Proyecto de Tesis.****CONSTANCIA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TESIS**

El asesor Claudia Karina Guevara Cordero, docente de la Universidad Privada del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera profesional de Psicología, ha realizado el seguimiento del proceso de formulación y desarrollo del proyecto de investigación del(os) estudiante(s):

- Leonor Sofia Fernandez Paco

Por cuanto, **CONSIDERA** que el proyecto de investigación titulado: “Depresión y Ansiedad en pacientes adultos sometidos al tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2021” para aspirar al título profesional por la Universidad Privada del Norte, reúne las condiciones adecuadas, por lo cual, **AUTORIZA** al(los) interesado(s) para su presentación.

---

Mg. Claudia Guevara Cordero

Asesora

**Anexo 3: Consentimiento Informado.****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Sr/Sra. \_\_\_\_\_  
con D.N.I. \_\_\_\_\_

**MANIFIESTO:**

Que he sido informado por Leonor Sofia Fernandez Paco del estudio que se realizará en el centro de salud descentralizado, sobre la ansiedad y depresión en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis, así como la importancia de mi colaboración no suponiendo riesgo alguno para mi salud.

**ACEPTO:**

Participar en el estudio colaborando en cada uno de los puntos expuestos a continuación:

1. Recogida de datos que realizare rellenando el cuestionario que me proporcionaron.
2. Recopilación de los datos de la historia clínica.

La persona que realiza el estudio garantiza que, en todo momento, la información recogida a los participantes será confidencial y sus datos serán tratados de forma anónima.

Después de ser debidamente informado, deseo libremente participar y me comprometo a colaborar en todo momento en todo lo anteriormente mencionado.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma del paciente

Leonor Sofia Fernandez Paco

D.N.I. 71918544

**Anexo 4: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)**
**ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)**

Zigmond A. S. &amp; Snaith R. P. (1983)

<b>FICHA SOCIODEMOGRÁFICA</b>		
<b>EDAD:</b>		Años
<b>SEXO:</b>	<input type="radio"/> Femenino	<input type="radio"/> Masculino
<b>ESTADO CIVIL:</b>	<input type="radio"/> Soltero (a)	<input type="radio"/> Casado (a)
	<input type="radio"/> Separado (a) / divorciado (a)	<input type="radio"/> Viudo (a)
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<input type="radio"/> Primaria	<input type="radio"/> Secundaria
	<input type="radio"/> Técnico	<input type="radio"/> Superior
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	<input type="radio"/> Activo	<input type="radio"/> Desempleo
	<input type="radio"/> Ama de casa	<input type="radio"/> Jubilado
	<input type="radio"/> Incapacidad laboral temporal	<input type="radio"/> Incapacidad laboral permanente
<b>TIEMPO DE TRATAMIENTO EN HEMODIÁLISIS</b>		Meses
<b>TIPO DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL</b>	<input type="radio"/> Fistula	<input type="radio"/> Cánula
	<input type="radio"/> Peritoneal	
<b>POSEE ALGUNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE ¿CUÁL?</b>		

## ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), es una escala de autoaplicación, cuyo objetivo es evaluar la magnitud o intensidad de los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes hospitalarios.

Esta prueba está dirigida a determinar cómo te has sentido en la última semana a pesar de que las preguntas están formuladas en presente. Debes elegir entre una de cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada, rodeando con un círculo (O) o marcando con un aspa (X) la respuesta elegida.

D	A	Insten
		1. Me siento tenso o nervioso.
	0	Nunca
	1	A veces
	2	Muchas veces
	3	Todos los días
		2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer.
0		Como siempre
1		No lo bastante
2		Sólo un poco
3		Nada
		3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder.
	0	Nada
	1	Un poco, pero me preocupa
	2	Sí, pero no es muy fuerte
	3	Definitivamente, y es muy fuerte
		4. Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas.
0		Al igual que siempre lo hice
1		No tanto ahora
2		Casi nunca
3		Nunca
		5. Tengo mi mente llena de preocupaciones
	0	Sólo en ocasiones
	1	A veces, aunque no muy a menudo
	2	Con bastante frecuencia
	3	La mayoría de las veces
		6. Me siento alegre
0		Casi siempre
1		A veces
2		No muy a menudo

