

UNIVERSIDAD JUAREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“Estadificación de ansiedad y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.”

**Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

M. C. JESÚS DEL CARMEN HERNÁNDEZ TORREZ

Director (es):

MED. ESP ANDRÓMEDA HERNÁNDEZ PÉREZ,

MED. ESP. RICARDO GONZÁLEZ ANOYA.

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2023



Acta de autorización de impresión de tesis



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**
ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura
del Área de
Investigación



Villahermosa, Tabasco, 02 de febrero de 2023

Of. No. 250/DACS/JI

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Jesús del Carmen Hernández Torrez
Especialización en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **"Estadificación de ansiedad y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis"** con índice de similitud **18%** y registro del proyecto No. **JI-PG-097**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Elías Hernández Cornelio, Dra. Guadalupe Paz Martínez, Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez, Dra. Elizabeth Gallegos Tosca y el Dr. Sergio Quiroz Gómez. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialización en Medicina Familiar**, donde funge como Directores de Tesis: M.E. Andrómeda Hernández Pérez y el M.E. Ricardo González Anoya.

Atentamente

Dra. Miriam Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

- C.c.p.- M.E. Andrómeda Hernández Pérez. – Director de tesis
- C.c.p.- M.E. Ricardo González Anoya. – Director de tesis
- C.c.p.- Dr. Elías Hernández Cornelio. – Sinodal
- C.c.p.- Dra. Guadalupe Paz Martínez. – Sinodal
- C.c.p.- Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez. – Sinodal
- C.c.p.- Dra. Elizabeth Gallegos Tosca. – Sinodal
- C.c.p.- Dr. Sergio Quiroz Gómez. – Sinodal
- C.c.p.- Archivo
- DC/MCM/LMC/EJOD/BJG*

México CUMEX Acta 2da
Asociación de
Universidades
Mexicanas

www.dacs.ujat.mx

DIFUSIÓN DACS

DIFUSIÓN DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION

Av. Cnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 3638-A,
Col. Tamulte de las Tabasqueñas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 EXT. 6360, e-mail: investigacion.dacs@ujat.mx



Acta de revisión de tesis



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA BUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:00 horas del día 10 del mes de enero de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Estadificación de ansiedad y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis"

Presentada por el alumno (a):

Hernández	Torres	Jesús del Carmen
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matricula		

2	0	1	E	7	0	0	0	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

M.E. Andromeda Hernández Pérez

M.E. Ricardo González Anaya

Directores de Tesis

Dr. Elías Hernández Cornelio

Dra. Guadalupe Paz Martínez

Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez

Dra. Elizabeth Gallegos tosca

Dr. Sergio Quiroz Gómez




Carta de cesión de derechos

Carta de Cesión de Derechos

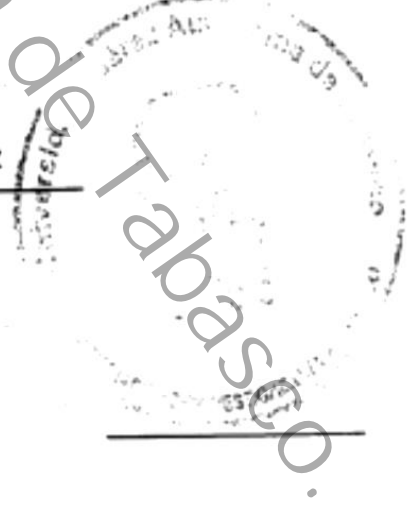
En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 15 del mes de Diciembre del año 2022, el que suscribe, JESUS del Carmen Hernández Torrez, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 201E70008 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **Estadificación de ansiedad y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis**, bajo la Dirección de la Dra. Andrómeda Hernández Pérez, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: e.vell0407_94@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Jesús Del-Carmén Hernández Torrez

Nombre y Firma

Sello





Dedicatorias

A Dios por permitirme terminar mis estudios de especialidad. A mi esposa e hijos que durante estos años han sido de apoyo en mi carrera y me han brindado amor y cariño. De igual manera a mis profesores de la especialidad, así como a mis asesores de tesis que me apoyaron en todo momento para realizar este estudio de investigación.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Agradecimientos

Primeramente, agradezco al Instituto Mexicano Del Seguro Social por haberme aceptado como Médico Residente para poder forjarme como Médico Especialista en Medicina Familiar, así como a los diferentes Médicos Especialistas de las diferentes áreas que impartieron sus conocimientos en cada una de las rotaciones y clases.

Agradezco a la doctora Andrómeda Hernández Pérez y al doctor Ricardo González Anoya por ser mis asesores de tesis y brindarme incondicionalmente su apoyo y conocimientos para realizar la siguiente tesis.

Finalmente agradezco a mi familia por la comprensión y el amor para apoyarme en este sueño.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ÍNDICE

Contenido	Página
INDICE.....	VII
INDICE DE TABLAS.....	X
INDICE DE FIGURAS.....	XI
ABREVIATURA.....	XII
GLOSARIO.....	XIII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2. 1. Marco conceptual.....	3
2. 2. Origen de la palabra Ansiedad.....	3
2.3. La ansiedad.....	3
2. 4. Desarrollo epidemiológico.....	4
2. 5. Epidemiología Mundial, nacional y local.....	4
2.6. Desarrollo de enfermedad.....	4
2. 7. Causas de la Ansiedad.....	5
2. 8. Ansiedad patológica.....	5
2. 9. Síntomas de la ansiedad.....	6
2. 10. Movilización.....	6
2. 11. Demora.....	6
2. 12. Desmovilización.....	6
2. 13. Sintomatologías Fisiológicas.....	6
2. 14. Diagnóstico.....	7
2. 15. Tratamiento.....	8
2. 16. Técnicas de relajación.....	8
2. 17. Mostrar Habilidades.....	8
2. 18. Desensibilización del sistema.....	9
2. 19. Reestructuración cognitiva.....	9
2. 20. Tecnología farmacológica.....	9
3. Definición de familia.....	10
3. 1. Tipos de familia.....	10
3. 2 Funcionalidad familiar.....	10



3. 3. Dimensiones de la funcionalidad familiar	11
4. Enfermedad Renal Crónica (ERC)	12
4.1 Fisiopatología	13
4. 2. La Cuantificación de la Albuminuria	14
4.3 Tratamiento	15
4. 4. Tratamientos de Sustitución	15
4. 5. La Diálisis Peritoneal	15
4. 6. La Hemodiálisis	15
4. 7. Sistema de Suministro de Sangre	16
4.8. Vía de la hemodiálisis	16
4. 9. Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica	16
4.10. Estudios Relacionados	18
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
Pregunta de Investigación	23
6. JUSTIFICACIÓN	24
7. HIPÓTESIS	26
7.1. Hipótesis de investigación	26
7. 2. Hipótesis nula.	26
8. OBJETIVOS	27
8.1. Objetivo General.	27
8. 2. Objetivos Específicos	27
9. MATERIAL Y METODO	28
9. 1. Diseño de la investigación	28
9. 2. Población y muestra	28
9. 3. Criterios de inclusión	28
9. 4. Criterios de exclusión	28
9.5. Criterios de Eliminación	29
9. 6. Método de recolección de datos	29
9. 7. Técnica.	29
9. 8. Instrumento.	29
9. 9. Métodos de Análisis de Información	30
9. 10. Procedimiento de recolección de información.	30
9. 11. Operacionalización de las variables.	31
10. Consideraciones éticas	35



Aspectos éticos.....	35
11. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.	36
11. 1. NOM-012-SSA 3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.	36
12. Aspectos administrativos.....	37
12. 1. Recursos materiales.....	37
12. 2. Financiamiento.....	37
12. 3. Factibilidad.....	38
13. RESULTADOS.....	39
14. DISCUSION.....	44
15. CONCLUSION.....	46
16. PERSPECTIVAS.....	47
17. BIBLIOGRAFÍA.....	48
18. ANEXOS.....	56
18. 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	56
18. 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	57
18. 3. ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS).....	57
18. 3. APGAR FAMILIAR.....	61
18. 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	63
18. 5. APLICACIÓN DE LA ESCALA DE HALMITON.....	64
18. 6. APLICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR.....	66



ÍNDICE DE TABLAS

Contenido	Página
Tabla 1. Cedula de datos personales	39
Tabla 2. Escala de Halminton para ansiedad	40
Tabla 3. Escala de ansiedad psíquica	41
Tabla 4. Grado de Ansiedad somática	41
Tabla 5. Funcionalidad familiar	42
Tabla 6. Correlación de Halmiton y apgar familiar	42

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ABREVIATURAS

UMF.	Unidad Médica de Medicina Familiar
ERT.	Enfermedad Renal Terminal
OPS.	Organization Panaamericana de Salud
OMS.	Organización Mundial De La Salud
APGAR.	Adaptación, Participación, Ganancia, Afecto, Recurso
APA.	Asociación Americana De Psiquiatría
DSM-V.	Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mental
ERC.	Enfermedad Renal Crónica
FG.	Filtrado Glomerular
ML.	Mililitros
MIN.	Minuto
M2.	Metro Cuadrado
CV.	Cardiovascular
TRR.	Terapia de Reemplazo Renal
PTH.	Hormona Paratiroidea
MMHG.	Milímetros de Mercurio
TFG.	Tasa de Filtrado Glomerular
BUN.	Nitrógeno Ureico en Sangre
MMOL/LT.	Minios Mol Por Litro
USD.	Dólares Estadounidenses
No.	Numero
IMSS.	Instituto Mexicano del Seguro Social
HARS.	Escala de Hamilton para Ansiedad
HD.	Hemodiálisis
PD.	Diálisis Peritoneal



RESUMEN

“Estadificación de ansiedad y su relación con la funcionalidad familiar en paciente en hemodiálisis”

Jesús del Carmen Hernández Torrez ^a, Andrómeda Hernández Pérez ^b,
Ricardo González Anoya^c

a Residente de tercer año de Medicina Familiar de la UMF No. 39 Villahermosa, Tabasco.

b Med. Esp. en Medicina Familiar en la UMF No 39 Villahermosa, Tabasco.

c Med. Esp. en Medicina Familiar en la UMF No 39 Villahermosa, Tabasco.

INTRODUCCION: Los trastornos mentales comunes se refieren a diversos trastornos como la ansiedad. Según la OMS la prevalencia a nivel mundial de ansiedad es de 3.6%. ⁶⁰ En México el 14.3% de la población padece ansiedad.

OBJETIVOS: Analizar el grado de ansiedad, y su relación con la funcionalidad de la familiar de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital General de Zona no. 46. **MATERIAL Y METODOS:** Es tipo analítico, de corte trasversal, prospectivo, cualitativo, correlacional. Para el procesamiento estadístico de los datos se utilizará el Programa SPSS v.21. y analizarán estadísticas descriptivas. Para analizar la variable de correlación se utilizará el coeficiente de Pearson y Spearman. **RESULTADOS:** se encontró los siguientes resultados: de los 150 participantes se obtuvo que 15 pacientes presentan ansiedad leve, 52 pacientes presentan ansiedad moderada y 83 paciente presenta ansiedad grave. En cuanto a función familiar se encontró que 105 pacientes presentaron funcionalidad normal, 32 disfunción leve, 5 disfunción moderada y 8 disfunción severa. Encontrando al final de los resultados que no existe relación entre la ansiedad y la funcionalidad familiar según coeficiente de Pearson. **CONCLUSIÓN:** los pacientes en hemodiálisis presentan ansiedad grave la cual no está relacionada con la funcionalidad familiar.

PALABRAS CLAVES: ansiedad, funcionalidad familiar, enfermedad renal crónica, hemodiálisis.



ABSTRACT

“Anxiety staging and its relationship with family functionality in hemodialysis patients”

Jesús del Carmen Hernández Torrez ^a, Andrómeda Hernández Pérez ^b,
Ricardo González Anoya^c

a Residente de tercer año de Medicina Familiar del HGZ No. 46 en Villahermosa, Tabasco.

b Med. Esp. en Medicina Familiar en el HGZ No. 46 en Villahermosa, Tabasco c Med. Esp. en Medicina Familiar en el HGZ No. 46 en Villahermosa, Tabasco.

