



**Universidad  
Ricardo Palma**

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

**“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS EN HEMODIÁLISIS DE UN  
HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ”**

**Tesis**

**Para Optar el Título Profesional de:**

**Licenciatura en Psicología**

**Autoras:**

**Bachiller Jessica Guillen Calvo**

**Bachiller Rossana Ordoñez Campos**

**Asesora:**

**Dra. Nelly Ugarriza Chávez**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**2017**



## RESUMEN

El objetivo principal es establecer el nivel de Depresión y Ansiedad en pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis. El estudio es de tipo descriptivo- comparativo y correlacional, con una población accesible de 101 pacientes que reciben hemodiálisis en un Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú. Se realizó un muestreo no aleatorio, obteniendo un tamaño muestral de 101 pacientes. Se empleó el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Resultados: Siendo no depresión 61.4% (62/101), depresión leve 23.8% (24/101) y depresión moderada 14.9% (15/101). En ausencia de ansiedad o ansiedad mínima 55.4% (56/101), ansiedad moderada o ansiedad marcada 42.6% (43/101) y ansiedad severa solo el 2% (2/101). Discusión: de manera general no se presentan niveles elevados de depresión y ansiedad, en los pacientes evaluados respecto al sexo y tiempo de tratamiento. Así mismo, se puede observar que la correlación entre el Puntaje Total de Depresión y Puntaje Total de Ansiedad es de ,301 significativa a un nivel de uno por ciento. En las diferencias significativas se evidencia que para el sexo femenino de la depresión se encuentra significativa al 0.01% el puntaje total de la depresión, el área física de la depresión y el área cognitivo de la ansiedad, por otro lado, al 0.05% se observa el área afectiva de la depresión, puntaje total de la ansiedad, factor II ansiedad interpersonal, factor III ansiedad fóbica y factor IV ante situaciones habituales o la vida diaria. Sin embargo, para el tiempo de tratamiento, el factor IV ante situaciones habituales o la vida diaria se encuentra significativa al 0.05% considerando de 1 año a 5 años.

**PALABRAS CLAVES:** Ansiedad, Depresión, Insuficiencia Renal y Hemodiálisis.

## ABSTRACT

The main objective is to determine the level of Depression and Anxiety in patients receiving hemodialysis treatment. The study is descriptive-comparative and correlational, with an accessible population of 101 patients receiving hemodialysis from the National Hospital of the National Police of Peru. A non-random sampling was performed, obtaining a sample size of 101 patients. The Beck Depression Inventory and the Inventory of Anxiety Situations and Responses were applied. Results: Being non-depressed 61.4% (62/101), mild depression 23.8% (24/101) and moderate depression 14.9% (15/101). In the absence of anxiety or minimal anxiety 55.4% (56/101), moderate anxiety or marked anxiety 42.6% (43/101) and severe anxiety only 2% (2/101). Discussion: In general, there are no elevated levels of depression and anxiety, in the patients evaluated with regard to sex and time of treatment. Likewise, it can be observed that the correlation between Total Depression Score and Total Anxiety Score is of 301 significant at a level of one percent. In the significant differences, it is evident that for the female sex of the depression, the total score of depression, the physical area of the depression and the cognitive area of anxiety are significant at 0.01, on the other hand, at 0.05 the area is observed Affective depression, total anxiety score, interpersonal anxiety factor II, phobic anxiety factor III and factor IV in normal situations or daily life. However, for the time of treatment, the factor IV before habitual situations or daily life is significant to 0.05 considering from 1 year to 5 years.

**KEY WORDS:** Anxiety, Depression, Renal Insufficiency and Hemodialysis.

**“DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS EN HEMODIALISIS DE UN  
HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU”**

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros padres por el apoyo incondicional y paciencia en este largo proceso de formación, así también a nuestra asesora la Doctora Nelly Ugarriza Chávez por su tiempo, dedicación y conocimiento en este proyecto anhelado.

Al Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú, Luis. N. Sáenz., por el respaldo que nos brindó para poder dar inicio con nuestro proyecto y evaluaciones.

A los pacientes del área de hemodiálisis, por su disposición para poder desarrollar las evaluaciones y tiempo, a pesar de su condición física.

Agradecemos también al profesor Dante Ítalo Gazzolo Durand, ya que él fue parte de nuestra motivación a dar inicio a esta tesis, por confiar en nosotras y por encaminar la tesis con sus consejos y conocimientos.

Finalmente queremos agradecer a nuestra profesión, motivación principal de día a día para culminar nuestra tesis y para poder seguir brindando conocimiento a los que inician este proceso de formación.

## DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mi madre Rossana Campos y a mi padre Nicolás Ordoñez, por confiar en mí y en mis conocimientos, por apoyarme en cada peldaño de mi formación profesional, por motivarme y aconsejarme a ser mejor persona, por dar todo de ellos para que cumpla mi sueño de ser profesional.

A ti mi ángel y abuela Consuelo que desde el cielo cuidaste de mis sueños y me enseñaste a no darme por vencida aun habiendo piedras en el camino y me enseñaste desde pequeña a valorar y agradecer lo bueno que me ha brindado la vida.

Rossana Ordoñez Campos.

Dedico esta investigación a mi madre Mónica Calvo Torres y a mi padre Dennis Guillen García, por su apoyo incondicional y su confianza; por ayudarme a levantarme y continuar con este proyecto.

Jessica Guillen Calvo.

## PRESENTACIÓN

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es una enfermedad con una mortalidad a corto o mediano plazo, sin embargo, gracias a diversas terapias medicas de sustitución o el trasplante de riñón se ha elevado los indices de vida (Lazarus y Denker, 1997, citado en García, Fajardo, Guevara, Gonzales y Hurtado, 2002). El método mas usado es la terapia dialítica, con un 80% de pacientes con IRCT y el 20% de pacientes restantes han logrado utilizar el trasplante de riñón (Gurland y Lysaght, 1993, citado en García, Fajardo, Guevara, Gonzales y Hurtado, 2002).

El Programa de Hemodiálisis Crónica se inicia en el Perú en 1967 (Piazza, 1973, citado en García, Fajardo, Guevara, Gonzales y Hurtado, 2002), en la actualidad se cuenta con 2.500 pacientes en este proceso. Los pacientes con hemodiálisis presentan una alta prevalencia de depresión, siendo este el problema psiquiátrico que conlleva a un mayor riesgo de mortalidad. (Kimmel y Peterson; 2000, citado en Garcia, Fajardo, Guevara, Gonzales y Hurtado, 2002). Tanto la ansiedad en conjunto a la depresión no ha sido bien estudiada.

Por lo mismo en esta investigación se tiene como objetivo evaluar el nivel de estos indicadores en pacientes que reciben hemodiálisis actualmente.

La investigación comprende los siguientes capítulos:

Capítulo I comprende el planteamiento de estudio, seguidamente el estudio del problema de la investigación, los objetivos generales y los objetivos específicos, la importancia y justificación del estudio y las limitaciones del estudio.

Capítulo II podemos mostrar el marco teórico en donde presentamos las investigaciones afines con el tema del estudio, las bases teóricas de los constructos utilizados y finalmente se procede las definiciones de términos básicos.

Capítulo III se explica los supuestos científicos, seguidamente de las hipótesis generales y las hipótesis específicas y por último las variables de la investigación.

Capítulo IV se procede a indicar el método y diseño de estudio, la población y la muestra, técnicas de instrumento, procedimiento para recolección de datos y técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Capítulo V se presentan los resultados obtenidos del estudio con sus respectivos análisis, interpretando los principales hallazgos y la discusión.

Capítulo VI se refiere al resumen del estudio, las conclusiones generales y específicas obtenidas; y las recomendaciones. Finalmente, las referencias bibliográficas y se adjuntan los anexos.

## ÍNDICE

### CAPÍTULO I

1. Planteamiento del estudio.....	13
1.1 Formulación del problema.....	13
1.2 Objetivos.....	14
1.2.1. Generales.....	14
1.2.2. Específicos.....	14
1.3. Importancia y justificación del estudio.....	17
1.4. Limitaciones del estudio.....	18

### CAPITULO II

2. Marco teórico.....	19
2.1. Investigaciones relacionadas con el tema.....	19
2.1.1. A nivel nacional.....	19
2.1.2. A nivel internacional.....	21
2.2. Bases teórico- científicas del estudio.....	22
2.2.1. Teoría cognitiva de Beck sobre la depresión.....	23
2.2.1.1. Triada cognitiva.....	23
2.2.1.2. Esquemas.....	24
2.2.1.3. Errores en el procesamiento de información.....	24
2.2.2. Teoría desde el enfoque interactivo y multidimensional de la ansiedad.....	26
2.3. Definición de términos básicos.....	29
2.3.1. Insuficiencia Renal.....	29
2.3.2. Hemodiálisis.....	29
2.3.3. Depresión.....	29
2.3.4. Ansiedad.....	29

### CAPITULO III

3. Hipótesis y variables.....	30
3.1. Supuestos científicos básicos.....	30
3.2. Hipótesis.....	31
3.2.1. Generales.....	31
3.2.2. Específicos.....	32
3.3. Variables de estudio o áreas de análisis.....	40

### CAPITULO IV

4. Método.....	42
4.1. Diseño de investigación.....	42
4.2. Población de estudio.....	43
4.3. Muestra de investigación o participantes.....	43
4.4. Técnicas de instrumentos de recolección de datos.....	43
4.4.1. Inventario de Depresión de Beck.....	44

4.4.1.1. Ficha técnica.....	44
4.4.1.2. Descripción de la prueba.....	44
4.4.1.3. Validez.....	45
4.4.1.4. Confiabilidad.....	46
4.4.2. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.....	47
4.4.2.1. Ficha técnica.....	47
4.4.2.2. Descripción de la prueba.....	47
4.4.2.3. Validez.....	48
4.4.2.4. Confiabilidad.....	48
4.5. Procedimientos para la recolección de datos.....	48
4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	49

## **CAPÍTULO V**

5. Resultados obtenidos.....	50
5.1. Presentación de datos generales.....	50
5.2. Presentación de análisis de datos.....	51
5.3. Interpretación o discusión de resultados.....	60

## **CAPÍTULO VI**

6. Resumen y conclusiones.....	68
6.1. Resumen del estudio.....	68
6.2. Conclusiones generales y específicos.....	69
6.3. Recomendaciones.....	71

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

a) Bibliografía citada en el estudio.....	73
-------------------------------------------	----

## **ANEXOS**

b) Consentimiento informado.....	81
c) Revocatoria.....	82
d) Figura 1.....	83
e) Figura 2.....	84

## LISTAS DE TABLAS

Tabla 1: <i>Áreas del Inventario de Depresión de Beck</i> .....	45
Tabla 2: <i>Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov aplicada a la distribución de los puntajes alcanzados por los pacientes que reciben hemodiálisis</i> .....	51
Tabla 3: <i>Distribución porcentual de los pacientes que reciben hemodiálisis según el nivel de depresión</i> .....	52
Tabla 4: <i>Distribución porcentual de los pacientes que reciben hemodiálisis según el nivel de ansiedad</i> .....	52
Tabla 5: <i>Distribución porcentual de la muestra según el sexo y tiempo de tratamiento</i> .....	53
Tabla 6: <i>Relación entre los puntajes totales de la depresión y de la ansiedad</i> .....	53
Tabla 7: <i>Comparación de los rangos promedios y niveles de significación de depresión y ansiedad considerando el sexo</i> .....	55
Tabla 8: <i>Comparación de los rangos promedios y niveles de significación de depresión y ansiedad considerando el tiempo de tratamiento</i> .....	56
Tabla 9: <i>Correlación de los puntajes totales de las áreas de la depresión y de la ansiedad</i> .....	57
Tabla 10: <i>Confiabilidad de Cronbach de la prueba de depresión y ansiedad</i> .....	58
Tabla 11: <i>Análisis factorial de los componentes de las pruebas administradas de depresión y ansiedad</i> .....	59

## **CAPÍTULO 1**

### **Planteamiento del estudio**

A lo largo de los años los criterios para diagnosticar ansiedad o depresión han sufrido diversos cambios que han ayudado a profundizar y obtener mayores aciertos al momento de realizar un diagnóstico. Es así que a través de esta investigación se quiere aportar en ese aspecto al revelar las posibles diferencias o similitudes existentes entre estos trastornos en una población poco estudiada. Existen escasas investigaciones sobre la incidencia de depresión y ansiedad en pacientes que reciben hemodiálisis en el Perú a pesar de que estos trastornos afectan significativamente a las personas que sufren de enfermedades renales crónicas, siendo la prevalencia de 9.3% a 15.5%. (Santivañez, Santivañez y Battilana; 1987). De allí que, en la presente investigación se plantea el siguiente problema:

#### **1.1. Formulación del problema**

- 1.1.1. ¿Qué nivel de depresión y ansiedad se evidencian en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú?

1.1.2. ¿Difiere la sintomatología depresiva y de la ansiedad según el sexo y el tiempo de tratamiento en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú?

