

UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA



Facultad de Ciencias Médicas.

Carrera de psicología.

Monografía para optar al Título de Licenciatura en Psicología.

Título:

“Ansiedad en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que Reciben Tratamientos de Hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, en el Periodo de Enero a marzo del 2025”.

Autores:

Br. Jordan Haell Ruiz Gámez.

Br. Laura Marcela Espino.

Tutores:

Tutor Metodológico: Lic. Donald Leiva.

Tutor Científico: MSC. John Delgado.

Managua, Nicaragua, marzo 2025.

Carta Tutor Metodológico.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA

“Agnitio Ad Verum Duceit”

CARTA AVAL TUTOR /METODOLOGO(A)

Dra. Luisa Mendieta
Decana de la Facultad de Ciencias Medicas
UCN – Sede Central

Su Despacho

Por medio de la presente hago constar que he verificado el informe final del trabajo monográficos elaborado por el/los egresados(s) **Br (es). Laura Marcela Espino y Jordan Haell Ruiz Gámez**; para optar al título de Licenciatura en psicología, cuyo título de la Monografía es: *Ansiedad en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que Reciben Tratamientos de Hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, en el Periodo de Enero a marzo del 2025.*

El cual considero que cumple con los requisitos metodológicos exigidos por el **art 89 y 91** del reglamento académico; para ser presentado ante el Comité Evaluador.

En La Ciudad de managua a los 3 días del mes de marzo del año 2025.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dra. Luisa Mendieta', is written over a horizontal line.

Tutor(a) Metodológico

CC: Archivo.

Carta tutor científico.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA

“Agnitio Ad Verum Ducit”

CARTA AVAL TUTOR - CIENTIFICO

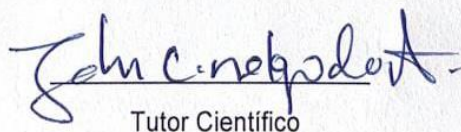
Dra. Luisa Mendieta
Decana de la Facultad de Ciencias Medicas
UCN- Sede Central

Su Despacho

Por medio de la presente hago constar que he verificado el informe final del trabajo monográfico elaborado por las egresadas **Br. Jordan Haell Ruiz Gámez y Br. Laura Marcela Espino**; para optar al título de Licenciado en Psicología, cuyo título de la Monografía es: “Ansiedad en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que Reciben Tratamientos de Hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, en el Periodo de Enero a marzo del 2025”.

El cual considero que cumple con los requisitos metodológicos exigidos por el art. 89 y 91 del reglamento académico; para ser presentado ante el Comité Evaluador.

En La Ciudad de managua a los 3 días del mes de marzo del año 2025.


Tutor Científico

CC: Archivo.

Dedicatoria.

Quiero dedicar este logro, en primer lugar, a Dios, quien ha sido mi guía y fortaleza, llenándome de sabiduría, fe y perseverancia para superar cada desafío. A mi padre por todo su apoyo, a mi madre, por su amor incondicional y por estar a mi lado en cada momento difícil. Ella ha sido mi mayor inspiración para alcanzar este sueño. A mi hermana, por sus palabras de aliento que me motivaron a seguir adelante, siendo mi compañera fiel. También dedico este logro a tres personas muy especiales para mí Ricardo Hernández, Elizabeth Castro y Amanda Espinoza, que, aunque ya no están con nosotros, continúan siendo una gran fuente de inspiración y motivación en mi vida. Su recuerdo perdura en mi corazón y sus enseñanzas me han guiado hasta alcanzar este éxito. Les estaré eternamente agradecido. Y finalmente, a todas aquellas personas que, con amor, me apoyaron en todo este proceso, en particular a la familia Hernández Herrera y a la familia Matza.

Br: Jordan Ruiz.

En primer lugar, quiero dedicar este logro a Dios, quien ha guiado cada paso de mi camino, brindándome sabiduría y fortaleza para superar cada desafío. A mi madre, por su amor y su presencia reconfortante en los momentos difíciles, otorgándome el equilibrio necesario para afrontar cualquier adversidad. A mi padre, por inculcarme la determinación para perseguir mis sueños, motivándome siempre a dar lo mejor de mí y recordándome, con su amor, la importancia del esfuerzo y la perseverancia. Y mi abuela, cuya enseñanza de que todo es posible cuando se hace con amor y pasión ha sido una fuente constante de inspiración en mi vida.

A mis mejores amigas, Atiara, quien ha estado a mi lado desde el inicio de mi carrera, brindándome su compañía y respaldo en cada desafío académico, además de su confianza en mis esfuerzos y capacidades. Y Alejandra, por su apoyo inquebrantable, sus palabras de aliento en los momentos más difíciles y por recordarme siempre mi capacidad y dedicación para lograr mis sueños.

Br: Laura Espino.

Y, finalmente, a nosotras mismas, por la dedicación y la perseverancia que nos permitieron superar cada desafío y, pese a las dificultades, alcanzar la meta de culminar esta importante etapa.

Agradecimientos.

En primer lugar, agradecemos a Dios por guiarnos y permitirnos culminar esta importante etapa de nuestras vidas.

Al Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, por brindarnos el espacio y las facilidades necesarias para llevar a cabo nuestra investigación.

A los pacientes, quienes, con amabilidad y disposición, nos permitieron trabajar con ellos, aportando significativamente a nuestro estudio.

A cada uno de los docentes de la Universidad Central de Nicaragua, cuyo compromiso, paciencia y dedicación fueron fundamentales en nuestra formación, transmitiéndonos con amor los conocimientos y valores de esta hermosa profesión.

A todos ustedes, nuestro más sincero agradecimiento.

II. Resumen.

Este estudio evaluó los niveles de ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) sometidos a hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, Managua, Nicaragua, entre enero y marzo de 2025. La muestra consistió en 30 pacientes seleccionados mediante criterios específicos. Se utilizaron dos instrumentos principales: el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) para evaluar la ansiedad como estado y rasgo, y una ficha sociodemográfica para obtener información relevante.

Los resultados mostraron una alta presencia de ansiedad en la población estudiada. La mayoría de los pacientes presentó niveles elevados de ansiedad como estado, manifestando características como, preocupación constante, inquietud, problemas de sueño, indicando tensión intensa ante su condición y tratamiento. Además, la ansiedad como rasgo fue aún más prevalente, lo que sugiere una predisposición constante a sentirse ansiosos en situaciones cotidianas.

La insuficiencia renal crónica y su tratamiento mediante hemodiálisis no solo causan afectaciones fisiológicas, sino también un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. La rutina estricta del procedimiento, las restricciones dietéticas y los cambios drásticos en el estilo de vida contribuyen al deterioro emocional. El estudio destacó que la ansiedad en estos pacientes no solo afecta su bienestar mental, sino que también puede influir en la adherencia al tratamiento y su evolución clínica.

Palabras claves. Ansiedad, Insuficiencia Renal, Hemodiálisis.

III. Índice de contenido

Contenido

II. Resumen.....	7
III. Índice de contenido	8
IV. Índice de tablas.....	11
V. Índice de figuras.....	12
VI. Introducción.....	13
6.1 Antecedentes.....	15
Antecedentes Nacionales.....	15
Antecedentes Internacionales.....	15
6.2 Contexto del problema.....	17
6.3 Objetivos.....	18
a) Objetivo general.....	18
b) Objetivos específicos.....	18
6.4 Pregunta de Investigación.....	19
6.5 Justificación.....	20
6.6 Limitaciones del Estudio.....	22
6.7 Hipótesis.....	23
6.8 Variables.....	24
6.9 Marco Contextual.....	26
VII. Marco Teórico.....	27
1. Definición de ansiedad.....	27
1.1. Parámetros para el diagnostico	28
2. Tipos de Trastornos:.....	29
2.1.1. Trastorno de ansiedad por separación (F93.0).....	29
2.1.2. Mutismo selectivo (F94.0).....	30
2.1.3. Desorden de ansiedad social (F40.10).....	30
2.1.4. Trastorno de pánico (F41.0).....	31
2.1.5. Agorafobia (F40.00).....	32
2.1.6 Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)	33
2.1.7. Trastorno de ansiedad debido a otro médico Condición (F06.4).....	34
3 Teorías y Conceptualizaciones Asumidas	35
2.1.2. Según Freud.....	35
2.1.3. Tipos de ansiedad según Freud.....	35

3.1.3. Según Spielberger.....	36
4.Insuficiencia Renal Crónica. (IRC).....	37
a) Definición.....	37
b) Factores de riesgo	37
c) Síntomas.....	38
d) Función de los riñones	39
e) Según la OPS	40
f) Enfermedades relacionadas.....	40
5. Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con enfermedad renal crónica	40
a) Alteraciones mentales en pacientes con ERC.....	41
b) Enfermedad Renal Crónica: Impacto emocional en pacientes.....	41
c) Relación salud-enfermedad.....	42
d) Impacto e Intervención Psicológica.....	43
e) La enfermedad renal impacta en el bienestar psicológico y la calidad de vida de quienes viven con ella.....	43
f) La evidencia señala la asociación entre enfermedad renal y problemas de salud mental (principalmente, ansiedad y depresión)	44
g) Psicología aplicada a Nefrología.....	45
h) Intervención psicológica en el paciente renal.....	45
6. Hemodiálisis.	46
a) Definición.....	46
b) Procedimiento.	46
c) Afecciones relacionadas.....	47
d) Estado emocional en pacientes de hemodiálisis.	49
VIII. Métodos (diseño)	51
Tipo de investigación.....	51
Enfoque del Estudio.....	51
Universo	51
Población y selección de la muestra.....	51
Técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados.	53
Confiabilidad y validez de los instrumentos.	54
Análisis y procesamiento de datos.	55
Operalización de Variables.	57
<i>IX. Resultados /Análisis y Discusión de Resultados.....</i>	<i>60</i>
<i>Resultados sociodemográficos.....</i>	<i>60</i>
<i>.....</i>	<i>60</i>
<i>Discusión de Resultados</i>	<i>70</i>
<i>X. Conclusiones.....</i>	<i>75</i>