Introduction: Common mental disorders refer to various disorders such as anxiety. According to the WHO, it is estimated that 3.6 percent of the world's population suffers from anxiety. According to the WHO, the worldwide prevalence of anxiety is 3.6%. 60 In Mexico, 14.3 percent of the population suffers from anxiety. **Objectives:** To analyze the degree of anxiety, and its relationship with the functionality of the family of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis treatment at Hospital General de Zona no. 46. **MATERIAL AND Methods** It is analytical type, cross-sectional, prospective, qualitative, correlational. For the statistical processing of the data, the SPSS Program v.21 will be used and descriptive statistics will be analyzed. To analyze the correlation variable, the Pearson and Sperman coefficient will be used. **RESULTS:** the following results were found: of the 150 participants, it was found that 15 patients had mild anxiety, 52 patients had moderate anxiety, and 83 patients had severe anxiety. Regarding family function, it was found that 105 patients presented normal functionality, 32 mild dysfunction, 5 moderate dysfunction, and 8 severe dysfunction. Finding at the end of the results that there is no relationship between anxiety and family functionality according to the Pearson coefficient. **Conclusion:** hemodialysis patients present severe anxiety which is not related to family functionality.

Key Word: anxiety, family functionality, chronic kidney disease, hemodialysis



GLOSARIO DE TERMINOS

Estadificación: Es la acción y efecto de estadificar, es decir, determinar la extensión y gravedad de una enfermedad.

Ansiedad: 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.

Familia: El conjunto de personas que conviven bajo un mismo techo y están organizadas por roles fijos. Está conformado por padre, madre, hijos, hermanos y personas ligadas por vínculos consanguíneos y sentimientos afectivos que los unen y agrupan.

Funcionalidad familiar: Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo de vital y las crisis por la que atraviesa un individuo.

Enfermedad Renal Crónica: Como la presencia de una alteración estructural o funcional por un periodo que persiste de más de tres meses, con o sin deterioro de la función renal o filtrado glomerular (FG) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ en ausencia de otros signos de enfermedad renal.

Hemodiálisis: consiste en extraer sangre del paciente a través del acceso vascular presente, para filtrar las toxinas y el agua de la sangre, como lo hacían los riñones cuando estaban sanos.



1. INTRODUCCIÓN

El alcance del problema está asociado con la ansiedad debido a que causan una serie de respuestas emocionales en los pacientes que reciben hemodiálisis. Es importante detectar oportunamente los estados de ansiedad en estos pacientes, con la finalidad de mejorar la recuperación del paciente y evitar que existan complicaciones. Cabe destacar que el número de pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis va en aumento, por lo que se hace necesario optimizar el trabajo con ellos, el aspecto psicológico es de vital importancia para lograr una adecuada adaptación de ellos a la enfermedad.

La hemodiálisis tiene como finalidad llevar la sangre del paciente a través de una máquina, para que esta llegue hacia el filtro, en el cual se limpiará la sangre del paciente para que pueda ser devuelta a través de la vena canulada después de que se haya desintoxicado; se desarrolla en los casos en que la enfermedad renal es grave, intervenirla que se requiere de este tipo de tratamiento o en su efecto de un trasplante para sustituir los órganos afectados. ⁽¹⁾

Cabe señalar, que existen escasas investigaciones sobre la incidencia de ansiedad en pacientes que reciben hemodiálisis en México. ⁽²⁾

Los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, se caracterizan por sufrir en un plazo breve de tiempo un conjunto de cambios bruscos en su vida ligados a la enfermedad y al propio tratamiento que pueden debutar en trastornos ansiosos-depresivos. El estado emocional del paciente (ansiedad, depresión, estrés.) influye notoriamente en el transcurso de la enfermedad, relacionándose con un incremento de la mortalidad y de la morbilidad. ⁽³⁾

Por estos antecedentes, se desarrolla la presente investigación, que tiene como propósito determinar la ansiedad en pacientes con tratamiento de hemodiálisis



2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco conceptual

2.2. Origen de la palabra Ansiedad

El término ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud inseguridad debido a una vivencia estresante y amenazante. ⁽⁴⁾

Recién a partir de finales del siglo XIX, bajo la influencia de Sigmund Freud, el concepto de neurosis, y especialmente la psicología de la ansiedad, comenzó a desarrollarse de manera significativa. Así, Freud se centró en conceptualizar la ansiedad en términos de “teoría de la señal de peligro”, enfatizando que esta consiste en una respuesta emocional que sirve como señal para la presencia de una situación en peligro: amenaza. ⁽⁴⁾

2.3. La ansiedad

“La ansiedad se estudia como una respuesta emocional y un rasgo de personalidad que se manifiesta a través de respuestas experienciales, fisiológicas y expresivas a situaciones o estímulos que los individuos lo perciben como amenazantes, aunque no necesariamente como tales”.⁽⁵⁾

En este concepto se entiende cómo ansiedad es una respuesta a algo que ocasiona desconfianza o temor, a cualquier cosa negativa o problemas que el individuo presente.

La ansiedad sucede cuando, alguien tiene sentimientos eventuales de cualquiera índole. Todos tienen distintos modos de responder ante tales sucesos. Es muy importante no dejar pasar esto en la vida ya que esto es transformador. ⁽⁶⁾

El exceso de ansiedad también tiene cambios fisiológicos ya que al alterarse el cuerpo tiene cambio fisiológico, como el aumento de la dopamina y este aumento ayuda al ser humano a defenderse de los riesgos inesperados. ⁽⁷⁾



2. 4. Desarrollo epidemiológico

2. 5. Epidemiología Mundial, nacional y local. Los trastornos mentales comunes se refieren a diversos trastornos depresión y ansiedad, este es un resumen de la prevalencia mundial de la OMS, la ansiedad se encuentra con un 3.6% de las personas del planeta. La diferencia porcentual de la ansiedad en el mundo varía, en un 2% Según la OMS. ⁽⁶⁰⁾ Se estima que entre el 13.6% y el 28.8% de la población padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. ⁽⁶¹⁾ Debido a las emergencias sanitarias, México ocupa la primera posición entre los países de la OCDE con los mayores niveles de Ansiedad. En México el 14.3% padece ansiedad y en Villahermosa-Tabasco la tasa es la 2° del país. En México, se estima que al menos el 14.3% de los ciudadanos padecen trastorno de ansiedad generalizada, la enfermedad mental más común en el país. La ansiedad, en Tabasco es el segundo lugar a nivel nacional. ⁽²⁾

La diferencia de los porcentajes es muy desigual en las entidades, por las múltiples variables, sociales, económica. ⁽⁵⁾

Las personas de la 3era. Edad tienden a desarrollar ansiedad. En personas mayores con demencia es común que se desarrollen patologías ansiosas. ⁽⁸⁾

2.6. Desarrollo de enfermedad

La ansiedad, tiende a incrementar a través de los años, puede aparecer de la noche a la mañana, repentinamente. Los trastornos de ansiedad suelen ser condiciones debilitantes, que tienden a aumentar con el paso del tiempo, y exacerbarse en entornos de estrés. Ni los niños están exentos de padecer ansiedad, puede ser a través de un suceso inesperado. La mayoría reporta, cefaleas, El inicio de los mismos aparece frecuentemente acompañado de dolores de cabeza, aumento de sudor, latidos cardíacos rápidos, suele acrecentar la T/A ⁽⁹⁾

A menudo hay una tendencia a confundir los términos “ansiedad” y “miedo”, usados indistintamente; clínicamente tienen diferentes significados. La ansiedad se define como un estado emocional generalizado y desagradable cuya causa es difícil de determinar y se considera incontrolable o inminente, mientras



que el miedo es una respuesta emocional y fisiológica a la percepción de amenazas o eventos identificables, reales o percibidos. El término trastorno de ansiedad incluye tanto miedos (fobias) como estados de ansiedad. ⁽⁹⁾

2. 7. Causas de la Ansiedad

Las causas de la ansiedad son múltiples, se debe de tener en cuenta que existen diversos factores de riesgo que pueden fungir como predisponentes a padecerla. Sin embargo, como factor detonante, por lo general para los especialistas en salud mental se considera: el estrés. ⁽¹⁰⁾

2. 8. Ansiedad patológica

La etiología de los trastornos de ansiedad no se comprende por completo, pero se sabe que varios determinantes interactúan para causarlos. Es bien conocida la implicación de factores biológicos, ambientales y psicosociales. Además, también son frecuentes las comorbilidades con otros trastornos psiquiátricos, como los trastornos del estado de ánimo. ⁽⁵⁾

Entre los factores biológicos se han encontrado cambios en los sistemas neurobiológicos gabaérgico y serotoninérgico; anomalías estructurales en el sistema límbico (corteza paralímbica), que es una de las áreas del cerebro más afectadas; ciertos cambios físicos; mayor uso y/o abstinencia de drogas, alcohol, narcóticos y/o sedantes y otras sustancias, y ciertas predisposiciones genéticas. ⁽¹¹⁾

Entre los factores ambientales se han identificado los efectos de ciertos estresores ambientales, mayor hipersensibilidad y respuestas aprendidas. Los factores de riesgo psicosocial incluyen situaciones estresantes, experiencias que amenazan la vida, entorno familiar y preocupación excesiva por situaciones cotidianas. Ciertos rasgos de personalidad pueden ser factores predisponentes. ⁽¹¹⁾



2. 9. Síntomas de la ansiedad

2. 10. Movilización

Es cuando los sistemas se movilizan, una acción. Se dan en los sistema que se mencionan:

Cognitivo: se da cuando una persona busca constantemente comportamientos negativos, busca la presencia de peligro. Emociones: El estado de ánimo varía desde un leve nerviosismo hasta el miedo. Comportamiento: Movimientos que indican nerviosismo, como sacudir el cuerpo, suspiros, caminar de un lado a otro, etc. Fisiológicas: palpitaciones en el pecho, sudor en las manos o cara, aumento de la presión arterial. ⁽¹¹⁾

2. 11. Demora

A diferencia de los sistemas de movilización están ocultos y bloqueados para inmovilizar a las personas y evitar que se muevan:

Cognitivo: se bloquean varias funciones, como la memoria, lo que dificulta concentrarse en los objetivos. Comportamiento: cuerpo y músculos faciales rígidos, cara pálida y torpe, movimientos bruscos. Fisiológicas: síntomas como hipo, desmayos, debilidad y fatiga mental. ⁽⁵⁾

2. 12. Desmovilización

Es una reacción exagerada ante situaciones como los accidentes. Sus síntomas son sólo físicos:

Tracto gastrointestinal: dolor abdominal, pérdida de apetito, anorexia, náuseas e incluso vómitos. Tracto urinario: Siempre con ganas de orinar. Enfermedades de la piel: cara pálida, frente enrojecida, sudoración. ⁽¹¹⁾

2. 13. Sintomatologías Fisiológicas

La ansiedad se suma en varios trastornos que disminuye la salud, en el paso del tiempo. Los siguientes síntomas son de alerta, y procurar tener la atención adecuada con el personal especializado. Se presentan algunos de ellos:



Tener palpitaciones.

Presión torácica recurrente y/o malestar.

Transpiración repentina (sudoración).

Temblores corporales.

Tener la boca seca.

Adormecimiento u hormigueo brazos y/o piernas.

Falta de aire repentino.

Pérdida del color de la piel (en algunos pueden llegar a padecer de vitiligo).

Tener escalofríos o calores en cualquier momento.

Dilatación de las pupilas.

Pérdida de la visión (ver nublado por un momento).

Sufrir mareos sorpresivos

Sensación de pérdida de control o aumento de peso.