1.1.3. ¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y la ansiedad en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú?

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivos Generales**

1.2.1.1. Determinar el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes que reciben hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

1.2.1.2. Determinar la diferencia de la depresión y de la ansiedad, según el sexo y el tiempo de tratamiento en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

1.2.1.3. Identificar la relación entre la depresión y la ansiedad en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

1.2.2.1. Comparar y analizar las diferencias con respecto al área afectiva de la depresión en cuanto al tiempo de tratamiento y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

- 1.2.2.2. Describir y verificar las diferencias en el área motivacional de la depresión con respecto al tiempo de tratamiento y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.
- 1.2.2.3. Detallar y equiparar las diferencias con respecto al área cognitiva de la depresión en lo que referente al tiempo de tratamiento y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.
- 1.2.2.4. Referir y comparar las diferencias con respecto al área conductual de la depresión en el caso del tiempo de tratamiento y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.
- 1.2.2.5. Describir y comprobar las diferencias con respecto al área física de la depresión en cuanto al tiempo de tratamiento y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.
- 1.2.2.6. Especificar y probar las diferencias con respecto al área cognitiva de la ansiedad de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú, según el sexo y tiempo de tratamiento.
- 1.2.2.7. Detallar y examinar las diferencias con respecto al área fisiológica de la ansiedad referente al tiempo de tratamiento y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.
- 1.2.2.8. Identificar y probar las diferencias con respecto al área motora de la ansiedad según el tiempo de tratamiento y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

- 1.2.2.9. Describir y comparar las diferencias con respecto al factor de ansiedad ante la evaluación en cuanto al tiempo de tratamiento y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.
- 1.2.2.10. Especificar y verificar las diferencias con respecto al factor interpersonal en cuanto al tiempo de tratamiento y el sexo de los pacientes que reciben hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.
- 1.2.2.11. Establecer las diferencias con respecto al factor ansiedad fóbica referente al tiempo de tratamiento y el sexo de los pacientes que reciben hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.
- 1.2.2.12. Conocer las diferencias con respecto al factor ansiedad ante situaciones habituales según el tiempo de tratamiento y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.
- 1.2.2.13. Examinar la relación entre el área cognitiva de la ansiedad con la afectiva, motivacional, conductual, física y cognitiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.
- 1.2.2.14. Analizar la relación entre el área fisiológica de la ansiedad con la afectiva, motivacional, conductual, física y cognitiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.
- 1.2.2.15. Analizar la relación entre el área motora de la ansiedad con la afectiva, motivacional, conductual, física y cognitiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

1.2.2.16. Describir la relación entre el factor de ansiedad ante la evaluación con la afectiva, motivacional, conductual, física y cognitiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

1.2.2.17. Identificar la relación entre el factor de ansiedad interpersonal con la afectiva, motivacional, conductual, física y cognitiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

1.2.2.18. Conocer la relación entre el factor de ansiedad fóbica con la afectiva, motivacional, conductual, física y cognitiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

### **1.3. Importancia y justificación del estudio**

Los estudios del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se dan inicio en 1975 con una publicación de los Criterios Diagnósticos de Investigación (CDI, Spitzer y cols., 1975), en donde se describe a la ansiedad generalizada como una “enfermedad en la que la principal alteración es una ansiedad sin crisis de angustia”. Además de un estado de ánimo ansioso generalizado persistente, se requería solo uno de cinco síntomas específicos para cumplir los criterios de diagnósticos y la duración mínima requerida era de dos semanas. En el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980), el TAG sufre un cambio importante. La duración mínima del trastorno se prolonga a 1 mes y se requiere un mínimo de síntomas entre tres de cuatro categorías: “tensión motora”, “hiperactividad autónoma”, “expectación aprehensiva” y “vigilancia”, ubicando el TAG dentro de la categoría de “trastornos de ansiedad”; sin embargo, el diagnóstico de trastornos depresivo mayor (TDM), a diferencia del TAG, ha tenido en los últimos tiempos una historia estable sin complicaciones.

Como estudiantes de Psicología es de nuestro interés investigar sobre el tema, para realizar un intercambio con otros especialistas que tratan el problema desde distintas perspectivas, investigando acerca de la incidencia de depresión o ansiedad en personas que reciben hemodiálisis debido a una enfermedad crónica renal, puesto que no existe mucha evidencia con población peruana sobre este tema. Por otro lado se quiere obtener datos relevantes que más adelante sirvan de base a futuras investigaciones en el área de la salud. Finalmente también consideramos importante que mediante los resultados que se obtengan de esta investigación se puedan elaborar programas preventivos para que los pacientes en hemodiálisis reciban un apoyo psicológico y también se pueda brindar una correcta orientación psicológica a la familia.

#### **1.4. Limitaciones del estudio**

Los pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis se muestran resistentes para cooperar con cualquier proceso, ya sea por su estado de salud, estado físico o su estado anímico; puesto que la hemodiálisis es un tratamiento que recibirán a lo largo de su vida desde que se les diagnostica la enfermedad, lo cual hace que sea constante el ir al hospital, el cambio de estilo de vida, cambio en la alimentación y en el ritmo de actividades placenteras, por lo que estos pacientes se encuentran limitados, sintiéndose embotados y aplanados afectivamente por el cambio de vida que les espera. Es por ello que consideramos todo esto como grandes limitaciones del estudio, por otro lado, los pacientes se pueden ver restringidos en la escritura porque tiene un dispositivo en el brazo que les impide la movilidad del mismo. En algunos casos fue necesario leerles el cuestionario por la dificultad que presentaban.

## **CAPITULO II**

### **Marco teórico**

#### **2.1. Investigaciones relacionadas con el tema**

##### **2.1.1. A nivel Nacional**

Montoya y Suarez (2014) como objetivo de su investigación estimaron la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en hemodiálisis, el método de estudio que utilizaron fue de tipo descriptivo transversal, el número de población fue de 319 siendo de Essalud los pacientes de la muestra. El muestreo realizado fue no aleatorio, tomando en cuenta de que el porcentaje para ansiedad de 52.3%, habiendo una muestra de 175 pacientes. En primer lugar, se procedió la evaluación antes de que los pacientes inicien la sesión de hemodiálisis para lo cual se utilizó un registro de recolección de datos. Seguidamente se aplicó la escala de valoración funcional de Karnofsky y la escala de Zung tanto para ansiedad y depresión. Finalmente, el resultado obtenido fue que la edad estándar fue de 59 años, con el 60% de varones.

Así también, una frecuencia de depresión de 62,3%; con rasgo leve un 83,5%, un 14,7% moderada y un 1,8% severa. Sin embargo, la ansiedad se halló presente en un 69,7%, mostrando ansiedad leve con un 40,2%, ansiedad moderada de 26,2% y ansiedad severa 33,6%. En conclusión, a los resultados que se obtuvieron fue de que la depresión y ansiedad han sido superiores a lo que se reportó en el estudio.

Giera, Rico, Sánchez, Fernández y Villanueva (2014) elaboraron un estudio en un grupo de pacientes que padecen IRC en los centros de hemodiálisis con el objetivo de valorar el estado de ansiedad y depresión, y conocer si había diferencia entre ambos sexos. El estudio se realizó en cuatro instituciones de hemodiálisis, siendo de tipo observacional, descriptivo de corte transversal. El total de la muestra logrado fue de 120 pacientes, con 75 del sexo masculino y 45 del sexo femenino, oscilando una edad entre (27-87) años. Se utilizó el cuestionario STAI para poder evaluar el nivel de ansiedad y para el nivel de depresión el Inventario de Depresión IDER. Seguidamente se obtuvo como resultado que los pacientes tienen un 61,67% en depresión-estado y depresión-rasgo un 65% en la primera evaluación realizada y que en la segunda evaluación el 65% y el 59,17% respectivamente. Es así que la significación es mayor a 0,05 en todos los casos. La ansiedad muestra ser menos frecuente, con ansiedad-estado el 33,33% y en ansiedad rasgo el 42,50%, en las dos evaluaciones el 25,8% y el 32,50% respectivamente. También, el resultado logrado en cada tipo de ansiedad, se obtuvo que la significación es menor a 0,05, lo cual la ansiedad no presenta una alta prevalencia y no hay diferencia significativa entre cada evaluación. Finalmente, los valores más altos para la depresión-estado en el caso del sexo femenino fue de 71% y en varones el 56%, sin embargo, mostro que no existe diferencia significativa para el factor sexo, concluyendo que afecta de igual manera a hombres y mujeres. En el caso de la ansiedad, no se aprecia diferencia significativa.

### **2.1.2. A Nivel Internacional**

Andrade y Sesso (2012) realizaron una investigación en Sao Paulo, Brasil teniendo como objetivo evaluar la depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC), comparando las diferentes fases de la enfermedad. Se evaluaron a 134 pacientes con ERC sometidos a tratamiento ambulatorio conservador, y 36 pacientes con enfermedad renal terminal sometidos a hemodiálisis (HD). Para evaluar la depresión, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Depresión de Beck-SF (BDI-SF), una subescala que permite evaluar sólo los aspectos cognitivos de la depresión. La capacidad funcional se evaluó utilizando la Escala de rendimiento de Karnofsky, y también se investigaron las variables clínicas y sociodemográficas. Los resultados obtenidos fueron los siguientes; según el BDI, la depresión fue identificada en 37,3% de los pacientes en tratamiento conservador y en el 41,6% en pacientes en hemodiálisis ( $p > 0,05$ ). Este porcentaje disminuye cuando se utilizó el BDI-SF, al 11,1% en conservadores ERC y el 13,8% en los pacientes en HD ( $p > 0,05$ ). La depresión se asocia con el estado civil, actividad profesional, los ingresos, las comorbilidades y la capacidad funcional. Por lo tanto, se observó una alta prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento conservador o hemodiálisis además la depresión fue asociada con algunas variables clínicas y socio demográficos y con la capacidad funcional.

En una investigación realizada en México-Monterrey; Villagómez, Gómez y Rosales (2014) tuvieron como objetivo analizar factores que se asocian a la depresión y la prevalencia en pacientes del programa de hemodiálisis de 5 hospitales diferentes. El estudio fue de tipo observacional, transversal. La muestra fue de 225 pacientes de ambos sexos del programa de hemodiálisis mayores de 19 años, a los cuales se les aplicó el inventario de depresión de Beck II. Como resultados se obtuvo que la prevalencia total de depresión fue de 47,1%, de los cuales el 19,1%

presentó depresión leve, 13,8% depresión moderada y 14,2% depresión severa. Hubo una diferencia significativa para la muestra de sexo femenino, turno nocturno, el tiempo dentro del programa y número de sesiones. Por lo tanto, existe alta prevalencia de depresión en la población estudiada, por lo que continuamente se debe evaluar a todos los pacientes del programa de hemodiálisis para detectar depresión, así como, un protocolo ya establecido en cada hospital para mejorar la calidad de la atención.

Esta investigación a diferencia de las mostradas anteriormente, pretende mostrar los niveles de Depresión y Ansiedad dentro del tiempo de tratamiento de hemodiálisis y la diferencia entre el sexo, además de explicar que tanto influye la percepción cognitiva de la persona ante su enfermedad y por ende su tratamiento. Por otro lado, al comparar con las investigaciones en donde sus objetivos son: la frecuencia de la depresión y ansiedad en estos pacientes en diferentes fases del tratamiento de hemodiálisis, el turno en el que reciben durante el día el tratamiento y la edad de los pacientes evaluado.

## **2.2. Bases teóricas-científicas del estudio**

La depresión se presenta en diversas facetas por lo que se caracteriza en tener un numero amplio de síntomas. No todas las depresiones se basan en las mismas causas. Por ello, actualmente hay distintas teorías que pretenden explicar la etiología de la depresión (Winokur, 1997). Fundamentalmente en este estudio se centra en la Teoría Cognitivo Conductual para explicar la depresión.

### **2.2.1. Teoría cognitiva de Beck sobre la depresión**

La Terapia Cognitiva de Beck manifiesta que la conducta de una persona está determinada por el modo en que estructura el mundo (Beck; 1967- 1976). Es decir que todo a nuestro alrededor está basado en la manera en cómo nosotros mismos nos entendemos y como entendemos a los demás, Por lo tanto, no es en si la situación, sino lo que percibimos hace que influya en nuestros comportamientos y también en nuestras emociones. Así pues, este modelo se basa en las conductas, seguida de los pensamientos y las emociones, explicando que están conectadas: es decir, nuestros pensamientos van a poder influir directamente en nuestras emociones que podemos experimentar y esto influye en nuestras conductas (Beck, 2002).

Se postulan tres conceptualizaciones para explicar la depresión: tríada cognitiva, esquemas y errores en el procesamiento de información.

#### **2.2.1.1. Tríada cognitiva**

Esto consta de tres patrones en la visión del individuo: de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro.

*Visión negativa acerca de sí mismo.* La persona tiende a minimizarse, se critica con auto atribuciones negativas; se considera deficiente, poco útil y esto hace que atribuya a que sus experiencias serán desagradables debido a un defecto, moral o físico.