XI. Recomendaciones.....	77
XII. Referencias.	78
XIII. Anexos.....	80
a). Consentimiento Informado.....	82
b). Ficha sociodemográfica.....	84
1. Cartas.....	86
Cronograma.....	96
Abreviaturas.	97

IV. Índice de tablas.

Tabla 1	88
Tabla 2	88
Tabla 3 edad	88
Tabla 4 sexo.....	88
Tabla 5 nivel académico.....	89
Tabla 6 procedencia.....	89
Tabla 7 estado civil.....	90
Tabla 8 tiempo del diagnostico	90
Tabla 9 tiempo de tratamiento.....	91
Tabla 10 cambios experimentados	92
Tabla 11 ansiedad estado.....	92
Tabla 12 ansiedad rasgo	92
Tabla 13 descriptivo edad y ae-ar.....	93
Tabla 14 anova edad y ae-ar.....	93
Tabla 15 descriptivo sexo y ae-ar.....	94
Tabla 16 anova sexo y ae-ar.....	94
Tabla 17 descriptivo nivel académico y ae-ar	95
Tabla 18 anova nivel académico y ae-ar	95

V. Índice de figuras.

Figura 1 grafico	60
Figura 2 grafico	61
Figura 3 grafico	62
Figura 4 grafico	63
Figura 5 grafico	64
Figura 6 grafico	65
Figura 7 grafico	66
Figura 8 grafico	67
Figura 9 grafico	68
Figura 10 grafico	69
Figura 11 test idare	80
Figura 12 test idare	81
Figura 13 carta	86
Figura 14 carta	87

VI. Introducción.

La ansiedad fue una respuesta emocional presente en los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) sometidos a hemodiálisis, manifestándose a través de síntomas físicos como palpitaciones, sudoración excesiva y tensión muscular, así como mediante alteraciones cognitivas y conductuales que afectaron su desenvolvimiento en el entorno. Este estado psicológico no solo interfirió en su bienestar emocional, sino que también pudo haber agravado condiciones preexistentes, aumentado la susceptibilidad al estrés y dificultado la toma de decisiones. Reconocida como un problema de salud pública, la ansiedad presentó una alta prevalencia en la población estudiada, con un impacto significativo en su estado de salud y calidad de vida.

Por su parte, la IRC constituyó una enfermedad progresiva que implicó la pérdida irreversible de la función renal, afectando la capacidad de los riñones para filtrar y eliminar desechos metabólicos, mantener el equilibrio de electrolitos y regular la presión arterial. Este trastorno tuvo repercusiones fisiológicas y afectó profundamente la calidad de vida de los pacientes, quienes enfrentaron limitaciones en sus actividades diarias y riesgos significativos de complicaciones como anemia, enfermedades cardiovasculares y alteraciones óseas. En las etapas avanzadas de la IRC, el tratamiento de hemodiálisis se convirtió en una necesidad vital. Sin embargo, este procedimiento médico, además de ser esencial, implicó una rutina estricta y prolongada, con sesiones de varias horas varias veces por semana. A ello se sumaron las restricciones dietéticas y los cambios drásticos en el estilo de vida, los cuales generaron un desgaste emocional considerable en los pacientes.

El presente estudio evidenció una alta prevalencia de ansiedad en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis. En cuanto a la ansiedad como estado, el 80.00% de los participantes presentó niveles altos, lo que sugirió que la mayoría experimentó una sensación intensa de nerviosismo, preocupación o tensión en el presente. Solo el 20.00% reportó niveles medios, lo que indicó una menor intensidad de estos síntomas, aunque aún presentes. Asimismo, en relación con la ansiedad como rasgo, el 90.00% de los pacientes mostró niveles altos, lo que indicó que la mayoría presentó una tendencia sostenida a sentirse ansiosa en diversas situaciones de su vida. Solo el 10.00% manifestó niveles medios, lo que implicó que su predisposición a la ansiedad fue menor, aunque no ausente.

La relación entre la ansiedad y la IRC en pacientes sometidos a hemodiálisis constituyó un área de creciente interés en la investigación clínica y psicológica. Aunque se reconoció que el estrés inherente a las enfermedades crónicas y sus tratamientos pudo intensificar los síntomas de ansiedad, existió una notable escasez de estudios que analizaran específicamente cómo estas condiciones interactuaban y afectaban de manera integral al paciente. Los retos físicos y emocionales que conllevó el tratamiento, junto con los cambios sustanciales en el estilo de vida, propiciaron el desarrollo de trastornos psicológicos que afectaron negativamente la adherencia al tratamiento y los resultados clínicos.

Ante la limitada información existente, este estudio permitió profundizar en el conocimiento de los efectos psicológicos y físicos que la combinación de ansiedad y hemodiálisis produjo en pacientes con IRC. El análisis de estos factores no solo facilitó la expansión del conocimiento científico, sino también la creación de intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades particulares de esta población.

6.1 Antecedentes.

De acuerdo con investigaciones realizadas en repositorios a nivel nacional, se ha identificado una tesis monográfica en la que se aborda la variable de interés. Sin embargo, no se encontraron estudios recientes sobre la variable “ansiedad” en la población específica de este estudio. La investigación más reciente localizada a nivel nacional data del año 2018, mientras que a nivel internacional se identificaron estudios relevantes realizados en los años 2015 y 2017. Esta falta de investigaciones actualizadas resalta la necesidad de generar nuevos conocimientos en esta área para contribuir al fortalecimiento de la atención integral en salud mental de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Antecedentes Nacionales.

En el contexto nacional, la investigación:

1. Calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis y diálisis peritoneal: probable presencia de ansiedad y depresión. HEODRA. León julio- septiembre 2018, esta investigación realizada por el Lic. Ever Miguel Téllez en Universidad nacional Autónoma de Nicaragua, León, presentada el mes de enero del año 2019, tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de los pacientes con ERC en hemodiálisis e identificar sintomatología de ansiedad y depresión. Siendo un estudio descriptivo de corte transversal participando en la investigación un total de 45 pacientes con tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Escuela Danilo Rosales Arguello. Para la realización de esta investigación se aplicaron los instrumentos (escala de ansiedad del Goldberg), *“llegando a la conclusión de que los grupos estudiados presentan sintomatología correspondiente a ansiedad”*

Antecedentes Internacionales.

A nivel internacional, se destacan dos investigaciones.

1. Nivel de ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica unidad de hemodiálisis. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre – 2017, esta investigación realizada por el Lic. Eder Johnny Cruzado Delgado en Universidad Privada San Juan Bautista Lima, Perú, presentada en el mes de noviembre del año 2017, tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica en la unidad de hemodiálisis, siendo un estudio cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal y diseño no experimental. La muestra de estudio estuvo conformada por 33 pacientes mayores de 18 años de edad que asisten a la terapia de diálisis. La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento la escala de ansiedad STA. Los resultados obtenidos muestran que *“el nivel de ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica en relación a la ansiedad estado es 73% alto, 15% medio y 12% bajo; y en relación a la ansiedad rasgo es 67% medio, 27% alto y 6% bajo”*

2. Niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal Hospital Nicolás San Juan. Mayo - 2015, esta investigación realizada por la Lic. Gemma Elizabeth Reyes Cecilio en Universidad Autónoma del estado de México UAEM Facultad de Ciencias de la Conducta Bautista, Toluca, México presentada en el mes de marzo del año 2015, esta tuvo como objetivo abordar dos factores que son ansiedad y depresión en personas que padecen insuficiencia renal en relación a las variables sociodemográficas, tales como: sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación. Siendo un diseño no experimental transversal que consiste en realizar la investigación sin manipular deliberadamente las variables. La muestra de estudio estuvo conformada por 81 pacientes entre 18 y 72 años, con insuficiencia renal como principal padecimiento, 43 mujeres y 38 hombres. El instrumento que se utilizó para medir ambos factores de la investigación fue el Cuestionario de Salud General (GHQ-28) elaborado por Goldberg y Hillier en 1979. Los resultados obtenidos muestran que el 47.6% del total de la muestra son casos probables de presentar ansiedad, mientras que la depresión se presenta en un 24.4%. Con base a esto, *“se sugiere que se complemente la asistencia médica y psicológica con la finalidad de afrontar los cambios que implica su enfermedad”*

6.2 Contexto del problema.

La falta de datos específicos y contextualizados sobre esta problemática dificulta la creación de intervenciones efectivas para mejorar la salud mental de estos pacientes, es por ello que este estudio tiene la finalidad de identificar la prevalencia de ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el hospital escuela Antonio Lenin Fonseca proporcionar en el periodo de enero a marzo 2025 ofreciendo información valiosa que sirvan para mejorar el apoyo psicológico brindado a pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

El trastorno de ansiedad puede ser considerado una patología presente en pacientes con insuficiencia renal crónica ya que el tratamiento de hemodiálisis es un reto para ellos, pero a la misma vez vital para continuar con sus vidas, es por ello que estudiar la ansiedad en estos pacientes aportara conocimiento valioso que podría ser utilizado para mejorar el enfoque hacia el manejo de la salud mental en este tipo de pacientes.

La insuficiencia renal crónica es una afección progresiva y a largo plazo en la que los riñones pierden gradualmente su capacidad para filtrar y eliminar desechos y líquidos del cuerpo de manera efectiva, lo que puede llevar a desequilibrios en el organismo y la acumulación de toxinas en la sangre.

Los datos obtenidos por medio de este estudio también podrían servir como base para investigaciones futuras que busquen desarrollar mejores estrategias de apoyo psicológico.

El tratamiento de hemodiálisis no solo afecta la salud física si no también el bienestar emocional.

6.3 Objetivos.

a) Objetivo general.

1. Describir las características de la ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamientos de hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el periodo de enero a marzo del 2025.

b) Objetivos específicos.

1. Identificar los niveles de ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el hospital escuela Antonio Lenin Fonseca durante el periodo de enero a marzo del 2025.
2. Analizar las diferencias en los niveles de ansiedad según características sociodemográficas, como edad, sexo y nivel educativo, en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el hospital escuela Antonio Lenin Fonseca durante el periodo de enero a marzo del 2025.

6.4 Pregunta de Investigación.

¿Cuáles son las características de la ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamientos de hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el periodo de enero a marzo del 2025?