3		Nunca
		7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.
	0	Siempre
	1	Por lo general
	2	No muy a menudo
	3	Nunca
		8. Siento como si yo cada día estuviera más lento.
0		Nunca
1		A veces
2		Muy a menudo
3		Por lo general en todo momento
		9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago.
	0	Nunca
	1	En ciertas ocasiones
	2	Con bastante frecuencia
	3	Muy a menudo
		10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado
0		Me preocupo al igual que siempre
1		Podría tener un poco más cuidado
2		No me preocupo tanto como debiera
3		Totalmente
		11. Me siento inquieto (a) como si no pudiera parar de moverme.
	0	Nada
	1	No mucho
	2	Bastante
	3	Mucho
		12. Me siento optimista respecto al futuro.
0		Igual que siempre
1		Menos de lo que acostumbraba
2		Mucho menos de lo que acostumbraba
3		Nada
		13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
	0	Nada
	1	No muy a menudo
	2	Bastante a menudo
	3	Muy frecuentemente
		14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.
0		A menudo
1		A veces
2		No muy a menudo
3		Rara vez

**Gracias por su participación**

## Anexo 5: Adaptación virtual de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)

<h3>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)</h3> <p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Se le invita a participar de la siguiente encuesta.</p> <p>Si usted acepta participar, deberá llenar una ficha de datos y completar el siguiente inventario sobre depresión y la ansiedad, las cuales se deben responder a todas las preguntas con honestidad y seriedad, recuerde que no hay respuesta mala.</p> <p>Es importante señalar que no existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Si usted desea, se le puede informar de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de la investigación realizada.</p> <p>Finalmente, se guardará la información haciendo uso de códigos, por lo que ningún momento se le solicitará sus datos personales. Esperamos su participación.</p> <p>¡Éxitos!</p> <p><b>*Obligatorio</b></p>	<h3>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)</h3> <p><b>*Obligatorio</b></p> <h4>FICHA SOCIODEMOGRÁFICA</h4> <p>Edad: *</p> <p>Tu respuesta _____</p> <p>Sexo: *</p> <p><input type="radio"/> Femenino</p> <p><input type="radio"/> Masculino</p> <p>Estado civil *</p> <p><input type="radio"/> Soltero (a)</p> <p><input type="radio"/> Casado (a)</p>
<p>¿ACEPTA PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN? *</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>	

### Link de la escala virtual

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe\\_rq\\_Ni52NyJ6YvaBICvUmGFsxqyr-Se8vSqwHVGG3AZ3kBg/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe_rq_Ni52NyJ6YvaBICvUmGFsxqyr-Se8vSqwHVGG3AZ3kBg/viewform)

## **Anexo 6: Análisis Psicométrico**

Para realizar el análisis de datos de una prueba, es necesario tener en cuenta dos aspectos principales, los cuales son de manera necesarias u obligatorios de ser reportados durante una investigación, estos aspectos a reportar son la validez y la confiabilidad del instrumento, los cuales son propiedades importantes del instrumento que permiten conocer el nivel de precisión y evidencia del mismo, garantizando de esta manera que el instrumento es óptimo para su aplicación (Ventura-León et al., 2017).

### **1.1. VALIDEZ DE LA ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y**

#### **DEPRESIÓN (HAD)**

Por su parte la validez es entendida como el grado en que la evidencia y la teoría respaldan un instrumento, en otras palabras, la validez consiste en la recaudación de información relevante que proporcionará una base científica sólida para un instrumento propuesto; la amplia variedad de pruebas hace difícil que solo exista un mecanismo o una forma de validez, siendo que en algunos casos, la validez de una sola manera no sea útil para ciertos instrumentos, es por ello que existe cinco fuentes de validez tales como la Validez basada en el contenido, Validez de estructura interna, Validez de relación con otra variable, Validez en consecuencia del instrumento y por último Validez en el proceso de respuesta (AERA et al., 2014).

##### **1.1.1. Validez de contenido**

La validez o evidencia basado en el contenido de una prueba, se centra en analizar la relación entre el contenido de una prueba y el constructo que se pretende medir con este, esto con el fin de evidenciar el dominio y la relevancia del contenido para su posterior aplicación (AERA et al., 2014).