Sentirse aislado y/o fuera de la realidad.⁽⁵⁾

2. 14. Diagnóstico

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) para diagnosticar ansiedad son seis.⁽¹²⁾

A. Ansiedad y preocupación excesivas (anticipación ansiosa) sobre diversos eventos o actividades (como el desempeño en el trabajo o la escuela) durante más de 6 meses.⁽¹³⁾

B. Es muy difícil para las personas tener control de constante debido a las preocupaciones.⁽¹³⁾



C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). ⁽¹³⁾

D. El foco de la ansiedad y la preocupación no son solo los síntomas del trastorno; por ejemplo, ansiedad o preocupación no se refiere a la posibilidad de ataques de pánico (p. ej., ataques de pánico), incomodidad social (p. ej., fobia social) o la posibilidad de enfermedad, abandonar el hogar o a sus seres queridos (p. ej., ansiedad por separación), aumentar de peso (p. ej., anorexia nerviosa), quejarse de múltiples síntomas físicos (p. ej., trastorno de somatización) o tener una enfermedad grave. ⁽¹³⁾

E. Ansiedad, agitación o síntomas físicos que causan incomodidad clínicamente significativa o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes de una persona. ⁽¹³⁾

F. Estos trastornos no son causados por una sustancia (como una droga, medicamento) o una condición médica general (como por ejemplo, hipertiroidismo) y no solo durante trastornos del estado de ánimo, psicosis o trastornos generalizados del desarrollo. ⁽¹³⁾

2. 15. Tratamiento

A continuación, se describen los tratamientos utilizados para tratar la ansiedad.

2. 16. Técnicas de relajación

Las técnicas de relajación están diseñadas para enseñar a las personas a relajarse, aprender a respirar correctamente y reducir la excitación fisiológica. Existen diferentes tipos de técnicas de relajación, como la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson o el entrenamiento autógeno de Schultz. ⁽¹⁴⁾

2. 17. Mostrar Habilidades

La terapia de exposición, como sugiere su nombre, consiste en exponer a los pacientes a situaciones u objetos aterradores. La idea es que con la exposición repetida, los pacientes ganen control sobre su ansiedad y la condición tienda a



desaparecer. Las técnicas interpretativas se utilizan en fobias y otros trastornos de ansiedad (como el trastorno obsesivo-compulsivo) que requieren que el paciente se enfrente al estímulo temido hasta que la ansiedad se reduzca a través del aprendizaje. ⁽⁸⁾

2. 18. Desensibilización del sistema

La desensibilización sistemática es similar a los métodos ilustrativos (y la incluyen algunos autores). Sin embargo, hay algunas diferencias entre estos dos tratamientos. Las técnicas descriptivas utilizan la habituación para controlar la ansiedad, mientras que la desensibilización sistémica utiliza el contracondicionamiento, es decir, la sustitución de una respuesta que provoca ansiedad por otra incompatible con ella. En el caso de la desensibilización sistemática, el acercamiento al estímulo se hace de forma gradual, pero en las técnicas de exposición, la velocidad de acercamiento depende del tiempo disponible, la personalidad y el hábito del paciente. ⁽¹⁴⁾

2. 19. Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva se basa en la idea de que cómo nos sentimos, nos comportamos y reaccionamos ante las situaciones se basa en nuestra forma de pensar, por lo que esta técnica intenta modificar patrones de pensamiento y creencias disfuncionales. ⁽¹⁴⁾

2. 20. Tecnología farmacológica

En algunos casos, se recomienda la medicación como complemento de la psicoterapia, especialmente cuando se necesita un alivio rápido de los síntomas, como en el caso de un ataque de pánico. ⁽⁸⁾

Sin embargo, las drogas deben combinarse y reemplazarse gradualmente por diversas técnicas cognitivas y conductuales. Las sustancias pueden generar adicción e intolerancia, por lo que se deben utilizar con precaución y se debe evitar la automedicación. Comúnmente se usan dos tipos de medicamentos para tratar la ansiedad: ansiolíticos y antidepresivos. ⁽¹⁴⁾



3. Definición de familia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la familia como “el conjunto de personas que conviven bajo un mismo techo y están organizadas por roles fijos. Está conformado por padre, madre, hijos, hermanos y personas ligadas por vínculos consanguíneos y sentimientos afectivos que los unen y agrupan”.⁽¹⁵⁾

Las familias son vistas como un sistema biopsicosocial la cual contribuye a la salud de cada miembro de la familia.⁽¹⁶⁾ Se define como un sistema funcional de familia aquel donde se logran los objetivos de cada uno de sus integrantes, así como sus funciones. En contra parte en un sistema disfuncional podemos encontrar que no existe una buena comunicación o que esta pueda estar alterada con mensajes dobles.⁽¹⁷⁾

3. 1. Tipos de familia.

La familia es una clase histórica, tanto cada una de sus funciones y sus formas están condicionadas por las relaciones tanto sociales, así como su desarrollo cultural. Cada una del familiar se ha archivado según su desarrollo que puede ser moderna, tradicional y primitiva. De igual manera puede ser rural o urbana dependiendo el lugar donde vive. Así mismo dependiendo el número de sus miembros puede ser nucleee, extensa, mixta.⁽¹⁸⁾

3. 2 Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar se conceptualiza con el factor primordial del bienestar de cada uno de los integrantes de una familia, se trata del eje principal que permiten que sus integrantes puedan progresar y desarrollarse en el sano en lo físico, psicológico y social, pero si el nivel de su funcionamiento no es apropiado, los problemas y frustraciones serán un ataque en su entorno.⁽¹⁹⁾

Un cierto número de investigadores dicen que la familia se convierte en disfuncional cuando no asume nuevos retos, mostrando ineficacia de las funciones básicas. Así mismo una familia funcional hace sus actividades con flexibilidad y sin sobrecargarse⁽²⁰⁾



Así mismo, Gómez, define al funcionamiento familiar como vínculos afectivos de los miembros de la familia. Estos tienen la facultada para cambiar su estructura y poder superar impedimentos evolutivos. Con esta teoría se describen los cambios que realizan una familia a nivel de cohesión sobre todo cuando ha pasado por momentos de crisis. ⁽²¹⁾

Las familias tienen entre sus funciones proporcionar cuidado, afecto, reproducción, sociabilización. ⁽¹⁹⁾

La funcionalidad de una familia se puede ver a través del cuidado y el apoyo que recibe cada miembro en su familia y como lo percibe. Entre las cualidades que tiene la función de la familia se destacan el apoyo, comprensión y el ánimo que se proporciona entre los miembros de la familia permitiendo así un buen crecimiento y desarrollo. ⁽²²⁾

Las herramientas integradas de atención familiar ofrecen una evaluación gráfica y gráfica de la familia y sus relaciones, lo que le permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales y las debilidades de su familia. Entre las herramientas para médicos de cabecera se encuentran APGAR familiar, Genograma, Ecomapa y la ficha familiar ⁽²³⁾

3. 3. Dimensiones de la funcionalidad familiar

El APGAR de familia se utiliza a menudo como una herramienta para evaluar el funcionamiento familiar. Desarrollado en 1978, es un cuestionario de 5 elementos que evalúa la adaptabilidad, la participación, el impacto, el gradiente y el recurso. Debido a que es tan simple, su aplicación es una excelente opción para cualquiera que aprecie las funciones familiares. ⁽²⁴⁾

A. Adaptación: evaluación en que los miembros del núcleo familiar tienen la posibilidad de usar sus bienes para dar fin a los percances y acomodarse a las distintas circunstancias.



B. Participación: busca la satisfacción de los miembros de la familia, corresponde a la clase de relación que existe entre sus integrantes, en cuestiones relevantes y en la indagación de competencias y soluciones de los impases que se presentan.

C. Ganancia: Cómo los miembros de la familia encuentran la felicidad dentro de su grupo familiar y trabajan juntos para promover y fortalecer su propio crecimiento.

D. Afecto: Es una evaluación de la satisfacción de cada miembro de la familia, por lo que los lazos intergeneracionales pueden ser el resultado de expresiones de amor, conexión, dolor e ira entre los grupos familiares.

E. Recursos: Es la valoración del bienestar de cada integrante de la familia, es semejanza a la forma en donde cada miembro se responsabiliza a proporcionar tiempo, espacio y dinero a los demás. ⁽²⁵⁾

El APGAR familiar es una herramienta que muestra cómo los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la funcionalidad familiar de forma global. Es útil mostrar cómo ve a su familia trabajando en cualquier momento. Es importante utilizar el APGAR en las siguientes situaciones: pacientes multisintomáticos, grupo familiares o pacientes con enfermedades crónicas, cuando se necesita la participación de la familia en el cuidado del paciente, la familia está pasando por una crisis, a familia está en dificultades, y hay poca o ninguna participación familiar.

Los puntajes se interpretan a como se muestra a continuación:

Generalmente Normal 17- 20 puntos

Disfunción leve: 16 – 13 puntos

Disfunción moderada: 12- 10 puntos

Disfunción severa: < 0 = 9 . ⁽²⁶⁾

4. Enfermedad Renal Crónica (ERC)

La ERC en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o La ERC del adulto se definió como la presencia de cambios estructurales o



funcionales de más de tres meses de duración, con o sin insuficiencia renal u otros signos de enfermedad renal, con una tasa de filtración glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73 m². Se caracteriza por hiperproteinuria, cambios en el sedimento urinario, cambios electrolíticos u otros cambios estructurales en estudios histológicos y de imagen. Los signos y síntomas de la ERC se desarrollan con el tiempo. El daño renal generalmente se desarrolla lentamente y puede incluir náuseas, vómitos, pérdida de apetito, cansancio y debilidad, problemas para dormir, cambios en la cantidad de orina, disminución del estado de alerta mental, espasmos y calambres musculares, pies y tobillos hinchados y presión arterial alta. ⁽²⁷⁾

La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública asociado a una elevada mortalidad cardiovascular y elevados costes para los sistemas sanitarios. Se estima que se gasta un billón de dólares en todo el mundo para tratar a pacientes con enfermedad renal crónica que requieren algún tipo de terapia de reemplazo renal. ⁽²⁸⁾

4.1 Fisiopatología.

Los riñones consisten en 1 millón de unidades funcionales llamadas nefronas. El daño renal implica la pérdida de nefronas y es irreversible. Cuando la función renal se deteriora, se activan algunos mecanismos compensatorios para que las personas con enfermedad renal puedan permanecer asintomáticas hasta perder más del 70% de su masa renal. ⁽²⁹⁾

La enfermedad renal crónica progresiva provoca cambios drásticos en la absorción, excreción y metabolismo de varios nutrientes. Estos cambios incluyen: Acumulación de sustancias químicas resultantes del metabolismo de las proteínas; reducir la capacidad del riñón para excretar sodio, agua, potasio, calcio, magnesio, fósforo, oligoelementos, ácidos y otros compuestos; una tendencia a la acumulación de fósforo y un efecto debilitado en los intestinos; Absorción de calcio y hierro. , así como el riesgo de carencia de vitaminas B6, C.D y B9. ⁽³⁰⁾



4. 2. La Cuantificación de la Albuminuria

Esto permite la evaluación en serie del daño de las nefronas y la respuesta a muchas terapias para la ERC, especialmente la glomerulopatía crónica. El estándar para medir la albuminuria es la cuantificación precisa de la orina de 24 horas. Sin embargo, la cuantificación del cociente albúmina/creatinina en la primera muestra de la mañana (sin hora fija) suele ser más práctica en la realidad y muestra una buena pero imperfecta correlación con los datos obtenidos en orina de 24 horas. ⁽³⁰⁾

La microalbuminuria se refiere a la excreción de albúmina que es demasiado pequeña para ser detectada mediante tiras de tinte o mediciones rutinarias de proteínas en la orina. Es un método satisfactorio para la detección inicial de enfermedad renal y generalmente como marcador de la presencia de enfermedad microvascular. Si se detecta alta excreción de albúmina, no es necesario realizar pruebas para determinar microalbuminuria. ⁽³¹⁾

Tabla 1.

Nueva clasificación práctica de la enfermedad renal crónica (ERC).