6.5 Justificación.

El presente estudio, titulado Ansiedad en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que Reciben Tratamientos de Hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, en el Periodo de Enero a marzo del 2025, el propósito de esta investigación es indagar sobre la ansiedad que pueden presentar los pacientes en hemodiálisis. Actualmente, existe un vacío de información local actualizada sobre el impacto emocional de la IRC. Por esta razón, el estudio pretende generar evidencia científica que permita comprender mejor esta realidad y sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de incorporar un enfoque psicosocial en el tratamiento de enfermedades crónicas.

La insuficiencia renal crónica (IRC), especialmente en pacientes en hemodiálisis, implica cambios profundos que afectan tanto su salud física como emocional. La ansiedad, común en esta condición, impacta su bienestar mental, adherencia al tratamiento y calidad de vida, destacando la necesidad de una atención integral que abarque ambos aspectos.

En respuesta a esta realidad, el Gobierno de Nicaragua ha priorizado dentro de sus políticas de salud plasmadas dentro del plan nacional de lucha contra la pobreza y para el desarrollo humano (PNCL-DH 2022-2026) el fortalecimiento de programas destinados a prevenir, detectar y tratar enfermedades renales de manera oportuna. Entre estas iniciativas destaca el Programa de Salud Renal, cuyo objetivo es abordar integralmente esta problemática y garantizar la atención temprana de lesiones renales, así como el fortalecimiento de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), orientados a promover y atender la salud mental en la población. (PNCL-DH 2022-2026) (19 julio 2021 pág. 99). Además, la Universidad Central de Nicaragua ha establecido líneas de investigación para estudiar las aptitudes y comportamientos de riesgo para la salud de la población, con el fin de generar estrategias efectivas de prevención y promoción de la salud. Estas investigaciones se enfocan en identificar factores de riesgo relacionados con enfermedades crónicas. La Universidad Central de Nicaragua busca así contribuir al bienestar de la sociedad mediante la generación de conocimiento científico que permita mejorar la calidad de vida de las personas y prevenir enfermedades que afectan su salud.

El siguiente estudio descriptivo es viable gracias al acceso a una población significativa de pacientes con IRC en el Hospital Antonio Lenin Fonseca, reconocido como un centro de referencia nacional en el tratamiento de hemodiálisis.

Nuestra investigación permitirá conocer hasta que medida los pacientes que son sometidos a tratamiento de hemodiálisis experimentan cambios en su calidad de vida, explorando además el impacto emocional que este tratamiento genera. Asimismo, proporcionar información relevante para comprender mejor los desafíos que enfrentan en su día a día y las áreas clave que requieren mayor atención para su bienestar integral.

Los resultados esperados podrían aportar información importante para el diseño de futuros programas personalizados de apoyo que respondan a las necesidades específicas de esta población, promoviendo una mejor calidad de vida, creando atención personalizada para estos pacientes en los lugares donde se realiza el tratamiento y alineándose con el compromiso nacional de garantizar el bienestar integral de las personas.

En última instancia, este estudio se inscribe dentro de los esfuerzos por abordar la salud mental como un componente esencial en el manejo de enfermedades crónicas, resaltando la importancia de una atención centrada en la persona.

6.6 Limitaciones del Estudio.

Limitación del tiempo.

El periodo disponible para realizar esta investigación es de apenas cuatro meses, lo cual representa un desafío significativo para llevar a cabo todas las etapas necesarias del estudio de manera exhaustiva. Este tiempo limitado puede restringir la profundidad del análisis y la recolección de datos.

Acceso a información limitada.

La escasez de información disponible sobre el tema de investigación dificulta el acceso a información relevante y actualizada. Esto puede representar un obstáculo para desarrollar un marco teórico robusto y contextualizar adecuadamente los hallazgos.

Recursos económicos.

El presupuesto disponible para la investigación es limitado, lo que puede afectar la capacidad de aplicar las pruebas necesarias y cubrir otros costos asociados al estudio.

6.7 Hipótesis.

H1.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el periodo de enero a marzo del 2025 presentan niveles significativos de ansiedad, influenciados por factores sociodemográficos como la edad, el sexo y el nivel educativo.

Ho.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el periodo de enero a marzo de 2025 presentarán niveles variables de ansiedad estado y ansiedad rasgo, sin diferencias significativas atribuibles a factores sociodemográficos como la edad, el sexo y el nivel educativo

6.8 Variables.

Variables independientes.

Edad: Se refiere a la cantidad de años que ha vivido el paciente. Es un factor importante, ya que la ansiedad puede manifestarse de manera diferente según la etapa de la vida.

Sexo: Indica si el paciente es hombre o mujer. El género puede influir en la experiencia y expresión de la ansiedad, así como en la percepción del tratamiento de hemodiálisis.

Formación académica: Nivel de estudios alcanzado por el paciente. Puede estar relacionado con la comprensión del tratamiento, la capacidad de afrontamiento y el acceso a información sobre su condición de salud.

Procedencia: Lugar de origen o residencia del paciente. Este dato es relevante para analizar posibles diferencias en el acceso a servicios de salud, apoyo familiar y factores socioculturales que puedan influir en su bienestar emocional.

Estado de salud: Condición médica general del paciente, además de la insuficiencia renal crónica. Puede incluir la presencia de otras enfermedades que afecten su calidad de vida y su estado emocional.

Tratamiento recibido: En este caso, el paciente se encuentra bajo tratamiento de hemodiálisis, un procedimiento necesario para filtrar los desechos y el exceso de líquidos en su organismo debido a la insuficiencia renal crónica.

Variables Dependientes.

Trastorno de ansiedad: Se refiere a la presencia o ausencia de ansiedad en el paciente, la cual puede manifestarse como ansiedad estado o ansiedad rasgo. La ansiedad estado es una respuesta temporal al estrés o a la incertidumbre, mientras que la ansiedad rasgo es una predisposición más estable a experimentar ansiedad de manera recurrente. En pacientes con insuficiencia renal crónica, la constante preocupación por su salud, la dependencia del tratamiento de hemodiálisis y los cambios en su estilo de vida pueden hacer que una ansiedad inicialmente situacional (estado) se convierta en un rasgo más persistente, afectando su bienestar emocional a largo plazo.

6.9 Marco Contextual.

El tratamiento de hemodiálisis es fundamental para los pacientes con insuficiencia renal crónica, pero también supone un impacto significativo en su bienestar emocional. La ansiedad es una afección frecuente en esta población, ya que el proceso de hemodiálisis puede generar estrés y afectar su calidad de vida. No obstante, la falta de estudios detallados sobre su prevalencia dificulta la implementación de estrategias efectivas para su manejo.

Este estudio busca identificar la prevalencia de ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el período de enero a marzo de 2025. Los resultados proporcionarán información valiosa para optimizar el apoyo psicológico y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

VII. Marco Teórico.

1. Definición de ansiedad.

La ansiedad es una respuesta de nuestro cuerpo, la cual se activa ante la percepción de una amenaza, ante determinadas situaciones. Frente a las diferentes circunstancias que generan ansiedad, la respuesta emocional que se despierta será distinta en función del estímulo que la provoque y se encontrará vinculada a sentimientos de miedo, nervios, preocupación y/o inquietud, y cambios físicos como aumento de la presión arterial. (Thomen, 2024)

Sufrir ansiedad en nuestra sociedad es una respuesta natural muy frecuente de nuestro organismo, debido a la rapidez cotidiana a la que estamos sometidos. No obstante, esta respuesta natural y transitoria de nuestro cuerpo puede prolongarse y convertirse en un trastorno psiquiátrico. (Thomen, 2024)

Cuando el ser humano percibe un estímulo nocivo, las glándulas suprarrenales comienzan a liberar adrenalina. Esta es una hormona que incrementa la frecuencia cardíaca, contrae los vasos sanguíneos, dilata las vías aéreas y participa en la respuesta de lucha o huida, mediada por los mecanismos del sistema nervioso simpático (SNC). La vida media plasmática de la adrenalina es 2-3 minutos, así que genera en el ser humano emociones muy cortas pero intensas. (PSICOBAL, 2021)

Por otro lado, el cortisol es la hormona del estrés y ansiedad por excelencia. Aunque su vida media es de unos 60-90 minutos, su secreción puede continuar en el tiempo en los cuadros de ansiedad una vez el agente causal ha desaparecido. El cortisol suprime la acción del sistema inmunitario, promueve la metabolización de los compuestos almacenados en el cuerpo, incrementa los niveles de glucosa en sangre y permite la homeostasis corporal. En resumen, el cortisol moviliza los recursos a lo más importante en el momento de estrés, que es obtener energía y mantener el tono muscular para responder a los peligros. (PSICOBAL, 2021)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ansiedad es una reacción normal ante situaciones estresantes, pero cuando esta respuesta se vuelve crónica o abrumadora, puede

tener un impacto negativo en la salud mental y el bienestar. La OMS reconoce la ansiedad como un trastorno mental que puede afectar a personas de todas las edades y contextos. (García) (Juan, 2024)

La ansiedad no es una patología, pero el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) sí lo es. La ansiedad es una respuesta adaptativa natural, pero si se mantiene en el tiempo, se transforma en una enfermedad diagnosticable. El trastorno de ansiedad generalizada se comprende dentro del grupo los trastornos de ansiedad o *anxiety disorders*, en los que se incluyen también el trastorno de pánico y varios grupos de fobias. (PSICOBAl, 2021)

1.1. Parámetros para el diagnóstico

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), publicado por la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) en el año 2013, el TAG se puede diagnosticar con base en una serie de parámetros.

Una preocupación excesiva que se presenta todos (o casi todos) los días durante un período de al menos 6 meses. Estas preocupaciones están fundamentadas en eventos y actividades rutinarias del paciente.

- El paciente ve muy difícil controlar la sintomatología.
- Se asocia al menos a 3 de los 6 síntomas que veremos posteriormente al cuadro sostenido de ansiedad.
- La ansiedad no se explica por otro trastorno mental subyacente.
- Los síntomas generan estrés físico y mental en el paciente, impidiendo que funcione a nivel social.
- La ansiedad no se puede explicar por los efectos de una sustancia química o una condición médica metabólica (como el hipertiroidismo).