*Interpretación negativa de sus experiencias.* Tiene una visión negativa del mundo, donde los obstáculos que se le presentan son insuperables por lo que se siente frustrado.

*Visión negativa acerca del futuro.* Se anticipa a las situaciones pensando que estas serán difíciles y de continuo sufrimiento.

### **2.2.1.2. Esquemas**

Los esquemas son patrones cognitivos estables que se basan en las explicaciones de la realidad. Los individuos utilizan sus esquemas para poder diferenciar y atribuir significado a lo que sucede en el mundo. (Beck, 2000).

Todos disponemos de una serie de esquemas que permiten que le demos sentido a los estímulos de tal forma que sean accesibles para nosotros, a su vez también hace posible identificar de qué forma vamos a afrontar las situaciones. Los esquemas pueden adaptarse y tomar forma a través de que las personas vayan relacionándose con el entorno. Las creencias son como todo aquello en lo que uno cree, siendo estructuras internas, lo cual va a permitirnos dar sentido al mundo, esto se forma a través de la experiencia. Son de dos tipos:

*Creencias centrales o nucleares:* Se presentan como proposiciones duraderas y globales. Son hipótesis que las personas se hacen sobre uno mismo, los otros y el mundo. Simbolizan lo más profundo de los pensamientos y no son conscientes de estas.

*Creencias Intermedias:* también no son conscientes en la persona, suelen expresarse como proposiciones condicionales como reglas “debeismo” o actitudes (Beck, 2000).

Estas se generan entre las creencias nucleares y los pensamientos automáticos

### **2.2.1.3. Errores en el procesamiento de información**

Las alteraciones del pensamiento son las maneras incorrectas en que procesamos la información de lo que está pasando a nuestro alrededor, esto puede crear consecuencias negativas.

Finalmente se puede decir que son el resultado de la interacción entre las creencias intermedias, los procesos del pensamiento y las situaciones. Beck los denomina pensamientos negativos automáticos (Beck, 2000).

Las características que se van a presentar a continuación son referentes a los pensamientos automáticos:

- a) Son informaciones específicas que refieren a una situación.
- b) A pesar de ser irracionales siempre la persona los va a creer.
- c) Estos mensajes ingresan a la mente de forma espontánea, terminando siendo consciente.
- d) Las personas van a exagerar la situación como negativas.
- e) Suelen ser aprendidos.

Los errores sistémicos que se dan en la mente de una persona depresiva van a mantener la creencia de lo negativo de sus conceptos, a pesar de que esto se muestra lo contrario (Beck, 2000).

a) Inferencia arbitraria:

Consiste en el desarrollo de poder predecir una conclusión sin haber evidencia llegando a una conclusión.

b) Abstracción selectiva:

Se refiere a que la persona va a centrarse en una situación que se encuentra fuera de lugar, tanto así que va a ignorar otras situaciones relevantes y certeras, y va a generalizar toda esa situación a un segmento negativo.

c) Generalización excesiva:

Describe la manera en cómo la persona va a obtener una regla global o una conclusión, partiendo de uno o varios sucesos y relacionarla a las situaciones vividas

d) Maximización y minimización:

Son el reflejo se evaluar la magnitud de un evento que constituye una distorsión.

e) Personalización:

Se refiere a las atribuciones hacia sí mismo de situaciones externas cuando en realidad no existe una base concreta.

f) Pensamiento absolutista dicotómico:

Manifiesta a la clasificación de todas las experiencias del individuo según a una o dos errores opuestos.

### **2.2.2. Teoría desde el enfoque interactivo y multidimensional de la ansiedad**

La ansiedad se ha estudiado como una respuesta emocional ante un conjunto de hechos experienciales, fisiológicos y expresivos, donde la persona considera estos episodios como potencialmente amenazantes, aunque no necesariamente resulte peligroso (Cano-Vindel, 1997). Como rasgo de personalidad, se estudia en base a las diferencias individuales de manifestar estados o reacciones de ansiedad (Spielberger, 1972). Estos se caracterizan por sentimientos de inseguridad, temor, de pensamientos negativos hacia uno mismo; a nivel fisiológico se observan cambios en el Sistema Nervioso Autónomo además de tensión muscular, por último, se aprecia diferentes índices de agitación motora que interfiere en la conducta.

Hasta los años setenta la ansiedad había sido considerada como una respuesta unitaria, sin embargo, desde diversos enfoques se ha ampliado el concepto hasta considerarlo como multidimensional con diversas facetas (Miguel-Tobal, 1990). Endler en 1975, postula este mismo concepto para la ansiedad al considerarlo como un rasgo de personalidad, puesto que existen diferencias individuales ligadas a tipos de situaciones, es decir que una persona puede mostrar un perfil diferente de ansiedad ante distintos tipos de situaciones. Por otro lado, como respuesta emocional la ansiedad se considera dentro los tres sistemas de respuestas (cognitivo, fisiológico y motor- C, F y M) de manera independiente, pues pueden ser contrarios (Lang, 1968).

Por lo tanto, se puede decir que la ansiedad es (Cano-Vindel, 1989):

- a) Una respuesta emocional donde el individuo difícilmente puede controlarse, siendo observado en tres niveles cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor-expresivo; el malestar subjetivo, la alta activación fisiológica y la inquietud motora, respectivamente (Miguel-Tolbal, 1990).
- b) Reacción, que se da ante representación interna de una situación que se considera como potencialmente ansiógena. Las situaciones más frecuentes son: (a) En la que el individuo se sienta evaluado (Calvo y Eysenck, 1995); (b) una situación interpersonal (Pérez-Nieto y Cano-Vindel, 1998); (c) un estímulo fóbico (Capafons, Sosa, Viña y Avero, 1997); (d) algunos escenarios de la vida cotidiana (Cano- Vindel y Miguel-Tobal, 1995).
- c) En el nivel experiencial, la ansiedad se manifiesta como un estado de malestar psicológico, donde los sentimientos de tensión, preocupación, inseguridad, etc., conjuntamente con dificultades para concentrarse o recordar son característicos. Por lo tanto, se ve afectada la atención y a la memoria (Escalona y Hernández, 1996), así

como la autoestima, control, la competencia personal, etc. (Fernández-Castro, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998).

- d) A nivel fisiológico, se producen una serie de alteraciones que dependen de la intensidad de las respuestas del sistema nervioso autónomo como: alteraciones en la frecuencia cardíaca, conductibilidad eléctrica de la piel, la presión arterial, etc., que se acompañan de un incremento en la tensión muscular. Esto puede generar a su vez: sudoración excesiva, arritmias y palpitaciones, molestias estomacales, dolores de cabeza, temblor en los brazos y piernas, escalofríos, respiración agitada, etc. Estas perturbaciones pueden llegar a hacerse habituales convirtiéndose en verdaderas enfermedades psicofisiológicas o psicósomáticas (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1994).
- e) En el nivel expresivo hallamos: variadas conductas que muestran intranquilidad motora, así como situaciones que conllevan a un exceso de tensión muscular, conductas consumatorias que pueden dar sensación subjetiva de seguridad (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 1994) que pueden disminuir la aceleración fisiológica y/o cognitiva. Todas estas conductas pueden ser evaluadas mediante la observación en escalas o autoinforme, encontrando semejanza entre ambos métodos (observación y autoinforme) de medida (Miguel-Tobal, 1990).

Es así que las distintas manifestaciones de ansiedad de los tres sistemas de respuesta, podrían obtener niveles diferentes para una misma situación en un mismo individuo, por lo que es necesario hacer una evaluación por separado de los tres sistemas. Para el sistema cognitivo la evaluación correcta sería el autoinforme, para el sistema fisiológico un método de registro y finalmente un método de observación para el sistema motor. (Miguel-Tobal, 1995).

Tales perfiles pueden darnos como resultado comprobar en el individuo que tipo de reacción o sistema predomina más (C, F o M). Así mismo las técnicas que se utilizan para la reducción de ansiedad pueden ser utilizados para reducir la actividad cognitiva o fisiológica, siendo estas la relajación y para reducir el sistema motor, se utiliza el entrenamiento en habilidades sociales. Según los estudios los individuos que tienen mayor mejoría son los que se tratan con un tipo de técnica de reducción de ansiedad según su tipo de reactividad predominante (Michelson, 1986; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1989).

### **2.3. Definiciones conceptuales**

**2.3.1. Insuficiencia renal crónica:** Es el daño del riñón de al menos tres meses, anormalidad patológica en la estructura o función del riñón, esto va a incluir cambios en la composición de la orina y la sangre, con alteraciones en los estudios o análisis realizados al paciente con daño renal. (Avendaño, 2003).

**2.3.2. Hemodiálisis:** técnica de depuración extra renal que consiste en el intercambio de agua y solutos entre la sangre y el líquido de diálisis separadas por una membrana semipermeable.

**2.3.3. Depresión:** Beck (2002) define la depresión como el resultado a una errónea interpretación a una situación o acontecimiento que el paciente afronta.

**2.3.4. Ansiedad:** Estudiada como respuesta emocional y rasgo de personalidad que se manifiesta a través de respuestas experienciales, fisiológicas y expresivas, ante situaciones o estímulos, que el individuo lo asume como amenazante, aunque no sea necesariamente así (Cano-Vindel, 1997).

## **CAPITULO III**

### **Hipótesis y variables**

#### **3.1. Supuestos científicos básicos.**

Partiendo de la teoría Cognitiva de Beck la cual se basa en que la conducta de un individuo está determinada por el modo que el individuo estructura el mundo (Beck, 1967- 1976). Dice también que nuestra vida está regida por la manera en que nos entendemos a nosotros mismos y a los demás. Dando a entender que el nivel de depresión que se presente en las personas que reciben hemodiálisis va depender de la percepción que tengan ellos mismos acerca de su enfermedad, y de la forma en cómo piensan y estructuran su realidad.

Así pues, en el modelo de Beck los pensamientos, las emociones y las conductas están relacionadas: es así que los pensamientos influyen en las emociones que sucedan en distintas situaciones y que las conductas van a estar influenciada por las emociones. (Beck, 2002)

Es por ello que se pueden apreciar altos niveles de depresión, puesto que los pensamientos que susciten a lo largo de su tratamiento provocaran conductas y emociones negativas para sí mismos y su entorno.

La ansiedad también puede ser explicada según las teorías interactivas de acuerdo a las características personales, las condiciones de la situación y de la interacción de la persona con la situación. Por lo que el supuesto básico sería el siguiente: “cualquier manifestación (estado) de ansiedad es resultado de la interacción entre cierta predisposición (rasgo) del individuo y la situación en que se da la conducta” (Bermúdez, 1983).

Por otro lado podemos deducir que las situaciones e interacciones son elementos claves para una condición ansiógena, influyendo en la conducta del individuo, dependiendo como lo pueda percibir y analizar, llegando a una interpretación de la situación. Es así como se llega a la conclusión que este comportamiento depende básicamente de dos conjuntos importantes: la procedente de la persona y la procedente de la situación. Cuanto más clara y definida sea la situación que está vivenciando el individuo, mayor será la consecuencia de su comportamiento.

## **3.2. Hipótesis**

### **3.2.1. General**

H<sub>1</sub>: Existen diferencias significativas según el sexo y tiempo de tratamiento en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>2</sub>: Existe relación significativa entre la depresión y la ansiedad en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

### 3.2.2. Especifica

H<sub>3</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área afectiva de la depresión de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú cuando se considera el sexo.

H<sub>4</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área afectiva de la depresión de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú según el tiempo de tratamiento.

H<sub>5</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área motivacional de la depresión y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>6</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área motivacional de la depresión y el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>7</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área cognitiva de la depresión considerando el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>8</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área cognitiva de la depresión teniendo en cuenta el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional PNP.