TFG, ml/min/1,73 m ²	Proteinuria	Presión Arterial, mmHg.	
		Sistólica	Diastólica
1 mayor a 90	A ausente	1 120-129	80-84
2 60-89	B Microalbuminuria	2 130-139	85-89
3 45-59	C Proteína < 1 g/24	3 140-159	90-99
3,2 30-44			
4 15-29	D Proteinuria 1-3,5 g/24 h	4 160-179	100-109
5 < 15	E Proteinuria > 3,5 g/24 h	5 5 ≥ 180	≥ 110

Fuente: Jojoja, Bravo, vallejo.2016. Repertorio de Medicina y Cirugía.

Las 3 columnas de la clasificación de la práctica de la ERC (Tabla 1) identifican los parámetros de evaluación relevantes; La subdivisión de la etapa 3 de la ERC se cambia a números decimales y reemplaza las letras A y B en la clasificación actual para evitar confusiones semánticas; entonces, p. la clasificación es 3,1-C-4 pacientes



significa su tasa de filtración glomerular (TFG) entre 45 y 59 ml/min/1.73m², proteinuria <1g en muestra de orina de 24 horas, presión arterial sistólica 160-179 mmHg entre 100-109 presión diastólica mmHg Hg. ⁽³²⁾

4.3 Tratamiento

Los aspectos clínicos y bioquímicos utilizados como criterios para el inicio de la terapia de reemplazo renal suelen ser los siguientes:

-BUN:<100 mg/día

-Tasa de filtración glomerular: <15 ml/min

- Presencia de síntomas urémicos, hiperpotasemia, acidosis metabólica, depresión, sobrecarga de líquidos.

- Presencia de signos y síntomas que deterioran la calidad de vida, como pérdida de apetito, pérdida de peso, alteraciones del sueño. ⁽³³⁾

4. 4. Tratamientos de Sustitución

La terapia de reemplazo renal incluye trasplante de riñón y diálisis peritoneal y hemodiálisis. El trasplante renal es el tratamiento de elección para los pacientes con enfermedad renal terminal que requieren terapia de reemplazo. Un trasplante de riñón es un procedimiento quirúrgico que consiste en tomar un riñón sano de un donante vivo o fallecido cuyos riñones no funcionan correctamente. el paciente reanuda una vida productiva. ⁽³⁴⁾

4. 5. La Diálisis Peritoneal

Es un procedimiento que permite a los pacientes curarse en casa, ser independientes, seguir trabajando, mantener una mejor salud física y mental y disfrutar de una mejor calidad de. ⁽³⁵⁾

4. 6. La Hemodiálisis

El proceso de hemodiálisis consiste en tomar sangre del paciente a través de un acceso vascular existente a través de una línea identificada como arteria, entregar la sangre a la máquina de hemodiálisis mediante una bomba peristáltica, y cuando



las toxinas y el agua ingresan al filtro de hemodiálisis, la sangre se alimenta en el filtro de hemodiálisis. Eliminado de la sangre a lo largo de un gradiente de presión-concentración; entre la sangre y el dializado en el dializador. Luego, la sangre purificada se devuelve al paciente a través de un acceso vascular existente a través de una ruta identificada como una vena. ⁽³⁰⁾

4. 7. Sistema de Suministro de Sangre

Este sistema se integra con el circuito de diálisis extracorpórea y la accesibilidad de esta. La máquina incluye una bomba de sangre, un sistema de suministro de solución de diálisis y varias pantallas de seguridad. Así como la bomba toma sangre del sitio de acceso, la pasa por la máquina de hemodiálisis y la devuelve al sistema corporal. ⁽³¹⁾

La rapidez de sangre varía de 250 a 500 ml/min y depende en gran medida del tipo y la integridad de la entrada vascular. La presión hidrostática negativa en el lado del dializante se puede ajustar para lograr la diálisis o la eliminación por ultrafiltración deseadas.

4.8. Vía de la hemodiálisis

Muchos pacientes tienen un injerto arteriovenoso (un material protésico colocado entre una arteria y una vena, casi siempre politetrafluoropropileno) o un catéter de diálisis tunelizado. En los últimos años, los nefrólogos, cirujanos vasculares y legisladores en los Estados Unidos han abogado por la creación de fístulas arteriovenosas en más pacientes. Desafortunadamente, incluso cuando se forman fístulas, es posible que no estén lo suficientemente maduras para ingresar de manera segura al sistema circulatorio, o pueden coagularse en una etapa temprana. ⁽³³⁾

4. 9. Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica

La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública y generar altos costos para el sistema de salud. Se estima que se gasta un billón de dólares en todo el mundo para tratar a pacientes con enfermedad renal crónica que requieren algún tipo



de terapia de reemplazo renal. Estos costos presentan un desafío para los países de bajos ingresos cuyos sistemas de salud no pueden hacer frente a la atención de toda la población que requiere algún tipo de terapia de reemplazo renal, como la hemodiálisis. ⁽³⁶⁾

La enfermedad renal crónica se considera una condición de salud pública catastrófica debido al número creciente de casos, los altos costos de inversión, la infraestructura y los recursos humanos limitados, la detección tardía y la alta morbilidad y mortalidad de las alternativas. Esta es una escala asombrosa, y se espera que el número de casos siga aumentando. De hecho, de continuar las condiciones actuales, para el 2025 habrá aproximadamente 212.000 casos y aproximadamente 160.000 muertes asociadas a las enfermedades mencionadas. Es una de las 10 principales causas de muerte en el IMSS y una de las principales causas de atención hospitalaria y de urgencias. ⁽²⁴⁾

La población actual de adultos con ERC es de aproximadamente 6,2 millones y deben ser identificados, caracterizados y tratados por médicos de familia, familiares, médicos internistas, dietistas, psicólogos y especialistas en actividad física y ejercicio según protocolos de atención en clínicas de medicina familiar, centros y consultorios de salud. ⁽³⁷⁾

La enfermedad renal crónica causa aprox. 850.000 muertes por año y se espera que se una a la diabetes y la hipertensión arterial sistémica como la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo para 2020, particularmente en los países en desarrollo. ⁽³⁸⁾

En 2017, México reportó una prevalencia de ERC de 12.2% y 51.4 muertes por 100,000 habitantes. 27 Además, la ERC en México tiene un impacto significativo en las finanzas institucionales y las finanzas de los hogares; En 2014, la Secretaría de Salud estimó los costos anuales de atención médica por Habitante para esta patología en 8,966 USD (USD) y el Instituto Mexicano del Seguro Social en \$9,091. ⁽³⁹⁾



Se estima que 6.2 millones de diabéticos en México actualmente sufren de varias etapas de insuficiencia renal, y no todos saben que tienen insuficiencia renal. En México, hasta el 98 % de los pacientes con diabetes se encuentran en las primeras etapas y, afortunadamente, la ERC sigue siendo manejable y reversible. Sin embargo, estos datos no incluyen a los pacientes que progresaron a estadios avanzados de ERC por otras causas, como hipertensión arterial sistémica, enfermedades autoinmunes, infecciones, antecedentes congénitos, problemas obstructivos e insultos medicamentosos, y en la mayoría de los casos esto ocurre de manera. ⁽⁴⁰⁾

4.10. Estudios Relacionados

La investigación para este estudio donde se buscó la literatura existente en la base de datos y investigando los antecedentes, el proyecto y los artículos relacionados que proporcionaron las condiciones para realizar el estudio. En el estudio se presentan y destacan los siguientes artículos relacionados con el tema de investigación.

Cabada, Cruz y Quezada, (2016), por su estudio en Veracruz, Córdoba, México. "Calidad de vida, depresión y ansiedad en pacientes en diálisis inscritos en un programa de diálisis peritoneal" tuvo como objetivo determinar variables de calidad de vida, depresión y ansiedad en 40 pacientes mediante un diseño de investigación cuantitativa de un estudio transversal utilizando la Escala de Depresión y Ansiedad de Beck. Se concluyó que la calidad de vida se ve afectada principalmente por el lado físico, ya que se limita la capacidad del paciente para realizar actividades y esfuerzos que conducen a pensamientos improductivos que conducen a la depresión y la ansiedad. ⁽⁴²⁾

Gómez, Pac, Manresa y Lozano (2015) por participar en su estudio "Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes en hemodiálisis", cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes renales. Prevalencia 49 pacientes del Hospital de Palamós, Jinora, España. Se utilizó la escala HADS (versión en español de Caro-Ibáñez) donde encontró 67.3% tuvo ausencia de ansiedad y solo el 12.2% presentó ansiedad.. Si bien es claro



que existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión, también sugieren la importancia de monitorear y manejar el impacto emocional en esta población. ⁽⁴³⁾

En un estudio realizado por Huaccha (2019) en Lima, Perú, se analizó el grado de funcionamiento familiar y su impacto en el proceso de hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica mediante un diseño de estudio descriptivo, cuantitativo y correlacional con una muestra de 80 pacientes. utilizando cuestionarios para ellos como una herramienta de recopilación de datos. Los resultados mostraron que la comunicación entre familiares y pacientes fue buena 75%, muchas veces 23,75%, mala 1,25%, siempre 85% en la dimensión interés familiar, a veces 10%, nunca 5%, y la frecuencia de opinión de los pacientes fue siempre 61, 25%, a veces 36,25%, nunca 2,50%; seguridad del paciente a veces 58,75%, siempre 37,50%, nunca 3,75%. La conclusión es que la función familiar afecta el tratamiento de hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal. ⁽⁴⁵⁾

Matos, G. (2018) En un estudio realizado en La Habana, Cuba para determinar estos niveles de ansiedad en pacientes en diálisis; los resultados mostraron que la mayoría son hombres de 40 a 49 años que reciben diálisis durante 1 a 3 años. Los niveles medios de ansiedad dominan como estado y como rasgo. El 30,7% mostró algún grado de ansiedad, siendo los trastornos del sueño, la pérdida de peso, los cambios de humor, la fatiga y la pérdida de la libido los indicadores más destacados de depresión. ⁽⁴⁶⁾

Lacomba-Trejo, L. (2021), a investigar, "Enfermedad renal crónica avanzada: ansiedad, depresión y percepción de amenaza" en Valencia España, tuvo como resultado Las puntuaciones medias en ansiedad, depresión y malestar emocional fueron moderadas. Así, un 41,79% de los pacientes con ERCA muestra sintomatología ansiosa, de ellos un 13,43% presenta un diagnóstico clínico de ansiedad. ⁽⁴⁷⁾

en México en el año 2017 publicado por Lerma y cols., quienes, a través de un estudio clínico aleatorizado con ciego simple, aleatorizados a 152 pacientes de HDC con depresión y ansiedad leves a moderadas recibieron 2



horas de TCC grupal en comparación con el tratamiento médico habitual.. Sus resultados mostraron mejoría en el 33% de los sujetos deprimidos y en el 43% de los sujetos con ansiedad. ⁽⁴⁸⁾

Villanueva y Casas (2017), un estudio realizado en Lima, Perú, tuvo como objetivo determinar si existe una relación entre la ansiedad y la calidad de vida; se trata de un estudio transversal no experimental de 39 pacientes en hemodiálisis. Entre estos resultados, señalaron que hubo resultados estadísticamente significativos ($p=.000$) al relacionar la calidad de vida con la ansiedad. Conclusión Existe una correlación negativa significativa entre las variables de ansiedad y la calidad de vida, es decir, a mayor grado de ansiedad, menor calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis. ⁽⁴⁹⁾

Rojas et. al. (2017) en la ciudad de México realizaron el trabajo de investigación “Ansiedad y depresión sobre adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal” su objetivo fue evaluar la relación de las mismas variables. El estudio fue cuantitativo de corte transversal. La muestra fue constituida por 31 personas de IRC. El instrumento empleado fue el inventario de depresión de Beck-II. Finalmente, las conclusiones fueron que los pacientes con ERC poseen una sintomatología depresiva severa en un 35% sobre la adherencia al tratamiento de hemodiálisis. ⁽⁵⁰⁾