Todos estos criterios diagnósticos están estandarizados en la práctica clínica. Por ello, un trastorno de ansiedad generalizada se considera una patología, mientras que la ansiedad esporádica no lo es. (PSICOBAl, 2021)

Los trastornos de ansiedad incluyen trastornos que comparten características de miedo y ansiedades excesivas y trastornos conductuales relacionados. El miedo es la respuesta emocional

a una amenaza inminente real o percibida, mientras que la ansiedad es la anticipación de una amenaza futura. Obviamente, estos dos estados se superponen, pero también difieren, con el miedo más a menudo asociado con oleadas de excitación autónoma necesaria para luchar o huir, pensamientos de peligro inmediato y comportamientos de escape, y ansiedad más a menudo asociada con tensión muscular y vigilancia en preparación para peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se reduce por conductas de evitación generalizadas. (APA, 2022)

2. Tipos de Trastornos:

El DSM-5 TR. (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, revisión de texto) clasifica y define los principales tipos de trastornos de ansiedad.

2.1.1. Trastorno de ansiedad por separación (F93.0).

Criterios de diagnóstico

(A). Miedo o ansiedad excesivos e inapropiados para el desarrollo con respecto a la separación de aquellos a quienes el individuo está apegado. como lo demuestran al menos tres de los siguientes: 1. Angustia excesiva recurrente al anticipar o experimentar la separación del hogar o de las principales figuras de apego. 2. Preocupación persistente y excesiva por la pérdida de figuras de apego importantes o por posibles daños a estas, como enfermedades, lesiones, desastres o la muerte 3. Preocupación persistente y excesiva por experimentar un evento adverso (p. ej., perderse, ser secuestrado, tener un accidente, enfermarse) que provoca la separación de una figura de apego importante 4. Renuencia persistente o negativa a salir, lejos del hogar, a la escuela, al trabajo o cualquier otro lugar por temor a la separación. 5. Miedo persistente y excesivo o renuencia a estar solo o sin figuras de apego importantes en el hogar o en otros entornos 6. Renuencia persistente o negativa a dormir fuera de casa o irse a dormir sin estar cerca de una figura de apego importante 7. Pesadillas repetidas que involucran el tema de la separación. 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolores de cabeza, dolores de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce Se prevé la separación de las principales figuras de apego (B). El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes y duran al menos 4 semanas en niños y adolescentes y, por lo general, 6 meses o más en adultos. (C.) la alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento. (D). La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como negarse a salir de casa debido a una

resistencia excesiva al cambio en el trastorno del espectro autista; delirios o alucinaciones relativas a la separación en trastornos psicóticos; negativa a salir sin un compañero de confianza en la agorafobia; preocupaciones sobre la mala salud u otros daños que puedan ocurrir a otras personas significativas en el trastorno de ansiedad generalizada; o inquietudes acerca de tener una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es el miedo O la ansiedad excesivos con respecto a las separaciones del hogar o de las figuras de apego.

2.1.2. Mutismo selectivo (F94.0)

Criterios de diagnóstico

(A). Incapacidad constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe la expectativa de hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hablar en otras situaciones (B.) La perturbación interfiere con la educación o el trabajo logro o con la comunicación social. (C.) La duración de la perturbación es de al menos 1 mes (no limitado al primer mes de clases). (D.) La incapacidad para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento O comodidad con el idioma hablado requerido en la situación social. (E.) El trastorno no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p ej., trastorno de la fluidez de inicio en la infancia) y no ocurre exclusivamente durante el curso del trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Las características asociadas del mutismo selectivo pueden incluir timidez excesiva, miedo a la vergüenza social, aislamiento social y retraimiento, apego rasgos compulsivos, negativismo, berrinches o comportamiento de oposición leve.

2.1.3. Desorden de ansiedad social (F40.10)

Criterios de diagnóstico

(A). Miedo o ansiedad marcados por una o más situaciones sociales en las que El individuo está expuesto al posible escrutinio de los demás los ejemplos incluyen interacciones sociales (p. ej., tener una conversación conocer gente desconocida), ser observado (p. ej., comer o beber) y actuar frente a otros (p. ej., dar un discurso). Nota: en los niños, la ansiedad debe ocurrir en entornos de pares y no solo durante las interacciones con adultos. (B.) El individuo teme que él o ella actuará de una manera o mostrará síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente (es decir, será humillante o vergonzoso; conducirá al rechazo u ofenderá a otros). (C.) Las

situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad pueden expresarse mediante el llanto, las rabietas, congelarse, aferrarse, encogerse o no poder hablar en situaciones sociales (D.) Las situaciones sociales se evitan o se soportan con miedo intenso o ansiedad. (E.) El miedo o la ansiedad no guardan proporción con la amenaza real que plantea la situación social y el contexto sociocultural. (F.) El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, por lo general duraderos durante 9 meses o más. (G.) El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento. (H.) El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica. (I) El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de Trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o el trastorno del espectro autista. (J.) Si hay otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración por quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación claramente no están relacionados o son excesivos. Especifique si: Solo actuación: si el miedo se limita a hablar o actuar en público. La característica esencial del trastorno de ansiedad social es un miedo o una ansiedad marcados O intensos ante las situaciones sociales en las que el individuo puede ser examinado por otros. (APA, 2022)

2.1.4. Trastorno de pánico (F41.0)

Criterios de diagnóstico

(A). Ataques de pánico inesperados y recurrentes. Un ataque de pánico es una oleada abrupta de miedo intenso o incomodidad intensa que alcanza su punto máximo en cuestión de minutos y durante el cual se presentan cuatro (o más) de los siguientes síntomas: Nota: la oleada abrupta puede ocurrir a partir de un estado de calma o de ansiedad I. Palpitaciones, palpitaciones o frecuencia cardíaca acelerada 2. Sudoración. 3 temblores o temblores. 4. Sensaciones de dificultad para respirar o asfixia. 5. Sensación de ahogo 6. Dolor o malestar en el pecho 7. Náuseas o molestias abdominales. 8 sentirse mareado, inestable, aturdido o débil. 9. Escalofríos o sensaciones de calor. 10. Parestesias (sensaciones de entumecimiento u hormigueo) 11. Desrealización (sentimientos de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo). 12. Miedo a perder el control o a "volverse loco". 13. Miedo a morir.

Nota: Es posible que se observen síntomas específicos de la cultura (p. ej, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos llantos incontrolables). Dichos síntomas no deben contar como uno de los cuatro síntomas requeridos. Al menos uno de los ataques ha sido seguido por 1 mes (0 más) de uno o ambos de los siguientes: 1. preocupación persistente o preocupación por ataques de pánico adicionales o sus consecuencias (p. perder el control, tener un ataque al corazón, "volverse loco"). 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos diseñados para evitar ataques de pánico, cómo evitar el ejercicio o situaciones desconocidas). (C.) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. una droga de abuso, un medicamento u otra afección médica (hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares). (p.ej, (D.) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicos circunscritos, como en la fobia específica; en respuesta a las obsesiones, como en el trastorno obsesivo compulsivo; en respuesta a los recordatorios de situaciones traumáticas eventos, como en el trastorno de estrés postraumático; O en respuesta a la separación de las figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación.

2.1.5. Agorafobia (F40.00)

Criterios de diagnóstico

(A). Miedo o ansiedad marcados por dos (o más) de las siguientes cinco situaciones 1. Usar el transporte público (p. ej., automóviles, autobuses. trenes, barcos, aviones). 2. Estar en espacios abiertos (p. ej., estacionamientos, mercados. puentes). 3. Estar en lugares cerrados (por ejemplo, tiendas, teatros, cines) 4. Hacer fila o estar en una multitud. 5. Estar solo fuera de casa. (B.) El individuo teme o evita estas situaciones debido a pensamientos de que escapar podría ser difícil o que la ayuda podría no estar disponible en caso de desarrollar síntomas parecidos al pánico u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos (p. ej., miedo a caerse en los ancianos; miedo a incontinencia). (C.) Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad. (D.) Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de acompañante O se soportan con miedo ansiedad intensos. El miedo o la ansiedad no guardan proporción con el peligro real que representan las situaciones agorafóbicas y con el contexto sociocultural (F.) El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, por lo general duraderos durante 6 meses o más. (G.) El

miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento. (H). Si hay otra afección médica (p. ej., enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación son claramente excesivos. (I) El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a una fobia específica, de tipo situacional; no involucran solo situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están relacionados exclusivamente con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o fallas percibidos en la apariencia física (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdos de eventos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) miedo a la separación (como en trastorno de ansiedad por separación).

Nota: La agorafobia se diagnostica independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación de un individuo cumple con los criterios de trastorno de pánico y agorafobia, se deben asignar ambos diagnósticos.

2.1.6 Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

Criterios de diagnóstico

(A). Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que ocurren la mayoría de los días durante al menos 6 meses, sobre una serie de eventos o actividades (como el trabajo o el desempeño escolar). (B) El individuo le resulta difícil controlar la preocupación (C.) La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (con al menos algunos síntomas que han estado presentes durante más días de los últimos 6 meses): Nota: solo se requiere un ítem en niños. 1. inquietud o sensación de nerviosismo o nerviosismo 2. Cansarse fácilmente. 3. Dificultad para concentrarse o la mente se queda en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Alteración del sueño (dificultad para conciliar permanecer dormido, o sueño inquieto e insatisfactorio). (D). La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (E.) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo). (F.) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación por tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, evaluación negativa en el trastorno de ansiedad social, contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras

de apego en la ansiedad por separación) recordatorios de eventos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, quejas físicas en el trastorno de síntomas somáticos, defectos de apariencia percibidos en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, O el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o desorden delirante.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectativa aprensiva) acerca de una serie de eventos o actividades. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad y la preocupación no guarda proporción con la probabilidad real o el impacto del evento anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación y evitar que los pensamientos preocupantes interfieran con la atención a las tareas que tiene entre manos. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan por las circunstancias de la vida cotidiana y rutinaria, como las posibles responsabilidades laborales, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la desgracia de sus hijos o asuntos menores.