H<sub>9</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área conductual de la depresión considerando el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>10</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área conductual de la depresión y el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>11</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área física de la depresión y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>12</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área física de la depresión y el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>13</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área cognitiva de la ansiedad y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>14</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área cognitiva de la ansiedad y el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>15</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área fisiológica de la ansiedad y el sexo de los pacientes sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>16</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área fisiológica de la ansiedad y el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>17</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área motora de la ansiedad y el sexo de los pacientes sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>18</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al área motora de la ansiedad y el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>19</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al factor de ansiedad ante la evaluación y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>20</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al factor de ansiedad ante la evaluación y el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>21</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al factor interpersonal y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>22</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al factor interpersonal y el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>23</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al factor ansiedad fóbica y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>24</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al factor ansiedad fóbica y el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>25</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al factor ansiedad ante situaciones habituales y el sexo de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>26</sub>: Existe diferencias significativas con respecto al factor ansiedad ante situaciones habituales y el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

#### Hipótesis Correlacionales

H<sub>27</sub>: Existe relación significativa entre el área cognitiva de la ansiedad con el área afectiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>28</sub>: Existe relación significativa entre el área fisiológica de la ansiedad con el área afectiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>29</sub>: Existe relación significativa entre el área motora de la ansiedad con el área afectiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>30</sub>: Existe relación significativa entre factor de ansiedad ante la evaluación con el área afectiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>31</sub>: Existe relación significativa entre el factor de ansiedad interpersonal con el área afectiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>32</sub>: Existe relación significativa entre el factor de ansiedad fóbica con el área afectiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>33</sub>: Existe relación significativa entre el factor de ansiedad ante situaciones habituales o vida cotidiana con el área afectiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>34</sub>: Existe relación significativa entre el área cognitiva de la ansiedad con el área motivacional de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>35</sub>: Existe relación significativa entre el área fisiológica de la ansiedad con el área motivacional de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>36</sub>: Existe relación significativa entre el área motora de la ansiedad con el área motivacional de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>37</sub>: Existe relación significativa entre el factor ansiedad ante la evaluación con el área motivacional de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>38</sub>: Existe relación significativa entre el factor ansiedad interpersonal con el área motivacional de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>39</sub>: Existe relación significativa entre el factor ansiedad fóbica con el área motivacional de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>40</sub>: Existe relación significativa entre el factor ansiedad ante situaciones habituales o vida cotidiana con el área motivacional de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>41</sub>: Existe relación significativa entre el área cognitiva de la ansiedad con el área cognitiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>42</sub>: Existe relación significativa entre el área fisiológica de la ansiedad con el área cognitiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>43</sub>: Existe relación significativa entre el área motora de la ansiedad con el área cognitiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>44</sub>: Existe relación significativa entre el factor ansiedad ante la evaluación con el área cognitiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>45</sub>: Existe relación significativa entre el factor ansiedad interpersonal con el área cognitiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>46</sub>: Existe relación significativa entre el factor ansiedad fóbica con el área cognitiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>47</sub>: Existe relación significativa entre el factor ansiedad ante situaciones habituales o vida cotidiana con el área cognitiva de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>48</sub>: Existe relación significativa entre el área cognitiva de la ansiedad con el área conductual de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>49</sub>: Existe relación significativa entre el área fisiológica de la ansiedad con el área conductual de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>50</sub>: Existe relación significativa entre el área motora de la ansiedad con el área conductual de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>51</sub>: Existe relación significativa entre el factor ansiedad ante la evaluación con el área conductual de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>52</sub>: Existe relación significativa entre el factor ansiedad interpersonal con el área conductual de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>53</sub>: Existe relación significativa entre el factor ansiedad fóbica con el área conductual de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>54</sub>: Existe relación significativa entre el factor ansiedad ante situaciones habituales o vida cotidiana con el área conductual de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>55</sub>: Existe relación significativa entre el área cognitiva de la ansiedad con el área física de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>56</sub>: Existe relación significativa entre el área fisiológica con el área física de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>57</sub>: Existe relación significativa entre el área motora de la ansiedad con el área física de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>58</sub>: Existe relación significativa entre el factor de ansiedad ante la evaluación con el área física de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>59</sub>: Existe relación significativa entre el factor de ansiedad interpersonal con el área física de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>60</sub>: Existe relación significativa entre el factor de ansiedad fóbica con el área física de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

H<sub>61</sub>: Existe relación significativa entre el factor de ansiedad ante situaciones habituales o vida cotidiana con el área física de la depresión en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

### **3.3. Variables de estudio o áreas de análisis**

Con respecto a las hipótesis comparativas o de diferencia entre grupos las variables independientes de carácter atributivo son: Sexo de los pacientes y tiempo de tratamiento y las variables dependientes son depresión y ansiedad.

Con respecto a las hipótesis correlacionales, no es factible identificar cuáles son las variables independientes, ni dependientes.

Las variables extrañas que se controlan son: Asistencia de los pacientes al hospital, actitud del investigador (rapport) durante la entrevista, actitud del paciente y ambiente en donde se realiza la prueba.

## **CAPÍTULO IV**

### **Método**

#### **4.1. Diseño de investigación**

El estudio es de tipo descriptivo, descriptivo-comparativo y correlacional. Una investigación se le denomina descriptiva cuando pretender especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Asimismo, es descriptiva-comparativa, porque se pretende medir dos conceptos de manera independiente, medir las características de un grupo específico, describiendo el nivel de ansiedad y depresión de determinado grupo de personas, obteniendo datos para realizar las comparaciones de las características examinadas. Por otro lado, también es un estudio correlacional ya que se pretende analizar la relación existente entre dos variables, intentando predecir el valor aproximado que tendrán las variables, a partir del valor que poseen en la relación. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

## **4.2. Población de estudio**

Esta población comprende a los pacientes varones y mujeres sometidos a hemodiálisis, de Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, ubicado en el departamento de Lima, que se encuentran en tratamiento desde 1 a 20 años.

## **4.3. Muestra de investigación o participantes**

La muestra estaba compuesta por 101 pacientes que reciben hemodiálisis de ambos sexos (37 mujeres y 64 varones; 36.6% y 63.4% respectivamente), que participaron en la investigación. El tiempo de tratamiento oscila entre 1 año a 5 años y 6 años a más (76 pacientes de 1 año a 5 años y 25 pacientes de 6 años a más; 75.2% y 24.8% respectivamente) del Hospital Nacional PNP.

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, es decir se ejecutó un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación sin intentar que sean representativos a una población determinada. La ventaja de este tipo de muestra es su utilidad para poder determinar tipos de diseños de estudios que no requieran de la representatividad de la población, sino una controlada y cuidadosa selección de ciertos casos específicos anticipadamente en el planteamiento del problema (Hernández, Fernández y Baptista; 2014).

## **4.4. Técnicas de instrumento de recolección de datos**

Para la presente investigación se realizó una entrevista para solicitar los datos del paciente, tales como: sexo, edad, tiempo de tratamiento, motivo por el cual recibe hemodiálisis y parentesco con el titular del hospital, así mismo para evaluar la depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y para evaluar la ansiedad el Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA).

#### **4.4.1. Inventario de Depresión de Beck- II (IDB-II)**

##### **4.4.1.1. Ficha Técnica**

- Nombre del Test: Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II)
- Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
- Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment, España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

##### **4.4.1.2. Descripción del instrumento.**

El Inventario de Depresión de Beck fue creado por Aron Beck, con la colaboración de: Robert A. Steer y Gregory K. Brown. El test se publicó en el año 1961, en el 2011 fue realizada la revisión en español. La finalidad del inventario es medir los síntomas depresivos. Se basa en la teoría del modelo cognitivo de la depresión. (Beck, 1963, 1964, 1967).

La población a evaluar en esta prueba es de individuos de 13 años a más (adolescentes y adultos). Puede ser administrada individual, colectiva o autoadministrable. El tiempo estimado es de 10 a 15 minutos, siendo las áreas de aplicación, la clínica, forense y neuropsicología. La prueba está formada por 21 tipos de síntomas, existe dos alternativas de respuestas en algunas categorías de los síntomas, se fragmenta en a y b como respuesta y para mostrar que indican el mismo nivel, la puntuación va desde (0) a (3).

La prueba se basa en dos hipótesis:

a) Si la depresión se encuentra más severa, los síntomas serían mayores, esto conforma a la depresión si es más severa, los síntomas serían mayores, esto accede a hacer diferencia entre un individuo sano y un paciente que obtenga depresión leve, moderada o severa.

b) En cuanto el individuo resulte tener depresión severa, los síntomas serán más intensos o con mayor frecuencia por ello esta prueba incluye todos los síntomas específicos de la depresión, clasificado en 5 áreas.

Tabla 1  
*Áreas del Inventario de Depresión de Beck*

ÁREA AFECTIVA	ÁREA MOTIVACIONAL	ÁREA COGNITIVA	ÁREA CONDUCTUAL	ÁREA FÍSICA
Tristeza	Insatisfacción	Pesimismo	Alejamiento social	Perdida de sueño
Sentimientos de culpa	Ideas suicidas	Sensación de fracaso	Retardo para trabajar	Pérdida de apetito
Predisposición para el llanto		Expectativa de castigo	Fatigabilidad	Pérdida de peso
Irritabilidad		Autodisgusto indecisión		Perdida del deseo sexual
		Autoimagen disformico corporal		
		Preocupaciones de los síntomas		
		Autoacusaciones		
		Indecisión		

#### 4.4.1.3. Validez

A continuación, se muestra la validez de la prueba IDB, se inició formando una investigación experimental antes de poder realizar otros métodos. Beck, Kovaes & Holla, en el año 1977 realizaron un estudio a cuarenta y cuatro pacientes, este grupo presentaba síntomas de depresión moderada a intensa, (según el inventario de Beck). La muestra se agrupo en dos partes: el primer grupo fue de 18 pacientes a los cuales se les asigno a terapia cognitiva y el otro grupo conformado

por 24 individuos determinados a terapia con alternativa farmacológica, cuando el tratamiento finalizó, ambos grupos revelaron una reducción significativa de los síntomas de la depresión.

Seguidamente a la correlación en comparación con otras pruebas, Novara, Sotillo & Wharton (1985, citados por Pimentel, 1996), en el Perú efectuaron un estudio con un número de 178 pacientes con depresión, ellos utilizaron la escala de Zung, & Hamilton utilizó IDB, así mismo se utilizó un grupo conformado por 49 individuos. Se correlacionaron a las dos pruebas, siendo el IDB y Zung la correlación de 0,76; mostrando ser altamente significativos.

Así también se realizó una investigación entre IDB y Zung en el Hospital Militar Central, siendo el número del grupo de 15 pacientes con depresión, siendo 0.78 la correlación entre ambas escalas. Novara, Sotillo y Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996) también realizaron la correlación de Beck, siendo 0,75 la correlación. Estos estudios nos permiten revelar que el inventario de Beck tiene una validez exitosa y puede ser útil para los propósitos para lo que fue elaborada.

#### **4.4.1.4. Confiabilidad.**

La confiabilidad valores que están relacionados al error de medición, se encuentra los siguientes tipos de confiabilidad a. Equivalencia y los puntajes en 2 formas equivalentes al test, b. Consistencia y estabilidad de los puntajes durante el tiempo y c. consistencia interna que evalúa el grado de ítems relacionados a los puntajes de Brown (1980, citado por Pimentel, 1996), esto fue obtenido en una sola aplicación de la prueba, con técnicas de estimación de homogeneidad o separación por mitades (coeficiente Alfa de Cronbach, Kuder y Richardson).

En el Hospital Militar Central también se llevó a cabo un estudio de Confiabilidad, se aplicó el IDB en 15 pacientes con depresión, seguidamente se realizó retest, siendo 0,80 el coeficiente. Los

datos de la primera aplicación se calculó la consistencia interna con el Alfa de Cronbach, obteniendo 0,81 de coeficiente.

#### **4.4.2. Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)**

- Nombre: (ISRA) Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad
- Autores: J.J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel.
- Duración: Aproximadamente 50 minutos
- Aplicación: A partir de los 16 años, con un nivel cultural apropiado para comprender las instrucciones ejecutar las tareas.
- Significación: Evaluación de respuestas cognitivas (C), fisiológicas (F) y motoras (M) ante distintas situaciones. Evaluación de áreas situacionales o rasgos específicos: ansiedad ante la evaluación (F-1), ansiedad interpersonal (F-II), ansiedad fóbica (F-III) y ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana (F-IV).
- Tipificación: muestras de varones y de mujeres, extraídas de la población normal y de población clínica.

##### **4.4.2.2. Descripción de la prueba**

El ISRA es un inventario con formato Situación-Respuesta. Consiste en evaluar la frecuencia en la cual se manifiesta una serie de respuestas de ansiedad ante distintas situaciones. Obtiene conductas que pertenecen al sistema cognitivo, fisiológico y motor, por lo que se puede tener una puntuación para cada uno de estos sistemas. Ya que la ansiedad no es un constructo unitario, es importante cada puntuación.

#### **4.4.2.3. Validez de la prueba**

El ISRA es una prueba de alta validez de contenido, ya que se basa en las más actuales teorías de ansiedad, también ha sido demostrado su validez empíricamente entre grupos con distintos niveles de ansiedad (muestras de población clínica y de población general). De igual manera se ha determinado la validez estructural mediante dos métodos: análisis factorial y correlación con otros test.

Para las correlaciones con otros test, se empleó el MAS (Taylor, 1953) y el STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970,1982), teniendo ambas pruebas una reconocida validez.

#### **4.4.2.4. Confiabilidad**

Para hallar la fiabilidad del ISRA y de cada una de sus áreas se utilizó el método test-retest, dos meses después de la primera aplicación, siendo los índices de fiabilidad elevados (Cano Vindel, 1985).

En un nuevo estudio se calculó la consistencia interna mediante el coeficiente “alfa”, utilizando una muestra de 1209 sujetos. Obteniendo una alta consistencia interna para el total del ISRA entre 0.95 y 0.99 y siendo los valores para cada una de sus partes: cognitivo: 0.96, fisiológico: 0.98, motor: 0.95 y total: 0.99.