En esta investigación se recurrió a la búsqueda de jueces expertos, habiendo participado un total de cinco profesionales, entre ellos, dos psicólogos investigadores, dos psicólogos clínicos y un especialista en el tema, siendo este un psico nefrólogo, a quienes se les brindó una ficha de validación de jueces en la cual se registró que tan pertinente, relevante y claro le parecía el ítem, posteriormente se analizaron sus respuestas con el estadístico V de Aiken, considerando eliminar aquellos ítems menores a ,50 frente a lo cual ningún ítem se logró eliminar, como se aprecia en la siguiente tabla.

**Tabla 20:**  
 Validez de contenido mediante el juicio de expertos.

		Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	V de Aiken	Interpretación
Ítem 1	Pertinencia	5	5	5	4	5	0.95	VALIDO
	Relevancia	5	5	5	4	5	0.95	
	Claridad	5	3	5	4	5	0.85	
Ítem 2	Pertinencia	5	4	1	4	5	0.70	VALIDO
	Relevancia	3	4	1	4	5	0.60	
	Claridad	5	3	3	4	2	0.60	
Ítem 3	Pertinencia	5	5	5	4	5	0.95	VALIDO
	Relevancia	5	5	5	4	5	0.95	
	Claridad	5	4	5	4	5	0.90	
Ítem 4	Pertinencia	5	3	5	5	5	0.90	VALIDO
	Relevancia	5	3	5	5	5	0.90	
	Claridad	5	3	5	5	4	0.85	
Ítem 5	Pertinencia	5	4	5	5	5	0.95	VALIDO
	Relevancia	5	4	5	5	5	0.95	
	Claridad	5	5	5	5	5	1.00	
Ítem 6	Pertinencia	5	3	5	5	5	0.90	VALIDO
	Relevancia	5	3	5	5	5	0.90	
	Claridad	5	3	5	5	5	0.90	
Ítem 7	Pertinencia	5	4	3	5	5	0.85	VALIDO
	Relevancia	5	5	3	5	5	0.90	
	Claridad	5	5	3	5	5	0.90	
Ítem 8	Pertinencia	5	3	5	5	4	0.85	VALIDO
	Relevancia	5	3	5	5	4	0.85	
	Claridad	5	3	5	5	3	0.80	
Ítem 9	Pertinencia	5	4	5	4	5	0.90	VALIDO
	Relevancia	5	3	5	4	5	0.85	

	Claridad	5	3	5	4	5	0.85	
	Pertinencia	5	4	5	5	5	0.95	
Ítem 10	Relevancia	5	4	5	5	4	0.90	VALIDO
	Claridad	5	4	5	5	2	0.80	
	Pertinencia	5	4	5	4	5	0.90	
Ítem 11	Relevancia	5	4	5	4	5	0.90	VALIDO
	Claridad	5	4	5	4	5	0.90	
	Pertinencia	5	4	5	5	5	0.95	
Ítem 12	Relevancia	5	4	5	5	5	0.95	VALIDO
	Claridad	5	4	5	5	5	0.95	
	Pertinencia	5	4	5	4	5	0.90	
Ítem 13	Relevancia	5	4	5	4	5	0.90	VALIDO
	Claridad	5	4	5	4	5	0.90	
	Pertinencia	5	4	5	4	5	0.90	
Ítem 14	Relevancia	5	4	5	4	5	0.90	VALIDO
	Claridad	3	4	5	4	5	0.80	

Fuente: Tabla de Excel diseñado por el Dr. José Ventura – León

Posteriormente, se procedió a aplicar una prueba piloto, el cual según Balestrini (2006), es el procedimiento de la aplicación del test de manera preliminar o también considerada como una investigación de ensayo, en donde se aplica el test a una población similar a la cual va dirigido o a una porción pequeña de la población de donde se definirá la muestra definitiva de la investigación, el objetivo de esto es poder identificar si los enunciados del test se logran entender sin problema por la población.