2.1.7. Trastorno de ansiedad debido a otro médico Condición (F06.4)

Criterios de diagnóstico

(A). Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico (B.) Hay evidencia a partir de la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica (C.) La perturbación no se explica mejor por otro trastorno. (D.) La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio (E.) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

La característica esencial del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica es la ansiedad clínicamente significativa que se considera que se explica mejor como un efecto fisiológico de otra afección médica. Los síntomas pueden incluir síntomas de ansiedad prominentes o ataques de pánico (Criterio A). El juicio de que los síntomas se explican mejor por la condición física asociada debe basarse en la evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio (Criterio B). Además, debe juzgarse que los síntomas no se explican mejor

por otro trastorno mental Criterio C), en particular el trastorno de adaptación con ansiedad, en el que el factor estresante es la afección médica. (APA, 2022)

Cada trastorno de ansiedad en el DSM-5 tiene criterios diagnósticos específicos que deben cumplirse, como la duración de los síntomas, su impacto en la vida diaria y la exclusión de otras posibles causas médicas o psicológicas.

3 Teorías y Conceptualizaciones Asumidas

2.1.2. Según Freud.

Según Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, dice que el Yo está justo en el centro de grandes fuerzas; la realidad, la sociedad, está representada por el Superyó; la biología está representada por el Ello. (Freud)

Estas dos instancias establecen un conflicto sobre el pobre Yo, es comprensible que uno se sienta amenazado, abrumado y en una situación que parece que se le va a caer el cielo encima. Este sentimiento es llamado ansiedad y se considera como una señal del Yo que traduce sobrevivencia y cuando concierne a todo el cuerpo se considera como una señal de que el mismo está en peligro. (Freud)

2.1.3. Tipos de ansiedad según Freud.

Freud habló de tres tipos de ansiedades: la primera es la ansiedad de realidad, la cual puede llamarse en términos coloquiales como miedo. De hecho, Freud habló específicamente de la palabra miedo, pero sus traductores consideraron la palabra como muy mundana. Podríamos entonces decir que, si uno está en un pozo lleno de serpientes venenosas, uno experimentará una ansiedad de realidad.

La segunda es la ansiedad moral y se refiere a lo que sentimos cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del mundo social interiorizado del Superyó. Es otra terminología para hablar de la culpa, vergüenza y el miedo al castigo.

La última es la ansiedad neurótica. Esta consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello. Si en alguna ocasión usted ha sentido como si fuésemos a perder el control, su raciocinio o incluso su mente, está experimentando este tipo de ansiedad. “Neurótico” es la traducción literal del latín que significa nervioso, por tanto, podríamos llamar a este tipo de

ansiedad, ansiedad nerviosa. Es este el tipo de ansiedad que más interesó a Freud y nosotros le llamamos simple y llanamente ansiedad. (Freud)

3.1.3. Según Spielberger.

Por su parte, Spielberger (1966, 1972, 1989) considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo. (Francis Ries, 2012)

La ansiedad-estado, según Spielberger, es un "estado emocional" inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo. Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad. Los niveles altos de ansiedad-estado son apreciados como intensamente molestos; por tanto, si una persona no puede evitar el estrés que se los causa, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentarse a la situación amenazante. Si la persona se ve inundada por la ansiedad-estado puede iniciar un proceso defensivo para reducir el estado emocional irritante. Los mecanismos de defensa influyen en el proceso psicofisiológico de tal manera, que se modifica o distorsiona la percepción o valoración de la situación. De esta forma y en la medida en que los mecanismos de defensa tengan éxito, las circunstancias se verán como menos amenazantes y se producirá una reducción del estado de ansiedad. Asimismo, y de forma general, los sujetos con altos valores de ansiedad-rasgo perciben las situaciones y contextos evaluativos como más amenazantes que aquellos otros que presentan menores niveles de ansiedad-rasgo.

La interacción entre ambos tipos de ansiedad explica por qué la ansiedad-estado puede variar, tanto entre individuos (la característica de ansiedad puede ser diferente ante la misma situación), como individualmente (la misma persona experimenta ansiedad en una situación, pero no en otra). En cuanto a la ansiedad-rasgo, habría que suponer que individualmente varía poco, y,

debido a su influencia, las diferencias de ansiedad-estado entre individuos deberían mantenerse ampliamente estables (consistencia relativa). Finalmente, Hackfort y Spielberg (1989) postulan que, en caso de ansiedad-rasgo elevada, se produce un más rápido aumento de la ansiedad-estado. (Francis Ries, 2012)

En conclusión, la ansiedad puede manifestarse como una respuesta temporal a situaciones específicas (ansiedad estado) o como una predisposición constante (ansiedad rasgo). Freud identifica diferentes tipos de ansiedad, como la de realidad, moral y neurótica, mientras que Spielberger diferencia entre ambos tipos de ansiedad, resaltando que la ansiedad-estado varía según el contexto, mientras que la ansiedad-rasgo es más estable. Ambas interaccionan, y su comprensión es esencial para abordar cómo los individuos perciben y enfrentan el estrés.

4. Insuficiencia Renal Crónica. (IRC)

Desde un punto de vista clínico, existen diversos factores que influyen poderosamente en la progresión de las enfermedades renales. Se reconocen como causas más frecuentes de la insuficiencia renal crónica: la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las glomerulopatías y las enfermedades obstructivas renales. (González Y. H., 2024)

a) Definición.

Por tanto, la insuficiencia renal crónica (IRC), también denominada enfermedad renal crónica (ERC), es una enfermedad caracterizada por la pérdida lenta y continua de la función renal, hecho que provoca, entre otros cambios, la acumulación progresiva de toxinas y residuos metabólicos en la sangre. Actualmente, la ERC es un problema de salud pública mundial, debido a su incidencia cada vez más elevada en la población. (Pinheiro, 2024)

b) Factores de riesgo

Algunos de los factores que pueden aumentar el riesgo de enfermedad renal crónica son la diabetes, la presión arterial alta, enfermedades del corazón, el tabaquismo y la obesidad. Dependiendo de la causa subyacente, algunos tipos de enfermedad de los riñones pueden ser tratados. La enfermedad renal crónica no tiene cura, pero en general, el tratamiento consiste en

medidas para ayudar a controlar los síntomas, reducir las complicaciones y retrasar la progresión de la enfermedad.

c) Síntomas.

Los síntomas de ERC son muy variados y pocas veces claros. Algunos pacientes no muestran síntomas por mucho tiempo. Produce lesiones graves antes de que la persona sospeche que está enferma. La mayoría son de índole general:

- Debilidad.
- Irritabilidad.
- Dolor de cabeza.
- Orinar constantemente durante la noche.
- Mareos.
- Náuseas, vómitos.
- Picazón.
- Hinchazón en el cuerpo.
- Falta de aire.
- Pérdida del apetito.
- Fatiga, lentitud.
- Calambres.

Con el avance de la enfermedad, la piel se vuelve de color terroso, seca y con tendencia a descamarse, con manchas y aumento de la presión arterial, aliento con olor a orina, dificultad para respirar, mucho sueño durante el día y dificultad para dormir durante la noche (Sellarés, Martín Conde, 2002). (González Y. H., 2024)

Resulta innegable que la afección mantenida de la función renal y la inminente pérdida de un riñón o de ambos provoca en las personas portadoras de este trastorno diversas limitaciones en su vida personal, laboral, familiar y social.

d) Función de los riñones

Los riñones son órganos complejos, responsables de múltiples funciones en nuestro organismo. Entre los principales, podemos mencionar:

- Eliminación de toxinas.
- Eliminación de sustancias inútiles o en exceso en el torrente sanguíneo.
- Control de los niveles de electrolitos (sales minerales) de la sangre.
- Control del nivel del agua corporal.
- Control del pH de la sangre.
- Producción de hormonas que controlan la presión arterial.
- Producción de vitamina D.
- Producción de hormonas que estimulan la producción de glóbulos rojos por la médula ósea.

El paciente con insuficiencia renal crónica presenta deficiencias en cada una de estas funciones, que le lleva a tener serios problemas de salud en las etapas avanzadas de la enfermedad.

Como la instalación de la enfermedad renal crónica es generalmente lenta, nuestro cuerpo tiene tiempo para ir adaptándose a este mal funcionamiento de los riñones, haciendo que no tengamos signos o síntomas hasta las etapas muy tardías de la enfermedad. La característica principal de la ERC es ser una enfermedad silenciosa. (Pinheiro, 2024)

Muchas personas piensan que pueden identificar un riñón enfermo por el dolor o por la disminución del volumen de orina. Nada más falso. El riñón presenta poca inervación para el dolor y duele solamente cuando se inflama o dilata. Como en la mayoría de los casos de insuficiencia renal crónica nada de eso ocurre, el paciente puede muy bien descubrir que necesita de diálisis o

hemodiálisis sin siquiera haber sentido un único dolor renal en la vida. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, incluso en fases bien avanzadas de la enfermedad, la insuficiencia renal crónica no causa ningún síntoma o signo. (Pinheiro, 2024)

e) Según la OPS

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1 de cada 10 personas tiene alteraciones irreversibles en su función renal, lo que se conoce como Enfermedad Renal Crónica (ERC), patología cuyo número de pacientes incrementa año tras año. De hecho, según estimaciones de la organización (World Kidney Day), será la quinta causa de muerte en 2040. (Rico, 2023)

Como no hay síntomas hasta fases avanzadas de la enfermedad la insuficiencia renal crónica se suele detectar con análisis de sangre, mediante la medición de urea y creatinina. Los análisis de urea y creatinina en la sangre nos dan información sobre la función renal, mientras que los análisis de orina, las pruebas de imagen y la biopsia renal nos proporcionan datos importantes sobre las alteraciones estructurales del tejido renal que, cuando están presentes durante más de tres meses, también son suficientes para clasificar al paciente como enfermo de insuficiencia renal crónica. (Pinheiro, 2024)

f) Enfermedades relacionadas.

Varias enfermedades pueden atacar a los riñones y llevar a la pérdida permanente de su función. Algunos de los factores que pueden aumentar el riesgo de enfermedad renal crónica son la diabetes, la presión arterial alta, enfermedades del corazón, el tabaquismo y la obesidad. Dependiendo de la causa subyacente, algunos tipos de enfermedad de los riñones pueden ser tratados. La enfermedad renal crónica no tiene cura, pero en general, el tratamiento consiste en medidas para ayudar a controlar los síntomas, reducir las complicaciones y retrasar la progresión de la enfermedad. (Pinheiro, 2024)

5. Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con enfermedad renal crónica.