#### **4.5. Procedimiento para la recolección de datos**

Para acceder a los participantes en la primera visita la doctora encargada del área de Nefrología nos presentó a los pacientes, como egresadas de Psicología de la Universidad Ricardo Palma, así mismo realizamos una breve entrevista dándole énfasis acerca del tiempo que van recibiendo el tratamiento de hemodiálisis, seguidamente se procedió a la aplicación de las pruebas, iniciando

con la entrevista realizada por las investigadoras y luego la prueba de depresión de Beck, por otro lado, debíamos tener en cuenta el estado físico del paciente, ya que algunos no podían sostener la tabla de madera donde se encontraba la prueba, por lo que, nosotras escribíamos las respuestas verbales que decía el paciente, así también nos encontramos con pacientes jóvenes, adultos y adultos mayores, por lo cual a los adultos mayores le realizamos una prueba breve de orientación, para saber si se encuentran orientado en tiempo, espacio y persona, para así dar inicio a la prueba de depresión de Beck y los que se encuentran desorientados, se realizó una breve consejería u orientación sobre su estilo de vida que deben llevar y la importancia del cuidado físico. Finalmente en la siguiente fecha se realizó la prueba de ansiedad, llevando a cabo el mismo procedimiento tomar nota de las respuestas que proporcionan los pacientes.

#### **4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

- a) Se utilizaron estadísticos descriptivos e inferenciales.
- b) Teniendo en cuenta la distribución de los puntajes alcanzados por los pacientes en la prueba, se procedió a elegir un estadístico no paramétrico.
- c) Se utilizó el programa SPSS versión 24.
- d) Estadístico de normalidad Kolmogorov-Smirnov
- e) Validez de Alfa de Cronbach
- f) Estadísticos de correlación Spearman
- g) Estadístico no paramétrica U de Mann Whitney
- h) Análisis factorial a través del método de Varimax

## CAPÍTULO V

### Resultados obtenidos

#### 5.1. Presentación de datos generales

Se ha utilizado la prueba de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov* para determinar la elección del estadístico a usar. Se parte de la Hipótesis Nula ( $H_0$ ) que los puntajes alcanzados en la prueba de depresión y de ansiedad, así como también, en las áreas y factores de las mismas se ajustan a una distribución normal, por lo que se utilizaron estadísticos no paramétricos en el análisis de los datos. (Siegel & Castellan, 1995).

La tabla 2 se presentan la media, la desviación estándar, el estadístico de prueba y la significación a un nivel del 0.01 de los datos de la muestra total referidos a las pruebas de depresión que evalúan las áreas afectividad, cognitivo, motivacional, físico y conductual; y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad que evalúa las áreas cognitivo, fisiológico y motor, así como también, los factores ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones habituales.

Los valores K - S para cada dimensión son significativos, para las variables de depresión y ansiedad, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, es decir: los puntajes no se ajustan a una distribución normal. Por lo tanto para los análisis comparativos se utilizó los estadísticos U de Mann Whitney y para las correlaciones rango orden Pearson.

Tabla 2

*Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov aplicada a la distribución de los puntajes alcanzados por los pacientes que reciben hemodiálisis (N=101)*

		Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra													
		PTD afectiva	PTD cognitivo	PTD motivacional	PTD conductual	PTD física	PTD	PT cognitivo de ansiedad	PT fisiológico de ansiedad	PT motor de ansiedad	PTA	PTFI ansiedad ante la evaluación	PTFII ansiedad interpersonal	PTFIII ansiedad fóbica	PTFIVA Situaci ones habitual es
N		101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	1.39	2.44	0.59	2.05	2.81	9.28	20.05	40.93	19.01	24.06	11.88	15.74	33.91	31.49
	Desviación estándar	1.510	2.625	0.777	1.314	2.525	6.570	19.151	26.649	15.150	20.697	10.365	17.570	25.501	27.473
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0.235	0.233	0.312	0.287	0.171	0.132	0.259	0.130	0.217	0.179	0.311	0.324	0.145	0.228
	Positivo	0.235	0.233	0.312	0.287	0.171	0.132	0.259	0.130	0.217	0.164	0.311	0.324	0.145	0.228
	Negativo	-0.179	-0.177	-0.222	-0.178	-	-	-0.216	-0.089	-0.178	-0.179	-0.253	-0.270	-0.128	-0.168
Estadístico de prueba		0.235	0.233	0.312	0.287	0.171	0.132	0.259	0.130	0.217	0.179	0.311	0.324	0.145	0.228
Sig. asintótica (bilateral)		,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

a. La distribución de prueba es normal.  
b. Se calcula a partir de datos.  
c. Corrección de significación de Lilliefors.

## 5.2. Presentación de análisis de datos

En la tabla 3 se aprecia la distribución porcentual de la muestra total (N=101) según las variables de depresión de los pacientes que reciben hemodiálisis, observándose que el mayor porcentaje de 61.4 no presentan depresión, el 23.8 depresión leve y el 14.9 depresión moderada. En cuanto a la tabla 4, se observa la clasificación porcentual de la muestra total indicada, según

las variables de ansiedad, mostrando que el mayor porcentaje de 55.4 presentan ausencia de ansiedad o ansiedad mínima, el 42.6 ansiedad moderada a ansiedad marcada y el 2.0 de los pacientes presentan ansiedad severa.

Tabla 3

*Distribución porcentual según el nivel de depresión de los pacientes que reciben hemodiálisis (N=101)*

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
No depresión	62	61,4
Depresión leve	24	23,8
Depresión moderada	15	14,9
Total	101	100,0

Tabla 4

*Distribución porcentual según el nivel de ansiedad de los pacientes que reciben hemodiálisis (N=101)*

Nivel de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
ausencia de ansiedad o ansiedad mínima	56	55,4
ansiedad moderada a ansiedad marcada	43	42,6
ansiedad severa	2	2,0
Total	101	100,0

En la tabla 5 se observa la correlación entre depresión y ansiedad de la muestra según el sexo y tiempo de tratamiento, siendo que el 50,5% de varones llevan un periodo de tratamiento de 1 a 5 años y el 11,9% de mujeres reciben tratamiento hace 6 años a más.

Tabla 5

*Correlación entre depresión y ansiedad según el sexo y tiempo de tratamiento (N=101)*

		Puntaje total depresión	Puntaje total ansiedad
puntaje total depresión	Coeficiente de correlación	1.000	,301**
	Sig. (bilateral)		0.002
puntaje total ansiedad	Coeficiente de correlación	,301**	1.000

\*\* Significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 6 se puede examinar que la correlación entre el Puntaje Total de Depresión y Puntaje Total de Ansiedad es de ,301 significativa.

Tabla 6

*Correlación entre los puntajes totales de la depresión y de la ansiedad (N=101)*

			Tiempo de Tratamiento (Años)		
			1 - 5	6 años a mas	Total
Sexo	Femenino	Recuento	25	12	37
		% del total	24,8%	11,9%	36,6%
	Masculino	Recuento	51	13	64
		% del total	50,5%	12,9%	63,4%
Total		Recuento	76	25	101
		% del total	75,2%	24,8%	100,0%

Cuando se realizan las comparaciones según el sexo, en la tabla 7 se puede apreciar que el rango promedio para el grupo femenino es de 59.19 en el puntaje total de depresión del área afectiva

siendo mayor que el de varones 45.27; resultando la U de Mann Whitney de 881 y la diferencia es significativa.

Se puede observar que el rango promedio para el grupo femenino es de 63.68 para el puntaje total de depresión del área física siendo mayor que el de varones 43.67; siendo la U de Mann Whitney de 715, existiendo diferencia significativa.

Se aprecia que el rango promedio para el grupo femenino es de 60.93 para el puntaje total de depresión, resultando mayor que el de varones 45.26; siendo la U de Mann Whitney 816.5, existiendo diferencia significativa.

El rango promedio para el grupo femenino es de 66.32 para el puntaje total del área cognitivo de la ansiedad, lo cual es mayor que el de los varones 42.14; siendo la U de Mann Whitney 617, mostrando diferencia significativa.

Se observa que el rango promedio para el grupo femenino es de 60.09 para el puntaje total de ansiedad, siendo mayor que el de varones 45.74; la U de Mann Whitney es de 847.5, existiendo diferencia significativa.

El rango promedio para el grupo femenino es de 59.18 para el puntaje total del factor II- ansiedad interpersonal, siendo mayor que el de varones 46.27; siendo la U de Mann Whitney de 881.5, existiendo diferencia significativa.

Se puede estimar que el rango promedio para el grupo femenino es de 63.93 para el puntaje total del factor III- ansiedad fóbica, lo cual es mayor que el de varones 43.52; siendo la U de Mann Whitney 705.5, existiendo diferencia significativa.

El rango promedio para el grupo femenino es de 59.16 para el puntaje total del factor IV- ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, siendo mayor que el de varones, resultando la U de Mann Whitney de 882, existiendo diferencia significativa.

En el área cognitiva (0,42), motivación (0.34) y conductual (0.09) de la depresión, no se aprecia, diferencias significativas. En los puntajes totales del área fisiológica, motor y el factor I- ansiedad ante la evaluación de la prueba de ansiedad, no se observan diferencias significativas.

Tabla 7

*Comparación de los rangos promedios y niveles de significación de depresión y ansiedad considerando el sexo. (N=101)*

Variables	Sexo	N	Rango promedio	U	Z	Sig.
PTD afectiva	F	37	59.19	881	-2.22	0.03*
	M	64	46.27			
PTD cognitivo	F	37	54.01	1072.5	-0.80	0.42
	M	64	49.26			
PTD motivacional	F	37	54.26	1063.5	-0.95	0.34
	M	64	49.12			
PTD conductual	F	37	57.07	959.5	-1.68	0.09
	M	64	47.49			
PTD física	F	37	63.68	715	-3.34	0.00**
	M	64	43.67			
PT depresión	F	37	60.93	816.5	-2.59	0.00**
	M	64	45.26			
PT cognitivo de ansiedad	F	37	66.32	617	-4.23	0.00**
	M	64	42.14			
PT fisiológico de ansiedad	F	37	57.68	937	-1.75	0.08
	M	64	47.14			
PT motor de ansiedad	F	37	52.03	1146	-0.27	0.79
	M	64	50.41			
PT ansiedad	F	37	60.09	847.5	-2.42	0.02*
	M	64	45.74			
PTFI ansiedad ante la evaluación	F	37	52.27	1137	-0.37	0.71
	M	64	50.27			
PTFII ansiedad interpersonal	F	37	59.18	881.5	-2.4	0.02*
	M	64	46.27			
PTFIII ansiedad fóbica	F	37	63.93	705.5	-3.398	0.00*
	M	64	43.52			
PTFIV ansiedad ante situaciones habituales o de la vida coti.	F	37	59.16	882	-2.191	0.03*
	M	64	46.28			

\*\* . > 0,01.

\* . < 0,05.

Cuando se considera el tiempo de tratamiento se puede observar en la tabla 8 que el rango promedio del grupo de 1 año a 5 años es de 54.41 para el puntaje total del factor IV ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, siendo mayor que el grupo de 6 años a más, resultando la U de Mann Whitney 690.5, existiendo diferencia significativa.

Asimismo, se puede apreciar que el puntaje total del resto de las áreas no presenta diferencias significativas.

Tabla 8

*Comparación de los rangos promedios y niveles de significación de depresión y ansiedad considerando el tiempo de tratamiento. (N=101)*

Tiempo de tratamiento		N	Rango promedio	U	Z	Sig.
PTD afectiva	1a - 5a	76	49.55	839.5	-0.905	0.37
	6a a mas	25	55.42			
PTD cognitivo	1a - 5a	76	49.07	803	-1.18	0.24
	6a a mas	25	56.88			
PTD motivacional	1a - 5a	76	49.07	803.5	-1.294	0.20
	6a a mas	25	56.86			
PTD área conductual	1a - 5a	76	49.84	861.5	-0.74	0.46
	6a a mas	25	54.54			
PTD área física	1a - 5a	76	49.74	854.5	-0.76	0.45
	6a a mas	25	54.82			
PT depresión	1a - 5a	76	48.97	795.5	-1.218	0.22
	6a a mas	25	57.18			
PT cognitivo de ansiedad	1a - 5a	76	51.33	925	-0.208	0.83
	6a a mas	25	50.00			
PT fisiológico de ansiedad	1a - 5a	76	52.25	855	-0.75	0.45
	6a a mas	25	47.20			
PT motor de ansiedad	1a - 5a	76	53.23	780.5	-1.353	0.18
	6a a mas	25	44.22			
PT ansiedad	1a - 5a	76	51.82	887.5	-0.501	0.62
	6a a mas	25	48.50			
PTFI ansiedad ante la evaluación	1a - 5a	76	52.61	827.5	-1.066	0.29
	6a a mas	25	46.10			
PTFII ansiedad interpersonal	1a - 5a	76	53.40	767.5	-1.616	0.11
	6a a mas	25	43.70			
PTFIII ansiedad fóbica	1a - 5a	76	51.26	930	-0.159	0.87
	6a a mas	25	50.20			
PTFIV ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana	1a - 5a	76	54.41	690.5	-2.101	0.04*
	6a a mas	25	40.62			

\*\* . > 0,01.