Villalobos et. al (2017), en Guatemala, en su investigación titulada “Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis” cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de ambas variables. El estudio fue descriptivo, teniendo 86 pacientes mediante el test de Hamilton para ansiedad y depresión. En su investigación concluyen que diez pacientes nueve tienen algún grado depresivo o ansiedad, en otras palabras, la cuarta parte presentan estos trastornos. ⁽⁵¹⁾

Cuesta et. al. (2016), en su investigación llamada Actividad física, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis, en Malaga España, fue un estudio de tipo descriptivo transversal, queriendo estudiar la relación que pueda



encontrarse entre la prevalencia de ambas variables, utilizando el instrumento el inventario de depresión de Beck. Concluyeron que los pacientes que realizan ejercicios físicos carecen de una menor prevalencia de depresión y ansiedad. ⁽⁵²⁾

Llenera (2016), al examinar la relación entre la función familiar y las estrategias de supervivencia en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en el Instituto Ecuatoriano de Bienestar Social en el Estado Ambato, encontró que el 13 % de los pacientes tiene una familia normal, el 33 % tiene una familia moderadamente normal, así como que el 47% tiene una familia con disfunción y el 7% una familia extremadamente disfuncional. ⁽⁵³⁾

Matos et. Al. (2021) en Cuba, con el objetivo de determinar el desempeño familiar de pacientes con enfermedad renal crónica. Encontró como Resultado que las familias funcionales eran dominantes en un 50,85 %, seguidas de las familias funcionales en un promedio de 42,37 % y las familias disfuncionales solo en un 6,78 %. De igual forma, la permeabilidad fue el parámetro más satisfactorio, dominando la presencia de criticidad severa en el 76,27% de las familias. ⁽⁵⁴⁾

Díaz, et. al. (2019), en Perú en el año 2019 en su investigación titulada "Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V de un hospital estatal III-1 de Chiclayo. La investigación es descriptiva, buscando determinar los niveles de depresión y ansiedad, lo cual utilizaron el inventario de Beck, obteniendo niveles leves en pacientes del sexo femenino. ⁽⁵⁵⁾

Por lo expuesto, se concluye que los pacientes que padecen de enfermedad renal crónica, presentan índices significativos de ansiedad, y así mismo una funcionalidad familiar observada en deficiencia, es el punto de vista práctica del médico especialista que tiene como misión evaluar a los pacientes en distintos momentos: en el ingreso, durante y al final del tratamiento hemodinámico, con el fin de conservar la empatía y confianza del paciente.



5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación se realizará con la línea de investigación de enfermedades crónicas y degenerativas. Debido a la disminución de la función renal, lo que hace que aumenten las toxinas en la sangre, el paciente debe someterse a hemodiálisis; pero esto a su vez puede provocarles un estado emocional o psicológico, por lo que en la mayoría de los casos es evidente la ansiedad que tienen para afrontar esta crisis y cómo tratarla. Al mismo tiempo, el apoyo que reciben las familias para poder cumplir con sus funciones con normalidad y adaptarse al tratamiento impacta, todo lo cual afecta negativamente la calidad de vida. ⁽⁴³⁾

La condición a menudo depende de las características de la persona fuera del entorno y el historial médico. Debido al prolongado tiempo de tratamiento, también penetran sentimientos de melancolía y desesperación, provocando trastornos emocionales. Por otro lado, la ansiedad es reconocida como una de las causas importantes de comorbilidades porque no mejoran la adherencia del paciente, lo que lleva a una peor salud, aumento de la morbilidad y mortalidad.

Durante la estancia en el área de hemodiálisis con los pacientes de enfermedad renal crónica del Hospital General de zona no. 46 de Villahermosa Tabasco, se identificó a los pacientes entre hombres y mujeres de diferentes edades, los siguientes signos y síntomas, dolor de cabeza, náuseas, mareo, temblores, adormecimiento e hinchazón de pies y manos más dolores estomacales, sudoración, resequead de la boca y necesidad de orinar con frecuencia, al preguntarle ¿cómo se encontraban? referían preocupación constantes por su enfermedad, y por el factor económico, por tal situación se encontraban afligidos, preocupados constantemente por que los paciente eran de bajos recurso económicos, y esta situación afecta su vida cotidiana de cada paciente, y comentan que son una carga para la familia un



molestia por su enfermedad por tal motivo la principal área a la que el estudio se realizara es el abordaje de su ansiedad y la función familiar

Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la estadificación de ansiedad y relación con la funcionalidad familiar en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital General de Zona No. 46 en el periodo de enero noviembre 2022?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



6. JUSTIFICACIÓN.

La enfermedad renal crónica (ERC) afecta al 10% de la población a nivel mundial y oscila entre el 12% y el 13% en Europa, según la OPS, la mayoría de esta población desconoce la enfermedad, según el Instituto Nacional de Salud Pública, (INSP) en 2017 reportó una prevalencia de ERC de 12.2% y 51.4% de muertes por cada 100,000 habitantes mexicanos. La prevención de sus complicaciones es una cuestión de salud pública para evitar que culminen en tratamientos alternativos como la diálisis o hemodiálisis, el trasplante renal o la muerte.

Con esta investigación se pretende determinar la magnitud del nivel de ansiedad y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital General de Zona No. 46 perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la ciudad de Villahermosa, Tabasco, ya que estos pacientes pueden presentar descompensaciones y/o descontrol de su enfermedad renal, ocupando un gran porcentaje de cama de hospital, lo que se traduce en aumento en los gastos del sector salud, por lo cual este trabajo de investigación pretende contribuir a la mejora del paciente con enfermedad renal crónica, para lo cual será necesario recopilar las características que presentan estos pacientes valorando el grado de ansiedad que presentan, la información obtenida podrá ser utilizada para modificar o replantear estrategias a nivel institucional, que permitan tener un mejor control en el abordaje de dichos pacientes que padecen esta enfermedad, así como también prevenir posibles irregularidades en el dictamen de su tratamiento.

El objetivo de este estudio fue revelar el nivel de ansiedad y su relación con el funcionamiento familiar en pacientes con ERC. Si se puede demostrar la ansiedad en pacientes con ERC, también será útil para los profesionales de la salud, quienes utilizarán la información recopilada para comprender la situación actual y los factores que influyen en la ansiedad, lo que les permitirá reestructurar y aplicar estrategias para reducirla. en un futuro próximo casos de enfermedad. También se espera que esta investigación sienta las bases para futuras investigaciones en salud.



Se contará con los permisos por las autoridades pertinentes para la realización de la presente investigación del Hospital General de Zona No. 46, donde se realizará el estudio, por lo que será posible la recolección de datos y así se logrará ejecutar el propósito planteado.

A medida que se analicen los datos recopilados de los pacientes para sacar conclusiones sobre este tema. El mayor beneficio será para los pacientes, ya que recibirán un mejor acompañamiento por parte de los profesionales, incentivándolos así a seguir el proceso de autocuidado

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



7. HIPÓTESIS

7.1. Hipótesis de investigación.

Es alto el nivel de ansiedad y mala la función familiar en los pacientes con enfermedad crónica renal en terapia de hemodiálisis.

7. 2. Hipótesis nula.

Es bajo el nivel de ansiedad y buena la función familiar en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



8. OBJETIVOS

8.1. Objetivo General.

Relacionar el grado de ansiedad, y su relación con la función familiar de los pacientes con enfermedad renal crónica que asisten a su tratamiento de hemodiálisis del hospital general de zona No. 46.

8. 2. Objetivos Específicos.

1. Conocer cuales son las características sociodemográficas de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis atendidos en el hospital general de zona no. 46
2. Conocer la sintomatología de la ansiedad según la escala de Hamilton a los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis.
3. Identificar la función familiar de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis atendidos en el hospital general de zona no. 46.



9. MATERIAL Y METODO

9. 1. Diseño de la investigación

La actual investigación es analítica, cuantitativa y correlacional, de corte transversal, prospectivo que producirán datos los cuales serán sometidos a un análisis estadístico y ya que se realizará en un momento dado de la población, según su diseño es no experimental. ⁽⁵⁴⁾

9. 2. Población y muestra.

Esta investigación se realizará en los pacientes de estudio del hospital general de zona no. 46 del IMSS la cual estará conformada por la totalidad de los pacientes en terapia de hemodiálisis en el hospital general de zona no. 46 perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dado que la población es reducida será de 150 pacientes. El muestreo será no probabilístico. Por conveniencia se caracteriza por que el investigador selecciona su muestra siguiendo algunos criterios identificados, para los fines del estudio que le interese realizar. ⁽⁵⁵⁾

9. 3. Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes afiliados al seguro social
- ✓ Pacientes sin tratamiento a base de ansiolíticos
- ✓ Pertenecer al programa de hemodiálisis.
- ✓ Edad: Que sea mayor de 18 años.
- ✓ Persona que acepte voluntariamente en responder el cuestionario.

9. 4. Criterios de exclusión

- ✓ Menor de 18 años.
- ✓ Personas que solo acuden a menos de 2 secciones de hemodiálisis por semana
- ✓ Personas con deterioro cognitivo severo.



- ✓ Personas con diagnóstico ceguera y sordera.

9.5. Criterios de Eliminación

- ✓ Pacientes que no sean derecho habiente al IMSS.
- ✓ Participantes que solo acudieron a 1 secciones de hemodiálisis por semana.
- ✓ Participantes con problemas de comunicación, movilidad y conducta.

9. 6. Método de recolección de datos

9. 7. Técnica.

Observación directa.

9. 8. Instrumento.

Escala de Hamilton para ansiedad (HARS), Esta escala especifica la severidad de la ansiedad en una persona. Evalúa 14 criterios, que corresponden a 14 síntomas de ansiedad, desde 0 (nada) hasta 4 (muy severo). Se pueden obtener dos sub escalas correspondientes a los síntomas de ansiedad psíquica y a los síntomas de ansiedad somática. En estas dos sub escalas, los resultados se clasifican en: sin ansiedad (0-5 puntos), ansiedad moderada (6-14 puntos) y ansiedad mayor (15-28 puntos). Para el total de los 14 ítems sumados se puede obtener un resultado total que clasifica la ansiedad en su aspecto más general en: sin ansiedad (0-6 puntos), ansiedad leve (7-17 puntos), ansiedad moderada (18-24 puntos) y ansiedad grave (25-56 puntos).⁽⁵⁶⁾

La Escala de Hamilton para este estudio se utilizó la versión validada en México por Torres-Lagunas en 2015.⁽⁴⁷⁾ Así también reporta una fiabilidad interna de 0.79 y 0.86 mientras que la validez en re-test es de 0.96. Fiabilidad: Muestra buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 y 0,86). Con una formación adecuada, el acuerdo entre evaluadores fue adecuado ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).⁽⁴⁷⁾



Validez: la puntuación total tiene una alta validez concurrente con otras escalas que evalúan la ansiedad, como la Escala de Ansiedad Global de Covis18, 19 ($r = 0,63-0,75$) y Escala de Ansiedad de Beck 20 ($r=0,56$). Diferencia adecuadamente entre pacientes ansiosos y controles sanos (puntuaciones medias de 18,9 y 2,4 respectivamente). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton 21, 22 ($r = 0,62 - 0,73$).⁽⁴⁷⁾

El APGAR familiar es utilizado frecuentemente como herramienta, para evaluar la funcionalidad familiar. Desarrollado en 1978, es un cuestionario con 5 apartados, valorando: la adaptabilidad, participación, afecto, gradiente y recursos. Debido a que es fácil su aplicación es el método preferido para valorar la funcionalidad familiar interpretación consta de puntaje el cual es el siguiente: Norma I: 17-20 puntos, Disfunción leve:16-13 puntos, Disfunción Moderada: 12-10 puntos, Disfunción Severa: menor o igual a 9

9. 9. Métodos de Análisis de Información

Para el procesamiento estadístico de los datos se utilizará el Programa SPSS v.21.y analizaran estadísticas descriptivas. Para analizar la variable de correlación se utilizará el coeficiente de Pearson y Sperman.⁽⁵⁹⁾

9. 10. Procedimiento de recolección de información.