De esta forma, participaron cinco personas en la aplicación piloto, la cual se realizó mediante el formulario de Google, frente a la cual se le presentaba a cada persona uno a uno los ítems y esta tenía que valorar si “sí entendiéndolo” o “no entendiéndolo” el ítem, a su vez se brindó un espacio para que las personas puedan dejar un comentario si se desea al respecto del ítem. Finalmente, se concluyó en que todos los participantes no criticaron ninguno de los ítems dando puntajes altos a los mismos, por lo que todos los ítems fueron considerados para la aplicación masiva final.

De esta manera, se muestra que, en la investigación realizada se consideró tanto la revisión de jueces como la aplicación de prueba piloto, que ayudaron a tener la seguridad de contar con ítems adecuados para medir la variable depresión y ansiedad.

### 1.1.2. Validez de estructura interna

Posteriormente, se realizó una validez estructural interna, que indica el grado de relación entre los elementos de la prueba y sus componentes. En otras palabras, la validez basada en la estructura interna consiste en evaluar el número de elementos a través de un programa estadístico que involucra a cada elemento y su pertenencia al elemento o dimensión representada por el instrumento (AERA et al., 2014).

Este proceso de validez se realizó mediante el análisis factorial exploratorio, por lo que se procedió a reportar cómo se encuentran los indicadores de pertinencia de la validez, en otras palabras, se procederá a decir que tan bueno es su validez para esta investigación. Se procederá a iniciar con la prueba esférica de Barlett, que indica que tanto las dimensiones son independientes entre sí, además se identificara el P- valor quién debe ser menor a ,05 lo que indica que los datos son aceptables para el análisis factorial.

Fue así que se recurrió al paquete estadístico JAMOMI v. 1.6.15, en el cual se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 21:**

Prueba de esfericidad de Bartlett

X <sup>2</sup>	df	p
582	91	< .001

Fuente: Tabla creada con el programa Jamovi

A continuación, se analizó el índice KMO, que se refiere a una medida de la adecuación de la muestra. En otras palabras, muestra cuán buena fue la recopilación de datos en términos de calidad y cantidad de información.

**Tabla 22:**

*Medida de adecuación de muestreo de KMO*

	MSA
Overall	0.905
iten 1	0.892
iten 2	0.910
iten 3	0.861
iten 4	0.869
iten 5	0.951
iten 6	0.936
iten 7	0.936
iten 8	0.941
iten 9	0.897
iten 10	0.838
iten 11	0.862
iten 12	0.927
iten 13	0.903
iten 14	0.904

Fuente: Tabla creada con el programa Jamovi

En la tabla 22 se puede evidenciar que el puntaje obtenido en el Overall, es un puntaje superior al .750, el cual demuestra que es un puntaje valido para el análisis posterior.

**Tabla 23:**

Tabla de factores de varianza

Factor	SS Loadings	% of Variance	Cumulative %
1	4.05	28.9	28.9
2	2.87	20.5	49.4

Fuente: Tabla creada con el programa Jamovi

En la tabla 23, nos indica los factores de la varianza de la variable, lo cual hacen referencia que el instrumento propuesto explica en un 49.4% la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, aunque no supero el mínimo de 50% que es el valor deseable se

considera que es un valor o porcentaje aceptable, esto debido a que la variable psicológica depresión o ansiedad, son variables subjetivas a la mirada de la persona.

Por último, se puede evidenciar que en las tres tablas concluyen en el presente instrumento cuenta con índices o niveles adecuadas de validez.

## **2. VALIDEZ DE PROCESO DE RESPUESTA**

Por su parte la validez de proceso de respuesta es entendida como el proceso en el cual se cuestiona la respuesta obtenida por parte de la población examinada o estrategias de desempeño de los mismos, esto debido a que las respuestas no adecuadas pueden producir cambios en la evidencia final (AERA et al., 2014), haciendo referencia que la validez de proceso de respuesta consiste en la eliminación de casos mal contestados que puedan alterar el resultado final, estos casos que son eliminados son identificados por contar con un patrón de respuesta inadecuada, los cuales pueden ser por aquiescencia (darle valor máximo a los ítem), disaquiescencia el cual es darle el valor mínimo de los ítems, respuesta externa cuando las personas responden a los ítems de manera externas dando valor muy mínimo y máximo a la vez.