\* . < 0,05.

En el análisis de las relaciones ente depresión y ansiedad, en la tabla 9 se puede apreciar que todas las áreas de depresión denotan correlaciones significativas al uno por ciento con el factor ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.

Se puede observar que el área afectiva de la depresión muestra correlación significativa al 0.05 por ciento con el área cognitivo de la ansiedad y el factor II ansiedad interpersonal.

Se puede valorar que el área cognitivo, conductual y física de la depresión correlaciona significativamente al uno por ciento con el área cognitivo de la ansiedad.

Se puede apreciar que el área motivacional de la depresión muestra una correlación significativa al 0.05 con el área cognitivo de la ansiedad.

Tabla 9

*Correlación de los puntajes totales de las áreas de la depresión y de la ansiedad (N=101)*

AREAS DE DEPRESION	AREAS Y FACTORES DE ANSIEDAD						
	PT cognitivo de ansiedad	PT fisiológico de ansiedad	PT motor de ansiedad	PTFI ansiedad ante la evaluación	PTFII- ansiedad interpersonal	PTFIII- ansiedad fóbica	PTFIV- ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana
PTD afectiva	,210*	0.189	0.104	0.106	,240*	0.105	,337**
PTD cognitivo	,299**	0.129	0.098	0.021	0.081	0.182	,327**
PTD motivacional	,243*	-0.012	0.033	-0.010	-0.077	0.149	,300**
PTD conductual	,270**	0.046	0.035	0.048	0.061	0.187	,275**
PTD física	,262**	0.157	0.019	0.050	0.133	0.112	,313**

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

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

## Confiabilidad

De acuerdo a la magnitud de las correlaciones según Cronbach (1951), en la tabla 10 los índices de los coeficientes Alfa de Cronbach para el puntaje total, correspondientes a los inventarios de depresión y ansiedad, considerando la muestra total (n=101), las correlaciones son altas, superiores a .81 para el Inventario de depresión de Beck; y .97 para el Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA).

Por otro lado, como se puede observar en la tabla 11 con respecto al Inventario de depresión Beck, y las áreas: afectiva, cognitivo, motivacional, fisiológica y conductual, los índices de Confiabilidad Alfa de Cronbach varían entre .30 y .58 en pacientes que reciben hemodiálisis.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), utilizado para evaluar ansiedad, a través de sus 3 áreas; cognitivo, motor y fisiológico, denotan elevados índices de Confiabilidad Alfa de Cronbach (1951) tanto para el puntaje global y para las áreas entre .88 y .93.

Tabla 10

*Confiabilidad de Cronbach de la prueba de depresión y ansiedad (N=101)*

Inventarios	N° de elementos	Alpha de Cronbach
Depresión de Beck	21	.81
De Situaciones y Respuestas (ISRA)	225	.97

## Validez

Se puede mostrar en la tabla 11; en lo concerniente a la validez de las escalas, se empleó el análisis factorial exploratoria (AFE) como un método de reducción de datos. El propósito fue identificar qué factores en común había entre las puntuaciones de las áreas dentro de cada una de

los cuestionarios de depresión y ansiedad. El objetivo fue hallar grupos de variables que midan el mismo factor, este proceso sirve para reducir el número de conceptos de explicación que se necesitan en el sistema.

Se procedió a la rotación ortogonal de las 10 escalas que forman parte de los cuestionarios aplicados mediante el método de Varimax, en la muestra total se llegó a una solución de 2 factores cuyos valores propios son 4.192 y 2.633 respectivamente, siendo la varianza explicada de 68.248 lo que puede interpretarse como un porcentaje moderado en la tabla 11.

Tabla 11

*Análisis factorial de los componentes de las pruebas administradas de depresión y ansiedad (n=101)*

Escalas	Component	
	1	2
puntaje total depresión	,985	
puntaje total depresión área cognitivo	,797	
puntaje total depresión área física	,755	
puntaje total depresión área afectiva	,729	
puntaje total depresión área motivacional	,701	
puntaje total depresión área conductual	,630	
puntaje total ansiedad		,975
puntaje total del área motor de ansiedad		,901
puntaje total del área fisiológico de ansiedad		,866
puntaje total del área cognitivo de ansiedad		,749
Eigenvalue		
% Var. Explicada	4,192	2,633
% Var. Total explicada=68,248	36,997	31,251
*Solo se ha incluido los pesos factoriales superiores a .60		

### **5.3. Interpretación o discusión de resultados**

El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de depresión y ansiedad en pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis. Así como también explicar de qué manera el sexo y el tiempo de tratamiento interviene en las variables propuestas. Por otro lado al correlacionar las áreas de cada prueba utilizada se logra precisar la interacción. Finalmente, se obtiene la confiabilidad y validez de los instrumentos empleados.

Se ha podido apreciar que en el inventario de Beck es factible que el 61% de los pacientes evaluados que reciben hemodiálisis no presentan depresión; el 24% del grupo de pacientes presentan un nivel de depresión leve y el 15% muestra un nivel de depresión moderada, lo que coincide con la investigación de Montoya y Suarez (2014), ya que los resultados obtenidos son estadísticamente similares a la presente investigación. En su mayoría los pacientes evaluados presentan un tiempo de tratamiento mayor a 5 años, por lo que se puede inferir que la depresión no es patológicamente marcada, ya que presentan una aceptación del tratamiento que lo asumen como parte de su vida cotidiana, no obstante, el 39% restante presentan cierto nivel de depresión, ya sea por el inicio del tratamiento u otros factores que pueden estar afectando su estado emocional, como el entorno familiar, el factor económico o la salud.

Por otro lado, se obtiene que en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, se establece que el 55% de los pacientes, presentan ausencia de ansiedad o ansiedad mínima, el 43% del grupo presentan ansiedad moderada a ansiedad marcada y solo el 2% de los evaluados muestran ansiedad severa. Así mismo, se hace comparación con la investigación de Montoya y Suarez (2014), donde se demuestra que los resultados arrojados son estadísticamente equivalentes a los expuestos en la presente investigación. En su mayoría los pacientes evaluados difieren con las

situaciones expuestas en el inventario, por lo que se concluye que algunas situaciones son ajenas a la vida cotidiana de los pacientes que reciben hemodiálisis.

Además, la depresión y la ansiedad, muestran correlaciones significativas, lo que significa que la depresión y la ansiedad son dos respuestas emocionales que se complementan con mayor énfasis en esta población, ya que predominan los aspectos cognitivos, afectivos y físicos de las personas que reciben el tratamiento de hemodiálisis. Por lo tanto, es importante tomar en cuenta que los pensamientos y la forma como interpretan su realidad, influyen en sus respuestas emocionales.

En referencia a la diferencia según el sexo y el tiempo de tratamiento, se aprecia que en la muestra la mayoría son varones, esto se debe a que la población evaluada pertenece a una institución policial, estando la mayor cantidad de ellos en retiro. Así mismo, se observa que el conjunto de pacientes lleva un tiempo de tratamiento entre 1 año a 5 años.

En cuanto a la variable sexo, con respecto a las áreas del inventario de depresión de Beck y las áreas del inventario de situaciones de respuestas de ansiedad se observa lo siguiente:

En el área afectiva las mujeres son más depresivas que los varones. En los resultados y discusiones del Inventario de Depresión de Beck, se aprecia que no existen diferencias significativas en cuanto al sexo. A diferencia de nuestra investigación; esto puede deberse a una de las características de la población evaluada, puesto que en su mayoría eran policías varones en retiro. Es así que se toma en cuenta que la mayoría de las mujeres se encuentran más afectadas afectivamente, ya que como dice Beck (2002) “no es la situación en sí misma, sino la percepción de la situación lo que influye en mayor medida en las emociones y los comportamientos que se suscitan”. Es por ello que las mujeres suelen tener una percepción más dramática de su realidad y lo expresan en sus emociones, como el llanto y cambios de humor.

Asimismo se aprecia que en el área física de la depresión las mujeres presentan mayor puntaje y esto puede deberse a que se sienten limitadas en su alimentación por lo que hay pérdida de peso y su apetito varía; así también el aspecto físico es cambiante sintiéndose poco atractivas para el sexo opuesto disminuyendo su libido. Así mismo en la teoría de Beck (2002) de la Triada Cognitiva, siendo el primer patrón *Visión negativa acerca de sí mismo*. Se observa que el paciente tiende a criticarse o atribuirse adjetivos negativos; se considera deficiente o inútil. Tienden a rechazarse a sí mismo, ya que creen que los demás lo rechazarán. Es por ello que se encuentra afectada el área física, debido a los pensamientos que tienen sobre sí mismas.

Por otro lado, en el área cognitiva de la ansiedad resulta elevado en las mujeres. Esto quiere decir que se preocupan más fácilmente sintiendo temor e inseguridad de sí misma, como resultado suelen limitarse en algunas actividades de su vida diaria. Es así que en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), Tobal y Vindel (1997); se describe que las respuestas del sistema cognitivo se refiere a pensamientos y sentimientos de preocupación, inseguridad, etc.; es decir una serie de situaciones que llevan al individuo a un estado de alerta; generando en ellas falta de concentración, de decisión y la idea de que las personas de su entorno observan su conducta y se dan cuenta de sus problemas.

De igual manera, en el factor II Ansiedad interpersonal, se observa que las mujeres presentan una mayor ansiedad en relación a la interacción social, ya que en su mayoría las mujeres sienten miedo o temor a entablar nuevas amistades por su condición emocional, física y médica en la que se encuentran, incrementándose su ansiedad al pensar que pueden ser rechazadas por el sexo opuesto o a situaciones sexuales íntimas. El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), Tobal y Vindel (1997); define que el factor situacional II, está formado por situaciones como ir a una cita o estar cerca de personas del sexo opuesto o en una situación sexual.

Además, en el factor III ansiedad ante situaciones fóbicas, se observan que las mujeres presentan un mayor puntaje. En otras palabras, tienen más limitaciones en la condición física y medica porque dependen de la diálisis para que su salud no se deteriore, es por esto que no podrían realizar actividades tales como las que mencionan Cano y Vindel (1997) viajar en avión, estar en lugares altos, observar escenas violentas, las multitudes o espacios cerrados.

Por otra parte, en el factor IV ansiedad ante situaciones habituales o la vida cotidiana, el sexo femenino presenta un mayor puntaje. Es decir la ansiedad aumenta al momento de conciliar el sueño o en encontrándose en un estado de reposo, puesto que en esos momentos piensan en sus limitaciones de sus actividades que desean realizar o de lo que pueda suceder en un futuro con su salud. Esto engloba a lo mencionado por Cano y Vindel (1997) las situaciones a la hora de dormir, por nada en concreto, situaciones de trabajo o estudio.

Por consiguiente en el grupo de hipótesis referente al tiempo de tratamiento, con respecto a las áreas del inventario de depresión de Beck y las áreas del inventario de situaciones de respuestas de ansiedad se observa lo siguiente:

El Factor IV de la ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana es mayor durante el periodo de tratamiento de 1 a 5 años. De esta manera podríamos describir que la ansiedad se ve incrementada, puesto que los pacientes que llevan poco tiempo de tratamiento se les dificulta adaptarse a la nueva rutina y estilo de vida diaria, a pesar de ser situaciones cotidianas para ellos significa enfrentar una nueva realidad debido a su condición médica.

En este caso se puede apreciar que el área cognitiva de la ansiedad con respecto al área afectiva de la depresión se relacionan significativamente. Por lo tanto se puede inferir que los pacientes se ven afectados por los pensamientos que traen como consecuencia un desequilibrio emocional, es

decir las preocupaciones, inseguridad en sí mismo o los temores en general producen tristeza, episodios de llanto e irritabilidad. Tal como menciona Beck (2002) las conductas, los pensamientos y las emociones están íntimamente conectadas.

Asimismo se evidencia que existe una relación significativa entre el Factor II ansiedad interpersonal con respecto al área afectiva de la depresión. Es así que podemos concluir que los pacientes al establecer contacto con gente nueva, como en una reunión social o una situación íntima sienten desconfianza de sí mismo por su condición física y médica lo cual provoca un desequilibrio emocional, trayendo como consecuencia desinterés, aislamiento, desánimo por compartir momentos con sus seres cercanos.

En cuanto al Factor IV ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana con respecto al área afectiva de la depresión, se puede observar que existe una relación significativa. Por lo cual se entiende que el aspecto emocional se ve afectado, ya que las situaciones habituales, como el trabajo diario o el conciliar el sueño que anteriormente no demandaban mayor esfuerzo, a diferencia de ahora requieren de un cuidado específico para poder desarrollar con normalidad estas actividades, entiendo que su nivel de ansiedad se acentúe.

Por otro lado, se aprecia que el área cognitiva de la ansiedad en conjunto al área motivacional de la depresión, muestra correlación significativa. Se comprende que el tratamiento que reciben los pacientes de hemodiálisis, produce ciertas limitaciones de actividades placenteras, lo cual, genera preocupaciones, temores o inseguridad que en consecuencia produce insatisfacción o desinterés por actividades que solían desarrollar sin ninguna restricción.