En el mundo desarrollado las enfermedades crónicas son la causa más importante de morbi-mortalidad. Muchas de esas enfermedades pueden tratarse, pero no curarse de modo que los

diversos agentes sanitarios deben enfocar su atención no solo en los resultados objetivos, tales como tasas de mortalidad, resultados de laboratorio, etc., sino también en lo que los pacientes dicen sobre su estado funcional (físico, mental y social) y sobre el impacto que la enfermedad, o los cuidados sanitarios, tienen sobre su bienestar y sobre otros aspectos de su calidad de vida. (Álvarez, 2008)

a) Alteraciones mentales en pacientes con ERC

Un análisis más detallado de las alteraciones mentales de los pacientes con ERC muestra que:

- Existe una asociación entre niveles altos de ansiedad y niveles bajos de sensación de coherencia con una disminución del bienestar que, a su vez, influye en la capacidad funcional para actividades de la vida diaria.
- La afectación psicológica debida a los síntomas aumenta a medida que empeora el FG.
- Existe un alto nivel de correlación entre percepción de enfermedad, depresión y satisfacción con la vida, de modo que aquellos pacientes que perciben una disminución de su capacidad funcional parecen responder con pensamientos negativos acerca de la enfermedad y un estado de ánimo depresivo.
- La afectación de las dimensiones mentales es mayor en varones, jóvenes, divorciados, desempleados, fumadores, obesos, que toman más medicación y tienen mayor comorbilidad.
- La afectación de las dimensiones mentales se asocia negativamente a los niveles de albúmina y hemoglobina. (Álvarez, 2008)

b) Enfermedad Renal Crónica: Impacto emocional en pacientes.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) está estrechamente vinculada con el estado emocional de los pacientes que la padecen. Las personas con ERC a menudo experimentan una amplia gama de emociones, que van desde la ansiedad y la depresión hasta la frustración y el miedo.

Los resultados del desarrollo de ciencia y la técnica en la Sociedad de la Información y la Comunicación alcanzan las más disímiles esferas de la actividad humana. Se destaca, por el compromiso intrínseco con la sociedad y por la propia sensibilidad que esta entraña, la esfera de la salud humana. (Gonzáles Y. H., 2011)

En el área de la salud, hoy se incluyen desde los interesantes estudios del genoma humano y la fertilización artificial hasta la creación de órganos y tejidos sustitutivos con el objetivo de prolongar la vida humana y propiciar una mejor calidad de la misma.

En los casos de enfermedades todavía incurables, la medicina ha ido estructurando alternativas terapéuticas que aumentan la esperanza de vida de la persona que padece una enfermedad y le ayudan a alcanzar mayor bienestar.

c) Relación salud-enfermedad

El análisis de la relación salud- enfermedad y la propia concepción de salud ha ido evolucionando en las últimas décadas hacia un enfoque mucho más integral en el que el bienestar psicológico es un componente fundamental del estado de salud que de manera particular adquiere gran relevancia en las enfermedades crónicas. (Gonzáles Y. H., 2011)

Estos criterios se inscriben en las dimensiones de la Psicología de la Salud, ya que la mayoría de los autores, al igual que Oblitas Guadalupe, y cols. (2006) consideran que en la atención a las personas con enfermedades crónicas no siempre se le da la prioridad necesaria a los correlatos de la enfermedad con los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología como en su evolución a lo largo del tiempo. (Gonzáles Y. H., 2011)

Mucho se ha avanzado en el tratamiento de enfermedades como hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, diabetes, SIDA, intestino irritable, cefaleas, entre otros. Sin embargo, quedan diversidad de incógnitas en relación a la implicación de los procesos psíquicos y las características de la personalidad en la aparición, curso y pronóstico de las enfermedades.

En esta dirección predomina el estudio de aspectos como la preparación psicológica del paciente para la disminución de los estados emocionales negativos que acompañan a la enfermedad (la ansiedad, la depresión, la ira, la hostilidad, entre otros) (Gonzáles Y. H., 2011)

- El manejo efectivo de las variables de apoyo psicosocial.
- El desarrollo de autoeficacia, autoestima y asertividad.
- Y un sinnúmero de variables psicológicas que se ven afectadas en la situación de enfermedad y que retroalimentan negativamente el estado de salud del paciente.

d) Impacto e Intervención Psicológica.

El impacto psicológico que genera una enfermedad crónica en el ciclo vital de los pacientes, y en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación con el futuro.

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente con una enfermedad crónica, a nivel cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual, contribuye para un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación más rápida, con la finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita. Sin embargo, ello supone estudios acerca del componente psicológico de estas enfermedades, que deberán trascender del nivel descriptivo al explicativo. (González Y. H., 2011)

De acuerdo al estado de este problema científico y sin negar los avances en la Psicología de la Salud, aún existen enfermedades crónicas en las que el desarrollo de las investigaciones en el área de la Psicología de la Salud se encuentra menos avanzado, como es el caso de la Enfermedad Renal Crónica.

De análisis anterior se desprende la importancia de comparar las características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica en su relación con la evolución de la enfermedad en los estadios tres, cuatro y cinco. (González Y. H., 2011)

e) La enfermedad renal impacta en el bienestar psicológico y la calidad de vida de quienes viven con ella.

Este documento surge tras una encuesta realizada a pacientes de servicios renales en enero de 2022 por *Kidney Research UK*, cuyos datos revelaban que el 67% había experimentado

síntomas de depresión, el 27% había considerado autolesionarse o suicidarse y el 36% sentía que no había podido cuidar completamente su salud física debido a sus problemas de salud mental, sin que se ofreciera apoyo para ellos, de acuerdo con el 68% de los encuestados. (Katemangostar, 2023)

Tal y como advierten los autores del informe, *la enfermedad renal puede afectar las relaciones de las personas, su vida social, su educación, su trabajo, su sentido de identidad y sus esperanzas para el futuro*. Por lo tanto, manifiestan, *“es comprensible, e incluso esperable, que una condición con efectos de tan amplio alcance, pueda tener también un impacto en la salud emocional, el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas”*. Asimismo, estos efectos pueden extenderse a las personas que están más involucradas en su cuidado.

Síntomas asociados.

La carga síntomas asociados con la enfermedad renal constituye uno de los predictores más fuertes de una calidad de vida reducida entre las personas que viven con esta enfermedad y también puede tener un impacto significativo en la capacidad de las personas para realizar actividades cotidianas y controlar su propia salud. Los síntomas más comúnmente reportados son fatiga o falta de energía, somnolencia, dolor, picazón y piel seca, y pueden presentarse de forma combinada o junto a síntomas de otras condiciones de salud.

f) La evidencia señala la asociación entre enfermedad renal y problemas de salud mental (principalmente, ansiedad y depresión)

Por otro lado, la evidencia señala la asociación entre la mala salud mental y la enfermedad renal; aunque los mecanismos que sustentan esta relación no se comprenden bien y necesitan más investigación, si queda clara su complejidad.

Según el documento, las personas que viven con enfermedad renal tienen muchas más probabilidades de sufrir depresión que la población general, asociándose ésta con una peor calidad de vida, mayor carga de síntomas, menor adherencia al tratamiento, una progresión más rápida de la enfermedad y una alta mortalidad. La prevalencia varía según la etapa de enfermedad en la que se encuentra la persona, la percepción que tiene de la misma, el tratamiento que recibe y una amplia variedad de factores psicológicos y sociales. (Katemangostar, 2023)

La ansiedad también es más frecuente entre las personas que viven con enfermedad renal que en la población general, asociándose con peor calidad de vida, falta de adherencia al tratamiento médico y peores resultados de salud. Según algunos estudios, hay una serie de factores de riesgo para niveles más altos de ansiedad entre las personas con enfermedad renal, entre ellos, la depresión, los niveles más bajos de hormona paratiroidea, otras afecciones médicas, estancias más prolongadas en el hospital o una menor calidad de vida percibida, entre otras.

Si bien quienes viven con una enfermedad renal corren el riesgo de presentar más problemas psicológicos y sociales que la población en general, hay algunos grupos de mayor riesgo (por ej., personas que reciben hemodiálisis o que inician diálisis repentinamente y sin preparación, ser mujer, vivir en situación de privación social, adultos mayores, personas de comunidades racializadas, aquellas con problemas de salud mental, las que viven con múltiples condiciones de salud física a largo plazo, etc.). Estos grupos a menudo están peor atendidos por los servicios renales, pueden verse afectados por otros problemas de salud a largo plazo y enfrentar diversas barreras para acceder a la atención médica.

g) Psicología aplicada a Nefrología.

La psicología aplicada a la nefrología se encarga de la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, específicamente aquel bajo tratamiento de hemodiálisis, que presenta en su diagnóstico y tratamiento factores emocionales que permean, agravan o causan mayores dificultades en su vida (Bingaman, 1980). (González Y. H., 2024)

h) Intervención psicológica en el paciente renal.

La evidencia señala que la intervención psicológica desempeña un papel relevante en la mejora de los problemas psicológicos asociados con las enfermedades médicas, así como en la calidad de vida del paciente y en su adherencia al tratamiento médico.

En el área de la nefrología, la literatura señala la importancia de las variables psicológicas en el curso de la enfermedad; sin embargo, aún existen lagunas en el conocimiento derivadas de la escasez de estudios que examinen el papel de las intervenciones psicológicas en pacientes con ERC. Pascoe, Thompson, Castle, McEvedy y Ski (2017) realizaron una revisión sistemática con la finalidad de evaluar los efectos de las intervenciones psicosociales en la sintomatología ansiosa

y depresiva, así como en la calidad de vida de los pacientes con ERC, hallando que dichas intervenciones tienen un efecto moderado en la reducción de la ansiedad y la depresión y en el incremento de la calidad de vida. (Arredondo-Pantaleón, 2018)

Por lo anterior, es que se considera necesario reconocer la psiconefrología como una disciplina, como una rama de la psicología de la salud que utiliza los conocimientos y técnicas psicológicas en el estudio e intervención de los pacientes con ERC y de sus familias, así como del personal sanitario que los atiende, ocupándose de los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales. (Arredondo-Pantaleón, 2018)

En conclusión, la insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad de gran impacto clínico, social y psicológico que representa un desafío importante para la salud pública a nivel mundial. Su progresión silenciosa y su diagnóstico tardío dificultan la intervención temprana, lo que acentúa sus efectos negativos en la calidad de vida de los pacientes. Además de los factores médicos, los aspectos emocionales y psicológicos juegan un papel fundamental en el manejo integral de la enfermedad, especialmente en quienes requieren tratamientos como la hemodiálisis.