Por tal motivo antes de realizar el análisis estadístico se procedió a realizar la validez de proceso de respuesta, en la cual se procedió a utilizar distintos filtros por parte del programa Microsoft Excel, quién nos permitió evidenciar los puntajes de la muestra, llegando a evidenciar que en la data no se llegó a presentar casos que eliminar, confirmando que la muestra de 86 personas es válida para su posterior análisis.

## **CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA**

Por otro lado, ahora se pasará a realizar el análisis de confiabilidad el que fue realizado por el análisis de confiabilidad de consistencia interna, el cual es un índice de

la confiabilidad entre los puntajes de las pruebas o dimensiones derivadas de las interrelaciones estadísticas entre las respuestas a los ítems o las puntuaciones en partes de una prueba (AERA et al., 2014), es decir, la confiabilidad del tipo de consistencia interna se refiere al grado en que los ítems, puntos o reactivos forman parte de la escala se correlacionan entre sí. Por ello, analizamos la fiabilidad tanto del test en su conjunto como de sus dos dimensiones.

**Tabla 24:**  
*Confiabilidad de la Escala General*

	mean	Sd	Cronbach's $\alpha$	McDonald's $\omega$
scale	1.23	.606	.913	.917

Fuente: Tabla creada con el programa Jamovi.

Como se aprecia en la tabla 24, el alfa de Cronbach como el omega de McDonald obtuvieron puntajes muy similares y al contrarrestarlos en los valores propuestos de George & Mallery en donde mencionan que obtener un valor menor a .50 es inaceptable, un valor entre .50 – .60 es pobre, un valor de .60 – .70 es aceptable, entre .70 – .80 es bueno y un puntaje superior a .90 es excelente (Aliaga et al., 2018), siendo el último valor obtenido en la tabla 24, haciendo de este un test con una confiabilidad óptimo para su uso.

## CONFIABILIDAD POR DIMENSIONES

Ahora se procederá a explicar la confiabilidad por cada dimensión, en caso de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), se cuenta con dos dimensiones, la primera ansiedad y la segunda depresión.

### Dimensión Ansiedad

**Tabla 25:**  
Estadísticas de confiabilidad de escala por dimensión ansiedad

	<b>mean</b>	<b>sd</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>	<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
scale	1.33	.635	.855	.860

Fuente: Tabla creada con el programa Jamovi.

En la tabla 25, se puede observar el nivel de confiabilidad con respecto a la dimensión ansiedad del instrumento usado, en la cual se evidencia que se obtuvo resultados buenos y favorables para la aplicación del test.

### **Dimensión Depresión**

#### **Tabla 26:**

Estadísticas de confiabilidad de escala por dimensión depresión

	<b>mean</b>	<b>Sd</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>	<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
Scale	1.12	.662	.865	.864

Fuente: Tabla creada con el programa Jamovi.

En la tabla 26, se puede observar el nivel de confiabilidad con respecto a la dimensión depresión del instrumento usado, en la cual se evidencia que se obtuvo resultados buenos y favorables para la aplicación del test.

**Anexo 7: Documentos Para Validar Los Instrumentos De Medición A Través De Juicio De Expertos****CARTA DE PRESENTACIÓN**

Mg.:

Presente. -

**Asunto:** Validación de instrumento a través de juicio de expertos.

Por intermedio del presente documento lo saludo cordialmente, siendo estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad Privada del Norte, con código de matrícula N00080709.

Ante usted me dirijo y expongo lo siguiente:

Teniendo que validar el instrumento de medición psicológica: “La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)”, con el cual se recogerá información objetiva; considero que, para ello, es imprescindible contar con sus apreciaciones como especialista, y por su connotada experiencia en el tema y/o investigación.

Agradezco de antemano su gentil colaboración, y su valioso aporte al desarrollo de la ciencia psicológica.