Asimismo, en el Factor IV ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana respecto al área motivacional de la depresión se relacionan significativamente. Por lo que la población

evaluada muestra mayor ansiedad ante situaciones de vida cotidiana, ya que, anteriormente solían ser más activos en el aspecto laboral y/o hogar, por lo que ahora al sentirse limitados por su condición médica, esto les provoca preocupaciones e insatisfacción de su vida diaria provocando apatía o indiferencia.

También, en el área cognitivo de la ansiedad entre el área cognitivo de la depresión se evidencia una relación significativa. Así como menciona Beck (2002) dentro de la triada cognitiva: Visión negativa acerca de sí mismo. El paciente tiende a subestimarse y se critica con auto atribuciones negativas; una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado e inútil atribuyendo sus experiencias desagradables a un defecto físico; así también, interpretan de forma negativa sus experiencias donde la persona ve el mundo lleno de obstáculos insuperables y demandas exageradas. Finalmente tiene una Visión negativa acerca del futuro en la cual anticipa que sus dificultades y sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Por lo tanto, se entiende que la ansiedad se ve afectada por las preocupaciones o los temores que puedan presentar a lo largo de su tratamiento, perjudicando su forma de interpretar su realidad, viendo esta como algo trágico y con poco futuro.

Al mismo tiempo, el Factor IV ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana con respecto al área cognitivo de la depresión, se muestra una relación significativa. Esto quiere decir que las actividades que realizaban anteriormente con regularidad, se ven perjudicados por las distintas variables médicas que conlleva el tratamiento de hemodiálisis, por ello se entiende que existe preocupaciones somáticas, dificultad para tomar decisiones, preocupación por el aspecto físico, ideas de fracaso que lo pueden entender como un castigo hacia sí mismos, por lo que se sienten decepcionados. Todo esto en su conjunto sería una mezcla de creencias constituidas a lo largo de su vida, que con la llegada de la enfermedad se fue incrementando, como bien refiere

Beck (2002) Los errores sistémicos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de la evidencia contraria. Además de que las personas que padecen depresión tienen una visión de la realidad en la que las distorsiones cognitivas juegan un papel principal.

A continuación se refleja que el área cognitivo de la ansiedad junto con el área conductual de la depresión, muestran una relación significativa. La ansiedad se ve aumentada por el desgaste físico debido a su condición médica, necesitando de un cuidado más estricto que les conlleva a una dependencia parcial. Esto trae como consecuencia una mayor preocupación y sensación de falta de autonomía que les provoca inseguridades y temores. Por lo que se limitan a participar socialmente o de actividades que ellos saben que demanda mayor esfuerzo y desgaste.

Además se expresa que el Factor IV ansiedad ante situaciones habituales o de vida cotidiana y el área conductual de la depresión se relacionan significativamente. Las situaciones de vida diaria se ven afectadas por los diferentes cuidados que deben tener, por lo que esto les restringe ciertas actividades. Es así que tienden a aislarse de su entorno social o evitar trabajos que requieran de su esfuerzo físico ya que no cuentan con las mismas energías que tenían anteriormente.

Por otro lado se conoce que el área cognitiva de la ansiedad con el área física de la depresión posee una correlación significativa. Las preocupaciones y temores que manifiestan los pacientes que reciben hemodiálisis son consecuencia de los cambios físicos que perciben en sí mismos a causa de su enfermedad, por lo que crea un cambio en su nutrición conllevando a una pérdida de peso, y falta de deseo sexual, así como dificultades para conciliar el sueño que producen pensamientos negativos acerca de su condición elevando su ansiedad.

Se constata que el factor IV ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana con respecto al área física de la depresión se relacionan significativamente. La intensidad de la ansiedad es producto de las restricciones a ciertas actividades que solían tener en su vida diaria, lo cual supone un desbalance en su aspecto físico; tales como la pérdida de peso, disminución de la libido sexual, alteraciones en su sueño.

Finalmente, los coeficientes de consistencia interna Alfa de Cronbach para el puntaje total, correspondiente al inventario de Depresión, fueron elevados para las áreas Afectiva, Cognitivo, Motivacional, Conductual y Física. Los índices de confiabilidad Alfa de Cronbach para el puntaje total del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), fueron altas, tanto para la muestra total como para las áreas. Refleja la consistencia entre los elementos que miden ambas pruebas, denotando a su vez la homogeneidad del mismo con respecto a la medición del constructo depresión y ansiedad.

## **CAPÍTULO VI**

### **Resumen y conclusiones**

#### **6.1. Resumen del estudio**

El objetivo principal es determinar el nivel de Depresión y Ansiedad en pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis. El estudio es de tipo descriptivo- comparativo y correlacional, con una población accesible de 101 pacientes que reciben hemodiálisis del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz. Se realizó un muestreo no aleatorio, obteniendo un tamaño muestral de 101 pacientes. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Resultados: Siendo no depresión 61.4% (62/101), depresión leve 23.8% (24/101) y depresión moderada 14.9% (15/101). En ausencia de ansiedad o ansiedad mínima 55.4% (56/101), ansiedad moderada o ansiedad marcada 42.6% (43/101) y ansiedad severa solo el 2% (2/101). Discusión: de manera general no se presentan niveles elevados de depresión y ansiedad, en los pacientes evaluados respecto al sexo y tiempo de tratamiento. Así

mismo, se puede observar que la correlación entre el Puntaje Total de Depresión y Puntaje Total de Ansiedad es de ,301 significativa a un nivel de uno por ciento. En las diferencias significativas se evidencia que para el sexo femenino de la depresión se encuentra significativa al 0.01% el puntaje total de la depresión, el área física de la depresión y el área cognitivo de la ansiedad, por otro lado, al 0.05% se observa el área afectiva de la depresión, puntaje total de la ansiedad, factor II ansiedad interpersonal, factor III ansiedad fóbica y factor IV ante situaciones habituales o la vida diaria. Sin embargo, para el tiempo de tratamiento, el factor IV ante situaciones habituales o la vida diaria se encuentra significativa al 0.05% considerando de 1 año a 5 años.

## **6.2. Conclusiones generales y específicas**

En base a los resultados de la investigación se puede contribuir, identificar y resaltar los aspectos que se encuentra en torno a la depresión y ansiedad en esta población en especial, puesto que las personas desvalorizan estos aspectos importantes que influye en su vida y en su quehacer diario, se concluyó:

1. El inventario de depresión de Beck, el alfa para la escala completa es de .81, y para el inventario de situaciones de respuestas de ansiedad, el alfa para la escala completa es de .97, lo que denota la consistencia interna de la prueba sino también su homogeneidad, es decir su validez.
2. Con respecto a la distribución porcentual de los resultados de depresión según niveles: se observa que los pacientes manifiestan un mayor nivel de depresión en un 60.93%; para el sexo femenino.
3. Así mismo, en el área afectiva de la depresión revela un porcentaje de 59.19% para el sexo femenino.

4. En el área física de la depresión se obtiene un porcentaje de 63.68% para el sexo femenino.
5. En cuanto a la variable ansiedad se obtuvo como resultado que los pacientes femeninos muestran un mayor porcentaje de 60.09%.
6. En el área cognitiva de la ansiedad presenta un 66.32%, para el sexo femenino.
7. El factor ansiedad interpersonal muestra un 59.18% para el sexo femenino.
8. El factor de ansiedad fóbica es de 63.93% para el sexo femenino.
9. El factor ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana muestra un 59.16% para el sexo femenino.
10. Considerando el tiempo de tratamiento, se aprecia que para el factor ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana se obtiene un mayor porcentaje de 54.41% para el rango de 1 a 5 años de tratamiento.
11. El puntaje total del área afectiva de la depresión, considerando el sexo femenino, presenta una diferencia significativa al 0.05%.
12. La correlación del puntaje total de la depresión y el puntaje total de la ansiedad es de .301 significativa al 0.01%.
13. Para el puntaje total de la ansiedad se observa una diferencia significativa al 0.05%, considerando mayores puntajes para el sexo femenino.
14. Así mismo, en el factor II ansiedad interpersonal, evidencia diferencia significativa al 0.05%, considerando mayores puntajes para el sexo femenino.
15. Por otro lado, en el factor III ansiedad fóbica, muestra diferencia significativa al 0.05% considerando mayores puntajes para el sexo femenino.
16. Para el puntaje total de la depresión, se observa diferencia significativa al 0.01% considerando mayores puntajes para el sexo femenino.

17. También para el puntaje total del área física de la depresión, es significativa al 0.01% considerando el sexo femenino.
18. En el área cognitiva de la ansiedad, se observa diferencia significativa al 0.01% para el sexo femenino.
19. Finalmente, para el tiempo de tratamiento, existe diferencia significativa al 0.05%, siendo mayor de 1 año a 5 años en contraste con el tiempo de 6 a más en el factor IV ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.

### **6.3. Recomendaciones**

La población que ha sido considerada es vulnerable a presentar rasgos de depresión o ansiedad en diferentes niveles, por ello es importante tenerlo presente para posteriores investigaciones e intervenciones, no solo a nivel clínico sino también en el ámbito social, para que asuman este nuevo cambio de manera consiente y les ayude a sobrellevar este tratamiento con responsabilidad, así mismo haya una mejor educación hacia los familiares que son el primer círculo que influyen en su estado emocional. De allí que proponemos las siguientes recomendaciones:

- Implantar en los centros de salud talleres preventivos para los pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis.
- Establecer talleres educativos para los familiares de los pacientes, realizando temas informativos de los síntomas físicos, emocionales y sociales.
- Realizar un grupo de apoyo en el área de nefrología para los pacientes que recién inician el tratamiento de hemodiálisis.
- Realizar evaluaciones constantes a los pacientes para llevar un registro y un seguimiento psicológico del nivel emocional.

- Fomentar la capacitación constante al centro de salud sobre la enfermedad y las consecuencias.
- Realizar terapias alternativas que le permitan al paciente poder participar, como la musicoterapia o la risoterapia.

Informemos sobre las consecuencias físicas y emocionales que conllevan esta enfermedad, tomando consciencia y siendo responsables como profesionales que somos. Aún queda mucho más por investigar, ya que esta investigación está situada a una población específica, no sabemos cómo es la realidad en otros centros de salud por lo que esperamos que a partir de esta investigación se tome en cuenta la relevancia de estos trastornos y así se pueda tener datos de la población en general.

## Referencias

### a) Bibliografía citada en el estudio

- Andrade, C. y Sesso, R. (2012). *Depression in Chronic Kidney Disease and Hemodialysis Patient*. Division of Nephrology, Department of Medicine, Federal University of Sao Paulo. Sao Paulo, Brazil. 3. 11 DOI: 10.4236/psych.2012.311146
- Arcas-Rubio. S. y Cano-Vindel, A. (1999). *Procesos Cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información*. Consultado en: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1>.
- Avendaño, L. (2003). *Nefrología Clínica*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Garbin, M.C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clínica Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bermúdez, J. (1983). Modelo interactivo de ansiedad: Implicaciones y contrastación empírica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 38 (6), 1003-1030.
- Bourque, P. y Beaudette, D. (1982). Etude psychometrique du questionnaire de depression de Beck aupres d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 14, 211-218.
- Calvo, M.G. y Cano- Vindel, A. (1997). The nature of trait anxiety: Cognitive and biological vulnerability. *European Psychologist*, 2, 301-312.

- Calvo, M.G. y Eysenck, M.W. (1995). Sesgo interpretativo en la ansiedad de evaluación. *Ansiedad y Estrés*, 1,5-20.
- Cano Vindel, A. (1985). *Estudio experimental sobre medidas de autoinforme: Influencia de las situaciones en la evaluación cognitiva de respuestas de ansiedad. Memoria de la Licenciatura*. Facultad de Psicología. Universidad Complutense
- Cano- Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Cano-Vindel, A. (1997). *Modelos explicativos de la emoción*. En: E.G. Fernández- Abascal (Ed.). *Psicología General. Motivación y Emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón. Areces (127-161).
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal. J.J. (1990a). *Evaluación mediante autoinforme de la reactividad cognitivo- fisiológico- motora ante diferentes situaciones*. Diferencias individuales y Situaciones. En: C.O.P. (Ed): *Libro de Comunicaciones del II Congreso del C.O.P. Área 7. Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. Madrid: C.O.P (pp. 94-101).
- Cano-Vindel, A. y Miguel- Tobal, J.J. (1994) (Eds.) *Psicología, medicina y salud*. Murcia: Compobell. (Ansiedad y Estrés, 0, número monográfico).
- Cano- Vindel, A. y Miguel-Tobal.J.J. (1995) (Eds) *Estrés Laboral*. Murcia: Compobell. (*Ansiedad y Estrés*, 1(2-3), número monográfico).
- Cano- Vindel, A., Miguel- Tobal, J.J., Gonzales, H. e Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10, 145-156.