6. Hemodiálisis.

a) Definición.

La hemodiálisis es un tratamiento de sustitución de la función renal que consiste en filtrar la sangre periódicamente. Durante este proceso, la sangre se extrae del organismo y se la hace circular por el dializador, o filtro, donde se eliminan las toxinas acumuladas y el exceso de líquidos. Después se devuelve la sangre limpia al organismo. (ClinicBarcelona, 2024)

El paciente debe realizar hemodiálisis tres días a la semana en días alternos durante sesiones de entre cuatro o cinco horas. En algunos casos, puede ser necesario aumentar la frecuencia o la duración de las sesiones de hemodiálisis.

b) Procedimiento.

Para realizar hemodiálisis se necesita un acceso vascular que permita la circulación de un gran flujo de sangre hacia el dializador o filtro. Este acceso puede ser una fístula arteriovenosa, también llamada FAVI, o un catéter vascular. (ClinicBarcelona, 2024)

Las venas, por su estrechez, no se pueden utilizar para hacer hemodiálisis porque no permiten obtener un flujo lo suficientemente alto. Por este motivo, se realiza una fístula arteriovenosa, que consiste en unir mediante una intervención quirúrgica, realizada en la mayoría de los casos de manera ambulatoria y con anestesia local, una arteria con una vena cercana. La fuerza de la sangre que circula por la arteria y pasa a la vena va a permitir que la vena se agrande y pueda, así, obtenerse un flujo necesario para realizar la diálisis. Al cabo de 4-6 semanas, la vena estará suficientemente dilatada para poder realizar las punciones repetidas que son necesarias para las sesiones de hemodiálisis. (ClinicBarcelona, 2024)

En algunas ocasiones, la unión entre la arteria y la vena se realiza mediante interposición de un fragmento de prótesis, lo que se conoce como fístula arteriovenosa protésica. (ClinicBarcelona, 2024)

El catéter vascular es un acceso que consiste en colocar un tubo en una vena gruesa del organismo a nivel del cuello o del muslo. Normalmente, el catéter es un acceso vascular provisional porque tiene el riesgo de infectarse, pero puede ser definitivo cuando no es posible conseguir una fístula arteriovenosa adecuada. Al igual que la fístula, se realiza habitualmente con anestesia local y no requiere ingreso hospitalario. (ClinicBarcelona, 2024)

Aunque la hemodiálisis es un tratamiento esencial para pacientes con insuficiencia renal crónica, puede conllevar algunos riesgos y complicaciones. (Clinic, 2023)

La mayoría de las personas que requieren hemodiálisis tienen diversos problemas de salud. La hemodiálisis prolonga la vida de muchas personas, pero la expectativa de vida de quienes la necesitan sigue siendo menor que la de la población general.

c) Afecciones relacionadas.

Si bien el tratamiento con hemodiálisis puede ser eficiente para reemplazar algunas de las funciones del riñón que se perdieron, es posible que se tenga algunas afecciones relacionadas, aunque no todas las personas presentan todos estos problemas, la mayoría presente más de alguna:

Presión arterial baja (hipotensión). La disminución de la presión arterial es un efecto secundario frecuente de la hemodiálisis. La presión arterial baja puede estar acompañada de falta de aire, calambres abdominales y musculares, náuseas o vómitos.

Calambres musculares. Si bien la causa no está clara, los calambres musculares durante la hemodiálisis ocurren con frecuencia. A veces, los calambres pueden aliviarse al modificar la receta médica de la hemodiálisis. Adaptar la administración de líquidos y sodio entre tratamientos de hemodiálisis también puede ayudar a prevenir los síntomas durante los tratamientos.

Picazón. Muchas personas que se someten a hemodiálisis tienen picazón en la piel, que a menudo empeora durante el procedimiento o inmediatamente después.

Problemas de sueño. Las personas tratadas con hemodiálisis suelen tener problemas para dormir, a veces a causa de interrupciones en la respiración mientras duermen (apnea del sueño), o bien porque sienten dolor o incomodidad en las piernas, o las piernas inquietas.

Anemia. No tener cantidad suficiente de glóbulos rojos en la sangre (anemia) es una complicación frecuente de la insuficiencia renal y la hemodiálisis. Los riñones que presentan insuficiencia reducen la producción de una hormona denominada eritropoyetina, que estimula la formación de glóbulos rojos. Las restricciones en la dieta, la absorción deficiente de hierro, los análisis de sangre frecuentes o la extracción de hierro y vitaminas mediante hemodiálisis también pueden contribuir a la anemia.

Enfermedades óseas. Si los riñones dañados ya no pueden procesar la vitamina D, que ayuda a absorber el calcio, los huesos pueden debilitarse. Además, la producción excesiva de la hormona paratiroidea, una complicación frecuente de la insuficiencia renal, puede liberar el calcio de los huesos. La hemodiálisis puede empeorar estas afecciones al eliminar demasiado o muy poco calcio.

Presión arterial alta (hipertensión). Si consumes demasiada cantidad de sal o bebes demasiada cantidad de líquidos, es probable que empeore la presión arterial alta y que esto derive en problemas cardíacos o accidentes cerebrovasculares.

Exceso de líquidos. Dado que se elimina líquido del cuerpo durante la hemodiálisis, beber más cantidad de líquidos que la recomendada entre tratamientos de hemodiálisis puede provocar complicaciones que ponen en riesgo la vida, como insuficiencia cardíaca o acumulación de líquido en los pulmones (edema pulmonar).

Inflamación de la membrana que rodea el corazón (pericarditis). Una hemodiálisis insuficiente puede derivar en la inflamación de la membrana que rodea el corazón, lo que puede interferir en la capacidad del corazón de bombear sangre al resto del cuerpo.

Niveles altos de potasio (hiperpotasemia) o niveles bajos de potasio (hipopotasemia). La hemodiálisis elimina el exceso de potasio, el cual es un mineral que los riñones normalmente eliminan del cuerpo. Si se elimina demasiado o muy poco potasio durante la diálisis, el corazón puede latir de forma irregular o detenerse.

Complicaciones en el lugar de acceso. Las complicaciones peligrosas, como una infección, el estrechamiento o el abombamiento de la pared de los vasos sanguíneos (aneurisma) o una obstrucción, pueden repercutir en la calidad de la hemodiálisis. Sigue las instrucciones del equipo de diálisis sobre cómo verificar si hay cambios en el lugar de acceso que puedan indicar un problema.

Amiloidosis. La amiloidosis relacionada con la diálisis se produce cuando las proteínas de la sangre se depositan en las articulaciones y los tendones, lo que causa dolor, rigidez y acumulación de líquido en las articulaciones. La afección es más frecuente en las personas que se someten a hemodiálisis durante varios años.

d) Estado emocional en pacientes de hemodiálisis.

El estado emocional del paciente en HD (estrés, ansiedad, depresión, etc) se relaciona con morbilidad y mortalidad. Se ha descrito que un estado general de malestar emocional y emociones negativas predice una mayor frecuencia de síntomas somáticos, desarrollo de enfermedades físicas y mentales, aumento de los servicios médicos y estilos de vida no saludables en estos pacientes. Se ha documentado que los pacientes en HD afectados de depresión, presentan una menor adherencia al tratamiento farmacológico, debido a que un estado anímico negativo hace que el paciente presente baja percepción de autoeficacia, que desemboca en un abandono de las recomendaciones terapéuticas y un aumento de las demandas sanitarias, incumplimiento de las restricciones dietéticas y aumento de las intenciones de suicidio indirecto. Además, la calidad de vida y su nivel de capacidad en la realización de las actividades cotidianas, está disminuida en relación a la población general.

Es de suma importancia que el profesional sanitario se centre también en el estado emocional del paciente en HD y no solo, en ofrecer el mejor tratamiento técnico posible. Por ello, es recomendable que se comience a ofrecer apoyo emocional en la etapa pre-diálisis para dar al paciente recursos que le sean de ayuda a la hora de afrontar los diversos cambios que va a provocar la ERC en su vida; de esta forma, podrá tolerar el estrés y adaptarse a las necesidades propias de la enfermedad. De hecho, los pacientes con mejor percepción de su salud mental, se adaptan mejor al proceso de enfermedad y al tratamiento. (Ruiz, 2017)

La hemodiálisis es un tratamiento esencial para los pacientes con insuficiencia renal crónica, pero no está exento de riesgos, complicaciones y un impacto significativo en la calidad de vida. Desde el acceso vascular hasta los efectos secundarios como la hipotensión, calambres musculares y complicaciones metabólicas, el proceso requiere un manejo cuidadoso y una atención integral. Además, el estado emocional de los pacientes desempeña un papel crucial en la adherencia al tratamiento y en la percepción de su calidad de vida. Por ello, es fundamental que los profesionales sanitarios no solo ofrezcan un tratamiento técnico de calidad, sino que también presten apoyo emocional y fomenten estrategias de adaptación desde las etapas iniciales de la enfermedad. Este enfoque holístico puede mejorar tanto los resultados médicos como el bienestar general de los pacientes.

VIII. Métodos (diseño)

Área del Estudio.

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, ubicado en Managua, Nicaragua. Este hospital es un centro de referencia nacional para el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis.

Tipo de investigación.

Es un estudio descriptivo, de corte transversal ya que busca identificar y analizar, de manera inicial, los niveles de ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Este enfoque permite obtener una visión general de la problemática, sentando las bases para investigaciones futuras más profundas y específicas.