Antes de iniciar el estudio se solicitará por escrito la autorización al Director del Hospital General de Zona del IMSS No. 46, se contará con la aprobación de los comités de ética. Para que otorgue las facilidades para la realización del estudio. Se seleccionará a los participantes conforme lleguen a su sesión de hemodiálisis, la cual tienen programada tres veces por semana y que antes de entrar a la sesión se le aplicará el instrumento, se presentará y se establecerá una comunicación formal con los participantes, y se le explicará el objetivo de la investigación, y se solicitará su participación voluntaria de forma verbal y escrita mediante el consentimiento informado, (anexo 1) se le reiterará que la información es confidencial se le informara a demás que si no desea participar en el estudio se respetara su decisión y que en el momento que decidiera retirarse del estudio



podrá hacerlo libremente sin que esto afecte su atención médica en la unidad de salud

Una vez iniciada la relación personal para el levantamiento de datos se aplicará la cedula de dato personales y la escala de Hamilton para la ansiedad, el cual será realizado por el médico residente que está realizando dicha investigación, al finalizar la entrevista se le agradecerá la participación en el estudio y se le hará las recomendaciones pertinentes y estrategias para su atención.

9. 11. Operacionalización de las variables.

Variable independiente. Ansiedad, Funcionalidad familiar. Enfermedad Renal crónica.

Variables dependientes: Edad, genero, estado civil, ocupación, grado de estudios, religión, número de hijos.



9. 12. Cuadro de la Operacionalización de las variables

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA O UNIDAD
1. Edad	Medición Cronológica que determina el tiempo en años que vive una persona.	Fecha de nacimiento.	Intervalo	Cuantitativa	1. 30- 40 años 2. 41-50 años 3. 51- 60 años 4. 61- 70 años 5. >71 años
2. Genero	Condición orgánica que distingue entre masculino y femenino.	Caracteres sexuales secundarios.	Dicotómica	Cualitativa	1. Femenino 2. Masculino
3. Estado civil	Son los vínculos personales con individuos de otro sexo o del mismo sexo.	Situación legal de la persona físicas determinadas por sus relaciones de familia, proveniente del matrimonio.	Nominal	Cuantitativa	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Unión libre
4. Ocupación	Acción o función que desempeña para ganar el sustento.	Situación laboral actual.	Nominal	Cualitativa	1. Empleado 2. Desempleado 3. Ama casa 4. Jubilado 5. pensionada.
5. Grado de estudio	El número de años que un alumno asiste a la escuela o a cualquier área de enseñanza.	Nivel académico adquirido.	Nominal	Cuantitativa	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura



6. Religión	Una religión es un sistema de creencias, prácticas y símbolos contruidos en torno a la idea de divinidad.	Una doctrina que consiste en un cuerpo de principios creencias y prácticas concernientes a asuntos existenciales, morales y espirituales	Nominal	Cuantitativa	1. Católica 2. Adventista 3. Evangélico 4. Apostólicos 5. Pentecostés
7. No. Hijo.	Número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre a lo largo de su vida contando el parto del nacimiento considerado.	Numero de descendiente de la unión familiar	Nominal	Cuantitativa	1. uno 2. dos 3 más de tres
8. La ansiedad	La ansiedad es un sentimiento de miedo, temor e inquietud. Puede hacer que sude, se sienta inquieto y tenso, y tener palpitaciones.	La ansiedad puede definirse como una reacción con síntomas psicológicos y somáticos que genera el organismo antes situaciones de amenaza o peligro físico o psiquico. Cuya finalidad es dar energía al organismo para prevenir el peligro o la agresión o contrarrestarla con una reacción de evitación.	Nominal	Cuantitativa	1- Sin ansiedad 2. Ansiedad leve 3. Ansiedad moderada 4. Ansiedad grave



9. Funcionalidad Familiar	Es aquella que logra iniciar el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento Familiar.	La percepción de la funcionalidad familiar se puede definir como, la percepción de cuidado y apoyo que un individuo recibe de su propia familia.	Ordinal	Cualitativa	Se puede valorar por medio del APGAR, su interpretación consta de puntaje el cual es el siguiente: Normal: 17-20 puntos, Disfunción leve: 16-13 Puntos, Disfunción Moderada: 12-10 puntos. Disfunción Severa: menor o igual a 9.
----------------------------------	---	--	---------	-------------	--



10. Consideraciones éticas

El presente proyecto se respalda en la Norma Oficial Mexicana de Investigación 012-SSA3-2012, no genera daño en el paciente y se obtendrá un beneficio con un diagnóstico integral, que podrá ser utilizado posteriormente para mejorar el tópico de estudio. Todos los procedimientos de la investigación estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, 14 Fracción I, III, V, VII y VIII, Artículo 16, 17 fracción II, Artículo 18 (Secretaría de Salud, 1987). Título Segundo Capítulo I. Artículo 13.

La declaración de Helsinki, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Se contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética del Hospital General de Zona no. 46 Villahermosa Tabasco. Artículo 17, Fracc. I. Estudios libres de riesgo: estos estudios utilizan métodos y técnicas de investigación retrospectiva de la literatura y no implican una intervención o modificación deliberada en las variables físicas, psicológicas y sociales de los sujetos involucrados en el estudio, que incluyen consideraciones de: cuestionarios, entrevistas, revisión de historias clínicas y otros registros, si no se identifican o se abordan aspectos sensibles de su comportamiento.

No existe riesgo directo durante la intervención, por lo que el balance de beneficio sobre el riesgo es total. Se realizará firma de consentimiento informado ver **ANEXO 4.**

Aspectos éticos.

El presente estudio se realizará bajo la aprobación y autorización correspondiente del comité de investigación del Hospital General de Zona no. 46, IMSS Tabasco. Por las características del diseño y naturaleza de las variables del estudio, las implicaciones éticas son mínimas.



El artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, establece las categorías de las investigaciones. En la fracción I define que “una investigación sin riesgos son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza No hubo intervención o cambio deliberado en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los sujetos involucrados en el estudio, que incluyeron: cuestionarios, entrevistas, revisión de documentos clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de la conducta.

Considerándose un estudio de riesgo menor al mínimo, ya que está de acuerdo a las normas éticas, a la ley general de salud en materia de investigación y a la declaración de Helsinki 1975 modificada en 1993.

Se realiza para otorgar un beneficio a la sociedad, no se someterá a ningún daño a los participantes. Este trabajo no representa ningún riesgo para las personas involucradas en esta investigación y no se pone en riesgo su salud, además es una investigación formal donde los datos son confidenciales

11. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

Por otro lado, la investigación estuvo sujeta al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, la cual fue publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1987. ⁽⁴⁶⁾

11. 1. NOM-012-SSA 3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Debido a que esta norma es de observancia obligatoria para los profesionales de la salud, así como de las instituciones públicas, sociales y privadas, que realicen investigaciones para la salud en seres humanos.

El punto **4.3. Carta de consentimiento informado en materia de investigación**, se refiere al documento escrito y firmado por el investigador principal, el paciente, su familiar, tutor o representante legal y dos testigos, a través del cual el sujeto de estudio acepta participar de forma voluntaria, después de haber recibido la



información suficiente, clara y oportuna sobre los riesgos y beneficios que se esperan obtener.

12. Aspectos administrativos.

12. 1. Recursos materiales.

Se contó con medio físico (auditorio), donde se citó a las pacientes, 1 computadora, instrumentos de evaluación y consentimientos informados. Todo se realizó de forma confidencial, respetando la privacidad de las pacientes que participaron en el estudio, contando con la colaboración del personal médico y de enfermería adscrito al Hospital General de Zona, 46 del instituto mexicano del seguro social.

12. 2. Financiamiento

Los costos que presentar la presente investigación se desglosan en la siguiente tabla.

Recursos materiales	Costo unitario	Total
1 paquete de hojas blancas	\$150	\$150.00
10 lápiz	\$ 6	\$60.00
5 borradores	\$ 4.00	\$20.00
1 engrapadora	\$ 80.00	\$ 30.00
1 caja de grapas	\$ 20.00	\$20.00
450 copias	\$1	\$450.00
Computadora Personal	\$10,000.00	\$10,000.00
Renta de internet	\$ 600.00	\$ 600.00
	Total	\$ 11,330.00



12. 3. Factibilidad

El presente estudio es factible ya que contamos con la población de estudio, la cual es derechohabiente de la institución y las herramientas para su realización son parte de la atención habitual que reciben estos pacientes por parte del instituto mexicano del seguro social. No se usó financiamiento externo ni patrocinios.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



13. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados del estudio, Estadificación de ansiedad y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, en 150 participantes conformada por la totalidad de los pacientes en terapia de hemodiálisis en el Hospital General de Zona no. 46 perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuyos datos personales se describen en la Tabla I.

Tabla N° I. Cedula de Datos Personales

Variables		(f)	(%)
Edad	18-30 años	8	5.3
	31-50 años	51	34.0
	51-70 años	86	57.3
	> 71 años	5	3.3
Genero	Femenino	83	55.3
	Masculino	67	44.7
Estado civil	Soltero	27	18.0
	Casado	94	62.7
	Viudo	18	12.0
	Unión libre	11	7.3
Grado de estudios	Analfabeta	7	4.7
	Primaria	44	29.3
	Secundaria	49	32.7
	Preparatoria	31	20.7
	Licenciatura	19	12.7
Religión	Católica	92	61.3
	Adventista	12	8.0
	Evangélico	38	25.3
	Apostólico	4	2.7



	Pentecostés	3	2.0
	Ninguna	1	.7
Ocupación	Empleado	64	42.7
	Desempleado	13	8.7
	Ama de casa	60	40.0
	Jubilado	7	4.7
	Pensionado	6	4.0
Número de hijos	Uno	16	10.7
	Dos	41	27.3
	Más de tres	73	48.7
	Sin hijos	20	13.3

Fuente: Cedula de Datos Personales

n=150

En la tabla 1, se observa que la mayor proporción de participantes se encuentran en la edad de 51 a 70 años, con respecto al género, el femenino es el que predomina, con respecto al estado civil el 62.7% eran casados, la mayor proporción en el grado de estudio fue la secundaria, la religión que se presentó en los participantes con mayor porcentaje fue la católica, así mismo la ocupación con mayor presencia en los participantes fue, la de empleado y ama de casa, con respecto al número de hijos se encontraron con mayor frecuencia los que tenían más de 3 hijos.

Tabla N° 2. Escala de Hamilton para Ansiedad

Variables	(f)	(%)
7 a 17 ansiedad leve	15	10.0
18 a 24 ansiedad moderada	52	34.7
25 a 56 ansiedad grave	83	55.3
Total	150	100.0

Fuente: Escala de Hamilton para Ansiedad

n=150



En la tabla 2, muestra la cantidad y porcentajes de los participantes que presentan ansiedad a través de la aplicación el instrumento de Hamilton, siendo el más predominante, la ansiedad grave con un 55.3%, siguiéndole la ansiedad moderada con un 34.7%.

Tabla N° 3. *Grado de Ansiedad Psíquica.*

Variables	(f)	(%)
Ansiedad Moderada grave	48	32
Ansiedad Leve	102	68.0
Total	150	100.0

Fuente: Escala de Hamilton para Ansiedad **n= 150**

En la tabla 3, muestra, el grado de Ansiedad Psíquica, la cual es la sub escala del instrumento de H.A.R.S. Representando que la ansiedad psíquica es leve, con un 68% de los integrantes.

Tabla N° 4. *Grado de Ansiedad Somática.*

Variables	(f)	(%)
Ansiedad Moderada grave	64	42.7
Ansiedad Leve	86	57.3
Total	150	100.0

Fuente: Escala de Hamilton para Ansiedad **n= 150**

En la figura n° 2, muestra, el grado de Ansiedad Somática, la cual es la sub escala del instrumento de H.A.R.S. Representando que la Ansiedad Somática es leve, con un 57.3% de los integrantes.