- Capafons, J., Sosa, C.D.Viña, C. y Avero, P. (1997). Fobia a viajar en avión: valoración y predicción de resultados de dos programas terapéuticos: *Ansiedad y estrés*, 3,265-287
- Dobson, K.S. (1985). An analysis of anxiety and depression scales. *Journal of Personality Assessment*, 49(5), 522-527.
- Endler, N.S. (1975). *A person-Situation interaction model for anxiety*. End Spielberger, C.A y Sarason, I.G. (Eds): *Stress and Anxiety*. (Vol.1). Washington. D.C.: Hemisphere Publishing.
- Escalona, A. y Hernández, J.M. (1996) (Eds) *Ansiedad y Estrés en el Ámbito Educativo*. Murcia: Compobell. (Ansiedad y Estrés, 2(2-3), pp. 97,295, número monográfico).
- Eysenck, M.W. (1997). *Anxiety and Cognitiion. A unified theory*. Hove: *Psychology Press*.
- Fernández- Abascal, E.G. y Martínez- Sánchez, F. (1998) (Eds.) *Reactividad fisiológica al estrés*. Murcia: Compobell (Ansiedad y Estrés, 4(2-3), pp. 111-330, número monográfico).
- Fernández-Castro, J., Álvarez, M., Blasco, T., Dogal, E. y Sanz, A. (1998). *Validación de la Escala de competencia personal de Wallston: Implicaciones para el estudio del estrés*.
- Giera Vives, L., & Rico González, A., & Sánchez Izquierdo, F., & Fernández Manjón, M., & Villanueva Rojas, E. (2014). Análisis del Estado de Ansiedad y Depresión en los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Nuestros Centros de Hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 17 (1), 10-10. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359835334002>

- Guerrero Medianero, M. (1989). *Reacciones psicológicas de 40 pacientes con insuficiencia renal crónica en un programa de hemodiálisis*. (Tesis Bachiller Enfermería). UPCH. FMAH. EEM. Lima-Perú.
- Gurland, HJ. y Lysaght, MJ. (1993). *Future trends in renal replacement therapy*. *Artif Organs* 17, 267-271.
- Hatzenbuehler, L.C., Parpal, M. y Mathews, L. (1983). *Classifying college students as depressed or nondepressed using the Beck Depression Inventory: An empirical analysis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51, 360-366.
- Khan, IH Catto, GR y Edward, N. (1993). *Influence of coexisting disease on survival on renal replacement therapy*. *Lancet* 341: 415-8.
- Kimmel L, Peterson. (2000). *Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study chronic hemodialysis outpatients*. *Kidney Int* 57, 2093-2098.
- Lang.P. (1968). *Fear reduction and Fear behavior: Problems in treating a Construct*. En J.M. Shleien (Ed.). *Research in Psychotherapy, III*. Washington: American Psychological Association.
- Lazarus, J. y Denker, M. (1997). *Hemodiálisis*. En: Brenner BM, editor. *The Kidney* 5 th ed. Philadelphia WB Saunders Co. 242426.
- Leary, M. (1983a). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-376.

- Lopez, D. (2016). Depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres de primer año de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad peruana Union Filial Juliaca-2016. Tesis de licenciatura en Psicología de la Universidad peruana Union. Juliaca-Perú.
- Marsella, A., Sanborn, O., Kameoka, v., Shiguru, L. y Brennan, J. (1975). Cross-validation of self-report measures of depression among normal populations of Japanese, Chinese, and Caucasian ancestry. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 281-287.
- Michelson, L. (1986). Treatment consonance and response profiles in agoraphobia: the role of individual differences in cognitive, behavioral and physiological treatments. *Behavior Research & Therapy*, 24, 263-275.
- Miguel, J. y Cano, A. (1988). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*, 2ª Ed. Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J. (1990). *La ansiedad*. En: J.Mayor y J.L. Pinillos (Eds.). Tratado de Psicología General. Vol.8. S.Palafox y J.Vila (Eds.). Motivación y Emoción. Madrid: Alhambra universidad.
- Miguel- Tobal, J. (1995). *Evaluación de la ansiedad y de los trastornos de ansiedad*. En A. Roa (Ed.). Evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid, CEPE, pp. 121-161.
- Montoya, J., y Suarez, J. (2014). *Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis, Lambayeque 2012- 2013*. (Tesis de Licenciatura en Medicina). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Lambayeque, Lima, Perú. Consultado en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USAT\\_8b47dc761711d11a4b436cc44fe97fd0](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USAT_8b47dc761711d11a4b436cc44fe97fd0)

- Novara J., Sotillo C., Warthon D. Estanda D. (1985). Estandarización de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión de Lima Metropolitana Instituto Nacional de Salud Mental. Lima.
- Oliver, J. y Burckham, R. (1979). *Depression in university students: Duration, relation to calendar time, prevalence, and demographic correlates*. Journal of Abnormal Psychology, 88, 667-670.
- Paul, G. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Pérez-Nieto, M. y Cano-Vindel, A. (1998). *Intervención en fobia social: Caso Clínico*. Psicología.COM (online) ,2(2) ,42 párrafos. Disponible en: [http://www.Psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art\\_7.htm](http://www.Psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_7.htm).
- Piazza, A (1973). *Diálisis Crónica con riñón artificial (estudio de 1,270 diálisis)*. Tesis doctoral. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Rodríguez- Saavedra, R. y Cano-Vindel, A. (1995). *Relación entre adquisición y Patrón de respuestas de ansiedad en la fobia dental*. Ansiedad y Estrés 1, 105-111.
- Sanz, J. y Graña, J. (1991). *Funcionamiento psicosocial y depresión: El caso de la autoobservación*. Psicothema, 3, 381-399.
- Sanz, J. (1996). *Memory biases in social anxiety and depression*. Cognition and Emotion, 10, 87-105.
- Santivañez, Y., Santivañez, V. y Battilana, C. (1987). *Trastornos emocionales más frecuentes en pacientes en hemodiálisis crónica*. 19(2): 37-45.

Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory (Self-evaluation Questionnaire)*. Palo Alto: California.

Spielberger, C.; Gorsuch, R. y Lushene, R. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual*. TEA Ediciones, S.A.: Madrid.

Spielberger, C. (1972). *Anxiety. Current Trends in Theory and research*. New York: Academic Press.

Tanaka-Matsumi, J. y Kameoka, A. (1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 328- 333.

Taylor, J. (1953). "A personality Scale of manifest anxiety". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 275-280.

Vázquez, C., Avia, M.D., Alonso, B. y Fernández, E. (1989). *A test of the diathesis-stress model of depression: Attributional style as a predictor of dysphoric reactions after an academic failure*. Comunicación presentada en el Primer Congreso Europeo de Psicología, Amsterdam.

Vázquez, F., Muñoz, R. y Beconia, E. (2000). *Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a fines del siglo xx*. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.

Villagómez L., Gomez S. y Rosales L. (2014). Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México. *Revista El Sevier*, 35.03 DOI: 10.1016/j.dialis.2014.02.001.

Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.

Williams, S, J.; Puente; A.E.; Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1991). “*Validity and reliability of the Inventory of Situations and Responses of Anxiety*”. Annual Meeting of the North Carolina Psychological Association: Atlantic Beach, North Carolina.

Winokur, G. (1997). All roads lead to depression: Clinically homogeneous, etiologically heterogeneous. *Journal of Affective Disorders*, 45, 97-108.

## ANEXOS

### Consentimiento Informado

Paciente: \_\_\_\_\_  
Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Investigadoras responsables: Jessica Guillen Calvo y Rossana Ordoñez Campos.

Título del proyecto:

**Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" 2016.**

Se me ha solicitado participar en un estudio de investigación que se está estudiando: Determinar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes que reciben hemodiálisis.

YO ENTIENDO QUE:

- A) Los riesgos derivados de este estudio son mínimos, debido a que se realizara el registro de datos a través de procedimientos estandarizados y correctamente validados para su uso.
- B) Yo podré retirarme de esta investigación y revocar mi consentimiento en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que esto me perjudique.
- C) Los resultados de esta investigación pueden ser publicadas, pero mi nombre o identidad no serán revelados y mis datos clínicos permanecerán en forma confidencial, a menos que mi identidad sea solicitada por ley.
- D) Mi consentimiento esta dado voluntariamente sin que haya sido obligado o forzado, por lo que doy mi consentimiento para que se administre las pruebas señaladas.

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del participante

### Revocatoria

Yo, \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_ Revoco el consentimiento  
prestado y no deseo proseguir con el proyecto de tesis **“Depresión y Ansiedad en pacientes del servicio  
de hemodiálisis del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. Septiembre- octubre y noviembre 2015”**, que  
desarrollaran las estudiantes de Psicología Jessica Guillen Calvo y Rossana Ordoñez Campos, de la  
Universidad Ricardo Palma.

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del participante

Figura 1



HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU  
**“Gral.Méd. Luis N. Sáenz”**  
 OFICINA DE DOCENCIA, CAPACITACION E INVESTIGACIÓN

---

Lima, 17 de Noviembre del 2015.

**Señor**  
**Director de la Sección de Post Grado Facultad de Psicología**  
**Universidad Ricardo Palma**  
**Presente.-**

De mi Mayor Consideración:

Es grato dirigirme a Usted, con la finalidad de saludarlo cordialmente y a su vez comunicarle que mediante el **Decreto N° 1299-2015/DIREJESAN.PNP.HN.LNS.Sec.**, el Señor General Medico PNP Javier RIVAS CHAVEZ Director del HN.LNS.PNP **AUTORIZA** a las alumnas Rossana P. ORDOÑEZ CAMPOS y Jessica C. GUILLEN CALVO procedentes de la Facultad de Psicología de la Universidad Ricardo Palma a desarrollar el proyecto de Tesis Titulado: **“DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS EN HEMODIALISIS DEL HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS. N. SAENZ”**.

Hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial estima personal.

Atentamente.

  
 .....  
 REGISTRO AL SECTOR DE PERSONAS  
 CMUTES 3402  
 JEFE DE OFICINA HN.PNP.LNS.S

HRAR/rlq.

---

**OFIDCI – HN.LNS.PNP.: Av. Brasil s/n Cára. 26 3er. Piso Jesús María**  
**Telf. 463-0011 / 463-0708 SISTEMA NEC: 826 – 2306**

Figura 2

12

Ref.:

- a.-Carta de la Facultad de Psicología de la Universidad Ricardo Palma, de fecha 04AGO2015, con Req.Vrs.411.
- b.-Pase Nro.70-2015-DIREJESAN.PNP.HN.LNS.OFIDCI.UICel. (26AGO2015).
- c.-Dev.Nro.244-2015-DIREJESAN.PNP.DIROSS.HN.LNS.DIV. ENF.DEPNEF.-(16SET2015).
- d.-Informe Nro.161-2015-DIREJESAN.PNP.HN.LNS.PNP.OFID. CI.Uinv.-(13OCT2015).
- e.-Elev.Nro.122-2015-DIREJESAN.PNP.DIROSS.HN.PNP.OFID- CI.Uinv.-(29OCT2015).

El Doctor Héctor H. SANCHEZ CARLESSI, Decano de la Facultad de Psicología de la Universidad Ricardo Palma, comunica que las Alumnas ROSDSANA P. ORDOÑEZ CAMPOS, y JESSICA C. GUILLEN CALVO, están realizando el Proyecto de Investigación Titulado "DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES EN HEMODIALISIS DE DEL HN.PNP."LNS"-2015". Asimismo solicita Autorización para la culminación de dicho Proyecto.

En tal sentido el Jefe de la Oficina de Docencia, Capacitación e Investigación del HN.PNP."LNS", anexa el Informe procedente de la Encargada de la Unidad de Docencia y Capacitación quién es de opinión favorable a lo solicitado, opinión que se comparte

FOLIOS: (11)—Anexo: Proyecto—

Jesús María, 12 NOV. 2015

**DECRETO.Nro. <sup>1299</sup> -2015/DIREJESAN.PNP.HN."LNS".Sec.-**

Visto la solicitud de la referencia,

**VUELVA** al Sr. CMDTE.MED.PNP., HERNAN ADRIANZEN RONCEROS, JEFE DE LA OFICINA DE DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HN."LNS".PNP., a fin de que tome conocimiento que esta Dirección AUTORIZA a las Alumnas **Rossana P. ORDOÑEZ CAMPOS**, y **Jessica C. GUILLEN CALVO** procedente de la Universidad RICARDO PALMA, para que realicen el Proyecto de Investigación Titulado "DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL LUIS N. SAENZ, POLICIA NACIONAL DEL PERU", habiéndose considerado lo informado y opinado por su Jefatura en la Elev.Nro.122-2015-DIREJESAN-PNP-DIREOSS-HN.PNP-OFIDCI-JEF.-(29OCT2015).

**JRCH/JFI.**  
DPV/hvc.

(10/11/2015)  
Archivo: DECRETO  
(Solic.TRAB.INVEST)



  
OS-256440  
JAVIER W. RIVAS CHAVEZ  
GENERAL MED. PNP  
DIRECTOR HN.PNP.LNS