Atte,

---

Nombre del estudiante: Leonor Sofia Fernandez Paco

D.N.I: 71918544

Adjunto:

1. Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
2. Matriz de operacionalización de las variables.
3. Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLE Y SUS DIMENSIONES

**Variable:** Depresión y Ansiedad

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) de Zigmond y Smith. (1983), constituye un instrumento para medir la ansiedad y la depresión en pacientes con condiciones médicas físicas u orgánicas. Según los autores, en el desarrollo de la escala se prestó especial atención a la definición de los términos ansiedad y depresión. De esta forma, los componentes del test que corresponden a las subescalas de ansiedad están diseñados para examinar si el paciente estaba preocupado, tenso o reflejaba una situación ansiosa. Por otro lado, la subescala de depresión mide un estado de 'anhedonia'. Básicamente, esto indica problemas como el pensamiento pesimista, la pérdida de interés en las actividades normales o la incapacidad para experimentar placer. Es decir, se asocia a una falta de satisfacción con las actividades realizadas. (Zigmond & Snaith, 1983, citados por López-Roig et al., 2000).

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) es una escala autoadministrada diseñada para evaluar el grado o intensidad de los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados. El instrumento consta de 14 ítems cuyas valoraciones se asignan en una escala tipo Likert que va de 0 a 3. Por otro lado, la escala representa dos subescalas con siete ítems cada uno, por lo que los ítems pares forman la subescala de Depresión y los impares forma parte de la subescala de Ansiedad. El tiempo de aplicación recomendado es de 10 minutos.

## Dimensiones de las variables:

### Dimensión 1: Ansiedad

Esta dimensión se enfoca a identificar los síntomas presentes en los pacientes, tales como la preocupación, presencia de tensión y presencia de situaciones de temor.

### Dimensión 2: Depresión

Esta dimensión se enfoca en identificar un estado anhedónico manifestado por pensamientos pesimistas, pérdida de interés en las actividades diarias o incapacidad para experimentar placer, es decir, está relacionado con la falta de satisfacción del paciente con las actividades realizadas.

## MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Categorías de respuesta
La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, cuenta con dos dimensiones ansiedad y depresión, cada dimensión cuenta con un puntaje máximo de 21 y puntaje mínimo de 0, el cual es el resultado de sumar los puntajes obtenidos al responder la escala.	Ansiedad	1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inferior o igual a 7 puntos = no caso</li> <li>● De 8 a 10 puntos = caso dudoso</li> <li>● Igual o superior a 11 puntos = caso</li> </ul>
	Depresión	2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inferior o igual a 7 puntos = no caso</li> <li>● De 8 a 10 puntos = caso dudoso</li> <li>● Igual o superior a 11 puntos = caso</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DEPRESIÓN**
**Apellidos y nombres del juez validador:**

Criterios:

**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
**Relevancia:** El ítem es importante y apropiado para incluirlo en la dimensión del constructo.  
**Claridad:** Se comprende fácilmente y se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem.

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda:

1. **No cumple con el criterio:** Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
2. **Bajo Nivel:** Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total
3. **Moderado nivel:** Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
4. **Alto nivel:** Los ítems son suficientes.
5. **Muy alto nivel:** Los ítems están muy bien redactados.

N	Dimensiones	Pertinencia					Relevancia					Claridad					Sugerencia
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
	<b>DIMENSIÓN 1 ANSIEDAD</b>																
1	Me siento tenso o nervioso																
3	Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder																
5	Tengo mi mente llena de preocupaciones																
7	Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.																
9	Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago.																
11	Me siento inquieto (a) como si no pudiera parar de moverme.																
13	Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.																

N	Dimensiones	Pertinencia					Relevancia					Claridad					Sugerencia
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
	<b>DIMENSIÓN 2 DEPRESIÓN</b>																
2	Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer.																
4	Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas.																
6	Me siento alegre																
8	Siento como si yo cada día estuviera más lento.																
10	He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado																
12	Me siento optimista respecto al futuro.																
14	Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.																

**Ingresar y revisar para la precisión de sus observaciones finales**

Link de la escala online: [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe\\_rq\\_Ni52NyJ6YvaBICvUmGFsxqyr-Se8vSqwHVGG3AZ3kBg/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe_rq_Ni52NyJ6YvaBICvUmGFsxqyr-Se8vSqwHVGG3AZ3kBg/viewform)

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

---

**Opinión de aplicabilidad:**    **Aplicable** [  ]        **Aplicable después de corregir** [  ]        **No aplicable** [  ]

.....de.....del 2020

---

**Firma y sello del Experto**