Tabla N° 5. *Funcionalidad Familiar.*



Variables	(f)	(%)
7-20 normal	105	70.0
16-13 Disfunción leve	32	21.3
12-10 Disfunción moderada	5	3.3
< o = 9 Disfunción severa	8	5.3
Total	150	100-0

Fuente: Cuestionario para la funcionalidad familiar APGAR n=150

La tabla 5, se observa que la funcionalidad familiar del Instrumento del APGAR es de mayor proporción en los participante en participantes siendo la funcionalida normal en un 70%, siedo de importancia recalcar que existe el 21.3% de paticipantes con disfunción leve.

Tabla N° 6.

Correlación de Hamilton y de APGAR Familiar.

		Funcionalidad familiar	Puntuación de Hamilton ansiedad
Funcionalidad familiar	Correlación de Pearson	1	.039
	Sig. (bilateral)		.635
	N	150	150
Puntuación de Hamilton ansiedad	Correlación de Pearson	.039	1
	Sig. (bilateral)	.635	
	N	150	150



En la tabla n° 6, demuestra que, no existe correlación alguna entre las variables, de funcionalidad familiar con Hamilton para ansiedad, siendo esto de gran importancia ya que significa que la ansiedad y funcionalidad familiar no están asociadas para los participantes del estudio.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



14. DISCUSION

Los resultados del presente estudio, permitieron conocer que los pacientes sometidos a hemodiálisis el 100% presentan algún grado de ansiedad por lo que no coincide con el estudio de Matos.(2018) el cual reporta en su estudio que solo el 30.7% de sus participantes presenta algún grado de ansiedad.

Al analizar la funcionalidad familiar en los participantes de nuestro estudio nos encontramos que el 70% presenta función familiar normal y el 3.3% presenta una disfunción moderada por lo que no coincide con Llenera (2016), el cual encontró en su estudio que el 13% de sus participantes tiene buena función familiar y el 33% tiene funcionalidad familiar moderada.

En cuanto a nuestra población estudiada la cual fueron 150 participantes, se encontró que el 100% de los participantes presentan algún grado de ansiedad por lo que el índice de presentar dicha patología es alto, por lo que no coincide con Gómez, Pac, Manresa & Lozano,(2015) el cual en su estudio pretendió conocer, la prevalencia de la ansiedad en pacientes en hemodiálisis, donde encontró que el 67.3% tuvo ausencia de ansiedad y solo el 12.2% presento ansiedad.

Se obtuvieron según la escala de Hamilton que el 100% de los pacientes sometidos a hemodiálisis presentan alguna sintomatología relacionada a ansiedad, no encontrando ninguna similitud con el estudio de Lacomba-Trejo, L.(2021), en el cual comenta que el 41.79% de los pacientes presenta sintomatología ansiosa por lo cual no es semejante a nuestra investigación realizada en los pacientes sometidos a hemodiálisis.

Los resultados obtenidos en la presente investigación dieron como resultados que el 70% de los participantes presentan ansiedad grave por lo que no encontramos ninguna similitud con Rojas et. al.(2017) en la ciudad de México en su investigación "Ansiedad y depresión sobre adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal donde encontraron que el 35% de los participantes presentaron ansiedad grave por lo que no es similar a nuestra investigación.



En cuanto a los resultados encontrado en los datos sociodemográficos se encontró que sexo femenino fue el que predominó en un 55.3%, además que la edad que más presentan los pacientes es la de 51 a 70 años no coincidiendo con Matos, G., en un estudio llevado a cabo en la Habana, titulado Ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento dialítico incluidos en el plan de trasplante renal donde encontró que el sexo masculino fue el que más prevaleció junto con la edad de 40-49 años.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



15. CONCLUSION

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación realizada a los pacientes sometidos a hemodiálisis encontramos en los datos sociodemográficos, que la edad que más predominó fue la de 71-70 años de edad en un 57.3% además de que el género que más prevalece es en femenino en un 55%

En cuanto al grado de ansiedad se encontró con la aplicación de la escala de Hamilton que todos los pacientes presentan sintomatología de ansiedad, además que el 100% de los pacientes presenta algún grado de ansiedad, predominado la ansiedad grave en un 55.3% de los participantes estudiados.

Al evaluar los grados de funcionalidad familiar con la herramienta del APGAR familiar obtuve como resultados que el 70% presenta funcionalidad familiar normal y solo el 30% presenta algún grado de disfunción familiar.

En cuanto a la relación entre las variables ansiedad y funcionalidad familiar se obtuvo una correlación baja, lo que significa el grado de ansiedad no depende de la funcionalidad familiar y viceversa.



16. PERSPECTIVAS

Con base a los resultados del presente estudio se recomienda en el futuro, realizar un programa de ayuda psicológica a los pacientes con enfermedad renal crónica previamente antes de iniciar remplazo de la sustitución renal con hemodiálisis con el fin si existe ansiedad o algunos problemas psicológicos.

Se recomienda que los pacientes en hemodiálisis reciban una intervención integral sobre el acompañamiento adecuado de la familia en los procedimientos.

Desarrollar programas de detecciones cada 2 meses, en las secciones de hemodiálisis para diagnosticar oportunamente y derivar en su caso al área correspondiente a los pacientes en caso de sufrir ansiedad.

Se recomienda a los coordinadores del programa de hemodiálisis, promover en la consulta de medicina familiar la aplicación de APGAR familiar para evaluar los grados de funcionalidad.

Continuar la realización pláticas con los familiares de los pacientes sobre los síntomas más frecuentes que su familiar podrían presentar de ansiedad con el fin de que ellos se acerquen al área correspondiente en caso de detectarlos.

Por otra parte, es necesario que se desarrollen también talleres educativos, mediante los cuales se pueden guiar a los pacientes de este hospital, sobre el estado de su enfermedad y los factores que pueden incidir, como también, fomentar con la familia la importancia del apoyo de la familia con los pacientes.

Así como también continuar explorando la ansiedad y la funcionalidad familiar, a través de estudios cualitativos que peritan obtener una explicación más profundidad en estos pacientes con enfermedad renal crónica.



17. BIBLIOGRAFÍA

1. Murillo, M. D. R. (2019). Factores Que Influyen En La Elección De Modalidad De Diálisis En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica. Hospital Abel Gilbert Ponton 2018-2019.
2. Merino-Martínez, R. M., Morillo-Gallego, N., Sánchez-Cabezas, A. M., Gómez-López, V. E., & Crespo-Montero, R. (2019). Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enfermería Nefrológica*, 22(3), 274-283.
3. United States Renal Data System, (2016). USRDS ANNUAL DATA REPORT. Obtenido de https://www.usrds.org/2016/download/v1_c03_Morbmort_16.pdf
4. Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.
5. Guillen Calvo, J., & Ordoñez Campos, R. (2018). Depresión y ansiedad en pacientes adultos en hemodiálisis de un Hospital Nacional de La Policía Nacional del Perú.
6. Ramos, K., & Stanley, M. A. (2021). Psychosocial in Later Life Treatment of Anxiety. *Anxiety in Older People: Clinical and Research Perspectives*.
7. Flores Gavilanes, G. S., & Murillo Yerovi, D. S. (2021). Ansiedad y afrontamiento al Covid-19 en militares de la Brigada Blindada Galápagos N° 11, Riobamba, 2021 (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo).
8. Cuadros Ibagón, B. B. (2021). Efecto de un protocolo breve basado en la terapia aceptación y compromiso en adultos mayores con síntomas depresivos y ansiosos (Doctoral dissertation, Bogotá, DC: Fundación Universitaria Konrad Lorenz).
9. Martín E., "La Ansiedad", Alcalá de Henares, (2018). Disponible en: <https://www.webconsultas.com/ansiedad/ansiedad-398>



10. López, S. C. G. (2021). Escala De Ansiedad Manifiesta En Adultos (AMAS-C). *Gente Clave*, 5(1), 50-67..
11. Feliú, M. T. (2015). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, (110), 62-69.
12. Vásquez M.(2020). Aspectos Psicosociales del Paciente en Diálisis | Nefrología al día. 2020;60.
13. Manosalvas Veintimilla, CA (2021). Análisis, evaluación y diagnóstico de un caso de ansiedad generalizada.
14. Lima Álvarez, M., Guerrier Granela, L., & Toledo Amador, A. (2008). Técnicas de relajación en pacientes con ansiedad al tratamiento estomatológico. *Humanidad. med*, 0-0.
15. Diz, L. (2020). Inicio de diálisis durante la gestación en centros obstétricos de Uruguay: indicaciones, resultados obstétricos y evolución de la función renal posterior a la gestación. Período 2000-2020 (Doctoral dissertation, Universidad de la República).
16. Castilla H., Caycho T., Shimabukuro M., Valdivia A. (2014). Parception of family functioning: psychometric analysis of family APGAR scale in adolescents in Lima. *Propósitos y Representaciones*. Junio; 2(1).
16. Briones Vera, Z. R., & Santillán Sánchez, B. D. (2017). Cuidados de enfermería del catéter venoso central en pacientes con hemodiálisis del Hospital del Norte de Guayaquil en el periodo de junio a agosto 2018” (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil-Ciencias Médicas-Carrera de Enfermería).
17. Fuentes Aguilar A., Merino Escobar J. (2016). Validation of an instrument of family functionality. *Ajayu*. Ago; 14(2).



18. Dra. Cid Rodriguez M., Dra. Rebeca Montes de Oca R, Lic. Hernández Díaz O. (2014). La familia en el cuidado de la salud. Rev. Med. Electrón. Agosto; 36(4).
19. Vila Fabián, J. (2017). Efectividad del Ejercicio Físico para mejorar la calidad de vida de las personas en hemodiálisis.
20. Montalvo Ramos, T. (2020). Determinación del efecto de los probióticos *Lactobacillus rhamnosus* LGG y *Bifidobacterium lactis* BB-12 sobre niveles de toxinas urémicas en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en una clínica de hemodiálisis Puebla.
21. Kinderneckt, J. A. (2019). Relación entre las pautas alimentarias y el estado nutricional de los pacientes adultos con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis (Doctoral dissertation, Universidad de Concepción del Uruguay).
22. Gallego Henao AM. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Rev Virtual Univ Católica Norte. 2012;(35):326-45.
23. Harrison et al. (2016). Principios de la medicina interna. Vol. 2.19 ed. Mc GRAW-HILL. Interamericana. Editores S.A. DE C.V. México. 2016.
24. Gómez–Campuzano ML, Gaviria-Arrieta N, Pérez–Gómez MM, Alvis–Barranco L. (2020). Funcionamiento familiar en hogares con niños desplazados por la violencia. AVFT – Arch Venez Farmacol Ter [Internet]. 30 de agosto de [citado 2 de septiembre de 2021];39(3).
25. Castilla Cabello, Humberto, Caycho Rodriguez Tomas, ventura Leon Jose, Palomino Barboza Miguel, De La Cruz Valles Michael. (2015). Analisis Factorial Confrimatorio De la Escala de Percepcion Del Funcionamiento Familiar de Smilkstein en Adolescentes Peruanos. Salud y Sociedad. Agosto; 6(2).



26. Jojoa et.al. (2016). Clasificación de práctica de a enfermedad renal crónica 2016: una propuesta. Repertorio de Medicina y Cirugia. Colombia.
27. Osuna (2019). Proceso de cuidado nutricional en la enfermedad renal crónica en línea disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=410JDAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=libro+proceso+de+cuidado+nutricional+en+la+funcion+renal&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj djOKf5crmAhXHXM0KHc9UCQkQ6AEIKDAA#v=onepage&q&f=false> consultado el: 20/12/2019.
28. Suarez Cuba M., Alcala Espinoza M. (2014), APGAR FAMILIAR: UNA Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. Rev. Med. La Paz. junio; 20(1)
29. Takenaka H., Ban N. (2016), the most important question in family approach: the potential of the resolve item of the family APGAR in family medicine. Asia Pacific Tamil Medicine. 2016 may; 15(3).
30. Gómez Sánchez et. al. (2019). Complicaciones de pacientes con trasplante renal en las primeras 48 horas en un hospital de tercer nivel de atención. Revista d en enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social. Veracruz. México.
31. Nava López, A., Salgado Cornejo, M. A., & Torres Blanco, T. J. (2019). Nivel de satisfacción de trato digno que ofrecen las enfermeras a pacientes en hemodiálisis del Hospital Regional Vicente Guerrero.
32. León Sánchez D, Camacho Delgado R, Valencia Ortiz M del R, Rodríguez-Orozco AR. (2008). Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. Rev Cuba Pediatría. Septiembre de;80(3):0-0.
33. Carrillo Algarra, A. J. (2015). Análisis de la capacidad de autocuidados en pacientes en diálisis peritoneal. Enfermería Nefrológica, 18(1), 31-40.



-
-
34. Herrera, P. (2016). La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. Scielo.
 35. Corona, B. E. F., Flores, F. A., Galván, D. A. M., Granados, Y. M. M., Molina, M. J. R., & Tovar, C. P. S. (2021). Aspectos psicosociales y estrategias de afrontamiento en la cotidianidad de la persona con enfermedad crónica. Jóvenes En La Ciencia, 10.
 36. Navas, V. O., Beltrán, M. S., Arellano, D. L. M., Gálvez, A. L. B., & Erazo, L. R. (2021). Reducción de estrés en pacientes con Enfermedad Renal Crónica.
 37. Calderón Rodríguez, N. P. (2018). Asociación entre las horas de hemodiálisis, tipo de acceso vascular con la mortalidad, número de infecciones en el paciente con enfermedad renal crónica.
 38. García, H., Remor, E., Peso, G. D., & Selga, R. (2014). El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura. Nefrología.
 39. Apolinar Membrillo L. Definición de Familia [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.medicosfamiliares.com/familia/definicion-de-familia.html>
 40. Cabada, Cruz, & Quezada, E. (2016). Calidad de vida, depresión y ansiedad en pacientes dializados. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.
 41. Gómez, L., Pac, N., Manresa, M., & Lozano, S. (2015). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes de hemodiálisis. Enfermería Nefrología.
 42. Ramírez, M., Soto, T., García, M., & Barrios, P. (2012). Ansiedad y Depresión en el paciente renal. Enfermería en Nefrología.
 43. Perales, C., García, A., Reyes, G., & Reyes, G. (2014). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Nefrología España.



44. Matos G, Álvarez B, González F. (2018). Ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento dialítico incluidos en el plan de trasplante renal. MULTIMED. 5 de marzo de; 22(1):26-38.
45. Huaccha K. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica, Centro de Salud Renal Primavera SAC. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. [Tesis]. 2021. [Fecha de acceso: 27 agosto de 2021]. Disponible en: <https://rebrand.ly/lx6cl84>
46. White, H., & Sabarwal; S. (2017). Diseño y métodos cuasi experimentales. Síntesis metodológicas: evaluación de impacto nº 8. Florida: Centro de Investigaciones de UNICEF.
47. Villanueva Peña CA, (2021). Casas Caruajulca J. Ansiedad y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de Es Salud en Lima – Perú, 2014. Universidad Peruana Unión [Internet].17 de febrero de 2015 [citado 18 de febrero de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/133>.
48. Mundial E, Noguchi HD 82 (2020). Depresión causa dos de cada tres suicidios[sede Web]. Lima : Perú 21; 2019[acceso 11 de mayo del 2019] [Internet]. 2019. p.18-21. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/depresion-causa-dos-tres-suicidios-71952-noticia/> 33 pag 12 ansiedad erc Guatemala 2020.
49. Villalobos W, De león P. (2017). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Revista Medico [Revista de Internet]. 2017 [acceso 20 de julio de 2020]. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/982110/10.pdf>
50. Díaz b, Solís C. (2019). Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V de un hospital estatal nivel III-1 de Chiclayo. [Tesis licenciatura] Perú: Universidad católica santo Toribio de mogrovejo, 2019 [internet].Disponible en:



http://54.165.197.99/bitstream/20.500.12423/1892/1/TL_DiazTafurBrenda_SolisOrlandiniClaudia.pdf.

51. Cuesta V, Vertedor C. (2020). Actividad física, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis. Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y del deporte [Revista de internet] 2016 [acceso el 25 de julio de 2020]; 61(16) 99 – 109. Disponible en: <https://revistas.uam.es/rimcafd/article/view/3778/4062> 33pag 12 ansiedad erc Guatemala 2020.
52. Vásquez M. (2020). Aspectos Psicosociales del Paciente en Diálisis | Nefrología al día;60.
53. Polit , D. Hungler, B.(2003). Investigación científica en ciencias de la salud. (6ª Ed). México: McGraw- Hill Interamericana, 2003
54. Canales F.H. (2004). Metodología de la Investigación: Manual para el Desarrollo de Personal de salud. OMS. Editorial, Limusa.
55. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med. Clin.2002; 118(13):493-499.
56. Llerena Freire GF. (2016). Funcionamiento Familiar y Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Tratamiento de Hemodiálisis en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del Cantón Ambato. 1 de mayo de 2016 [citado 2 de septiembre de 2021]; Disponible en:<https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/23207>
57. Trevín GM, Vargas SR, Rivera LR, Vázquez BÁ. (2016). Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico. Multimed [Internet]. 8 de febrero de 2016 [citado 2 de septiembre de 2



021];20(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63854>.

58. Hamilton, M. (1959), the assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol; 32:50-55.
59. Hamilton M. (1986), Diagnosis and rating of anxiety. In Studies of Anxiety, Lander, MH. Brit J Psychiat Spec Pub 1969; 3:76-79. Adaptación: Carrobbles JA, Costa M, Del Ser T, Bartolomé P. La práctica de la terapia de conducta. Valencia. Promolibro.
59. Wayne w. Daniel (1991), Bioestadística, base para el análisis de las ciencias de la salud, tercera Ed, limusa noriega.
60. Troya Gavilanes, L. D. (2022). Ansiedad y depresión en el personal de enfermería que trabajan con pacientes COVID-19 en el Hospital General de Latacunga (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
61. Álvarez, A. D. L. C. (2022). Prevalencia de los niveles de depresión, ansiedad, estrés y rendimiento académico en estudiantes de medicina de Tuxtla Gutiérrez y Tapachula, Chiapas, México.
62. CONEVAL (2019). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México (tercera edición). Ciudad de México.



18. ANEXOS

18. 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Estadificación de nivel de ansiedad y su función familiar en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital General de Zona 46 de Tabasco, México.

Planificación del cronograma de actividades	2022						
	Enero-febrero	Marzo-abril	Mayo-junio	Julio-agosto	Septiembre-octubre	noviembre	
Búsqueda del título de investigación	■	■					
Elaboración de la pregunta de investigación	■	■					
Realización del planteamiento del problema	■	■					
Marco teórico	■	■					
Justificación del estudio	■	■					
Consideraciones éticas	■	■					
Realización del objetivo general y específico	■	■					
Estudio del material y métodos a usar	■	■					
Selección de variables		■					
Realización de criterios de inclusión		■					
Ver los recursos a utilizar							
Autorización del proyecto			■	■			
Aplicación de encuestas				■	■		
Recopilación de datos					■		
Análisis de datos					■		
Conclusiones					■		
Finalización del proyecto					■		
Presentación tesis final					■	■	



18. 2. INSTRUMENTO DE RECOLECIÓN DE DATOS

No.	1.- Datos personales					
1.Edad	2.Genero	3.Estado civil	4.Grado de estudios	5.Religión	6.Ocupación	7. No. De hijos
R:						

18. 3. ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)

Esta escala especifica la severidad de los síntomas ansiosos en aquellos pacientes diagnosticados con alguno de los trastornos de ansiedad. En su diseño, la escala es precedida de unas breves instrucciones para el médico o el entrevistador en las que se precisa el rango de puntuación según la intensidad de los síntomas a saber: ausente = 0; leve = 1; moderado = 2; severo = 3; y grave o totalmente incapacitado = 4

1.- Humor ansioso	Inquietud, espera de lo peor, aprehensión, (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2.- Tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar, incapacidad de relajarse.	0	1	2	3	4



3.- Miedos	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud.	0	1	2	3	4
4.- Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos.	0	1	2	3	4
5.-Funciones intelectuales	Dificultad en la concentración, mala memoria.	0	1	2	3	4
6.-Humor depresivo	Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7.-Síntomas somáticos (musculares)	Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.	0	1	2	3	4
8.-Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9.-Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de	0	1	2	3	4



	desmayo, extrasístoles								
10.-Síntomas respiratorios	Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4			
11.-Síntomas gastrointestinales	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, borborigmo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4			
12.-Síntomas genitourinarios	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida del apetito sexual, disfunción eréctil	0	1	2	3	4			
13.-Síntomas del sistema nervioso vegetativo	Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso.	0	1	2	3	4			
14.- Comportamiento agitado durante la entrevista	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos.	0	1	2	3	4			
	TOTAL								



No existen puntos de corte para distinguir población con y sin trastornos de ansiedad, dado que su calificación es de 0 a 56 puntos, el resultado debe interpretarse cualitativamente en términos de intensidad y de ser posible diferenciar entre la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)

- Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave (amerita tratamiento)
- Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve
- Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU APOYO!



18. 3. APGAR FAMILIAR

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad en la familia

Preguntas	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
2. Me satisface como mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
4. Me satisface como mi familia expresa emociones tales como rabia, tristeza y amor.					
5. Me satisface como compartimos en mi familia					
1. El tiempo para poder estar juntos					
2. Los espacios en la casa					



3. El dinero					
6. ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
7. Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

¡MUCHAS GRACIAS POR SU APOYO!

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



18. 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Nombre del estudio: Estadificación de ansiedad y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedad crónica en hemodiálisis

Patrocinador externo (sí aplica): No aplica

Lugar y fecha: UMF No. 46, IMSS, Casa Blanca 2da. Sección C.P. 86060, Villahermosa, Tabasco. Febrero del 2022

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Determinamos que la determinación de los estratos de ansiedad de los participantes con enfermedad renal crónica con hemodiálisis es un principio para poder lograr las mejoras en el apoyo médico familiar del participante, Objetivo: Establecer cuáles son los niveles de ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis del Hospital General de Zona 46.

Procedimientos: Se le invita a participar como paciente, respondiendo a algunas preguntas relacionadas con algunos antecedentes personales, y el instrumento validado, escala de Hamilton. El contestar el cuestionario le llevara 10 a 15 minutos.

Posibles riesgos y molestias: Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: La intervención oportuna para la prevención de complicaciones psicológicas en la vida diaria.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se le dará resultado de los niveles de ansiedad, así como referencia inmediata al área de psicología y grupo multidisciplinario del instituto.

Participación o retiro: Conservo el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte su atención medica de la unidad

Privacidad y confidencialidad: Los datos serán tratados en forma confidencial. Su uso es exclusivo para este estudio.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y contestar el cuestionario para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadores Responsables: . Med. Esp. Andrómeda Hernández Pérez andry1012@hotmail.com tel.: 9932182901

Med. Esp Ricardo González Anoya Anoya.anoyar@hotmail.com tel.: 9933110559

Residente Jesús del Carmen Hernández Torrez e.vell0407_94@hotmail.com tel_9331009199

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: cei.27.001.20170221@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma



18. 5. APLICACIÓN DE LA ESCALA DE HALMITON.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. No debe durar más de 30 minutos. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am.

Interpretación:

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a **ansiedad psíquica** (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y **ansiedad somática** (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (8).

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma, resultando útil la puntuación de las sub escalas.

El test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente.

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada,



preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 – 5 puntos (No ansiedad), 6 – 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). La puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



18. 6. APLICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR.

El instrumento debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicara el test. Para cada pregunta se debe marcar solo con una X. Debe ser respondido en forma personal (Auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a las siguientes calificaciones: 0. Nunca, 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Casi siempre, 4. Siempre.

Interpretación del puntaje:

- Normal 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9 puntos¹