Enfoque del Estudio.

El estudio tendrá un enfoque cuantitativo, se pretende describir, explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando relaciones causales entre las variables.

Universo.

El universo estará compuesto 60 pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en los turnos de la mañana, tarde y noche del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en los turnos de la mañana, tarde y noche.

Población y selección de la muestra.

Población.

La población estará conformada 40 pacientes con diagnóstico confirmado de insuficiencia renal crónica que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis en los turnos de la mañana, tarde y noche durante el periodo de enero a marzo de 2025.

Muestra

La muestra estará conformada por un grupo de 30 pacientes del turno de la mañana y tarde los cuales cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Tipo de Muestra

El tipo de muestra utilizado en este estudio es no probabilístico por conveniencia ya que el acceso a la muestra puede resultar algo complejo, ya que algunos pacientes tienden a debilitarse debido al proceso de hemodiálisis. Esta situación podría dificultar parcialmente la participación de ciertos pacientes y, en consecuencia, el desarrollo del estudio. A pesar de ello, se seleccionará a los participantes que cumplan con los criterios establecidos y que estén disponibles durante el periodo del estudio.

Criterios de Inclusión.

1. Pacientes con diagnóstico confirmado de insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.
2. Pacientes que deseen participar voluntariamente en el estudio.
3. Pacientes que asisten a los turnos de la mañana o tarde durante el periodo de enero a marzo
4. Pacientes que puedan comunicarse de manera verbal y responder a las herramientas de medición utilizadas en el estudio.
5. Pacientes que no presentan complicaciones graves inmediatas derivadas de la hemodiálisis al momento del estudio.

Criterios de Exclusión.

1. Pacientes que no se encuentren en condiciones de responder las herramientas de evaluación debido a deterioro cognitivo o físico severo.

2. Pacientes que no estén en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.

Consideraciones Éticas de la Investigación.

1. Consentimiento informado: Se garantizará que todos los participantes reciban una explicación clara y detallada sobre el propósito del estudio, asegurándose de su comprensión y consentimiento voluntario.

2. Confidencialidad: Se mantendrá la privacidad de los datos recolectados, los cuales serán utilizados únicamente con fines investigativos.

3. Principio de no maleficencia: Se evitará cualquier intervención que pueda causar daño o incomodidad a los participantes.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados.

La recolección de datos se llevará a cabo mediante dos métodos complementarios, dado que el estudio tiene un enfoque cuantitativo:

Aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE): Este instrumento es utilizado para evaluar dos dimensiones de la ansiedad:

Ansiedad Estado: Describe cómo la persona se siente en un momento específico (ansiedad transitoria).

Ansiedad Rasgo: Evalúa cómo la persona tiende a sentirse generalmente (ansiedad como característica de personalidad).

El IDARE está compuesto por dos subescalas de 20 ítems cada una, con un total de 40 preguntas. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de 1 a 4, donde se indica la intensidad del sentimiento o síntoma descrito. Este instrumento se seleccionó debido a su capacidad de diferenciar entre la ansiedad situacional y la ansiedad persistente, ofreciendo un enfoque más detallado para comprender el impacto emocional en los pacientes.

Factores sociodemográficos.

Se utilizarán fichas diseñadas específicamente para recopilar información sociodemográfica relevante de los pacientes, como edad, sexo, nivel educativo, estado civil, tiempo en tratamiento de hemodiálisis y antecedentes médicos. Este método permitirá contextualizar los niveles de ansiedad evaluados y establecer relaciones entre las variables sociodemográficas y emocionales.

Estos métodos combinados permitirán obtener datos objetivos, precisos y contextualizados, garantizando un análisis integral de la ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE): Herramienta validada para evaluar la ansiedad en dos dimensiones: el estado emocional en un momento dado y la predisposición habitual a sentir ansiedad.

Ficha de Recolección de Datos Sociodemográficos: Instrumento utilizado para obtener información básica sobre los pacientes, como edad, sexo, nivel educativo, estado civil, tiempo de tratamiento de hemodiálisis y antecedentes médicos relevantes.

Confiabilidad y validez de los instrumentos.

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) es una herramienta ampliamente utilizada para medir la ansiedad en diferentes contextos. La confiabilidad y validez del IDARE han sido evaluadas en varios estudios. Por ejemplo, en un estudio realizado en universitarios de Lima durante la pandemia de COVID-19, se encontró que el IDARE tiene una alta confiabilidad, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.86 y un coeficiente omega de McDonald de 0.89. Además, se establecieron baremos por sexo y edad para la población total¹.

En cuanto a la ficha sociodemográfica, es una herramienta utilizada para recolectar información general sobre un grupo de personas, incluyendo atributos como la edad, género, lugar

de residencia, etnia, nivel de educación, ingresos, entre otros. La ficha sociodemográfica es esencial para obtener una visión más profunda del público objetivo y crear estrategias que se adapten a sus necesidades³. Es importante diseñar las preguntas de manera clara y respetuosa, y considerar si algunas preguntas son necesarias para cumplir con los objetivos de la investigación.

Análisis y procesamiento de datos.

Organización de los datos: Los datos obtenidos serán ingresados en una base de datos utilizando el software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), separando la información general de los pacientes y los puntajes obtenidos en cada subescala del IDARE. Esta organización facilitará la gestión y el análisis de los datos de manera sistemática.

Clasificación de los resultados: Los puntajes del IDARE se analizarán de forma independiente para las subescalas de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, lo que permitirá clasificar los niveles de ansiedad como altos, moderados o bajos en cada una de estas dimensiones. Esta clasificación permitirá realizar un análisis detallado de las respuestas emocionales de los pacientes en función de su situación.

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) es una herramienta ampliamente validada y utilizada en la evaluación de la ansiedad en diversas poblaciones. Su confiabilidad ha sido demostrada a través de coeficientes de consistencia interna altos, con valores de alfa de Cronbach superiores a 0.85 en ambas subescalas (ansiedad estado y ansiedad rasgo), lo que garantiza estabilidad y precisión en la medición. Además, su validez ha sido confirmada mediante estudios que evidencian una adecuada correlación con otros instrumentos de evaluación de la ansiedad, lo que respalda su capacidad para diferenciar entre la ansiedad transitoria y la predisposición crónica a experimentar ansiedad. Gracias a estas propiedades psicométricas, el IDARE es una herramienta fiable y precisa para el análisis del impacto emocional en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

El alfa de Cronbach es un coeficiente estadístico que mide la consistencia interna de un instrumento de evaluación, como cuestionarios o test psicológicos. En otras palabras, indica qué tan confiables son los ítems del test para medir un mismo concepto.

Interpretación de hallazgos: Los resultados serán interpretados en el contexto del tratamiento de hemodiálisis, relacionándolos con factores como el tiempo de tratamiento, el estado físico y las percepciones emocionales de los pacientes. A través del sistema estadístico SPSS, se realizarán análisis descriptivos y comparativos para identificar patrones y correlaciones significativas. Este enfoque permitirá extraer conclusiones claves que podrían ser útiles para mejorar el apoyo psicosocial y las intervenciones en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Operalización de Variables.

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Instrumento
Características sociodemográficas	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta un punto específico en el tiempo.	16-30 años 31-50 años	Ficha de recolección de datos sociodemográficos.
	Sexo	Clasificación biológica de individuos como masculinos o femeninos, basada en características genéticas y físicas.	Masculino Femenino.	
	Formación académica	Grado de educación formal que recibe una persona que asiste a un centro de enseñanza para	Primaria. Secundaria. Universidad. Técnico.	

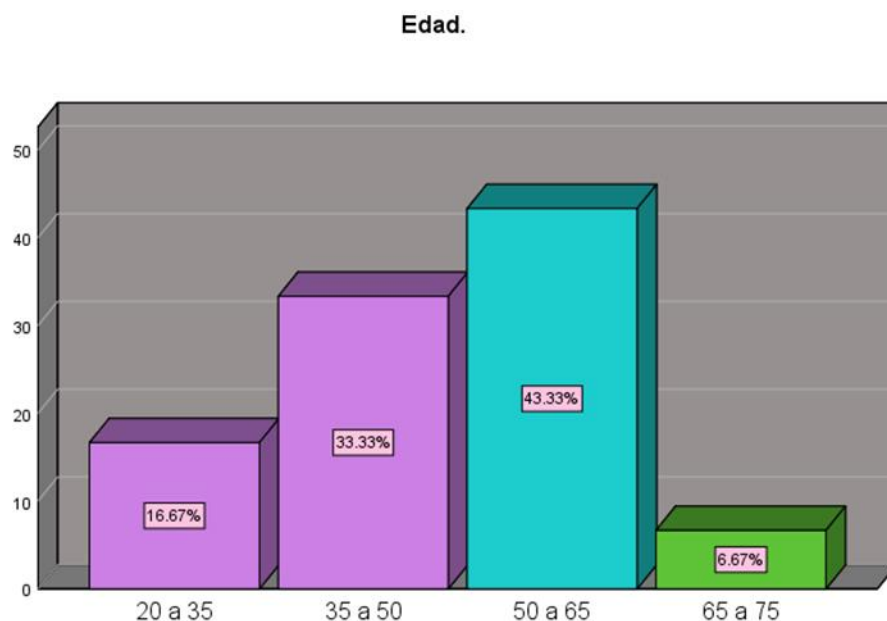
Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Instrumento
		adquirir un conocimiento.		
	Procedencia	Lugar físico o geográfico de donde provienen los participantes del estudio.	Managua y otros departamentos del país.	
	Estado de salud.	Insuficiencia renal crónica. Enfermedad renal en fase avanzada que requiere tratamiento de hemodiálisis.	Diagnostico medico documentado en la historia clínica del paciente.	Historia clínica del paciente.
	Tratamiento recibido.	Hemodiálisis Procedimiento de filtración de sangre mediante una máquina	Numero de sesiones de hemodiálisis recibidas por semanas.	Registro de tratamientos en el hospital.

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Instrumento
Ansiedad generalizada.	Trastornos de ansiedad.	Presencia de síntomas de ansiedad en los pacientes	Puntaje total en la escala de ansiedad.	Inventario de auto evaluación (IDARE) escala ansiedad estado- ansiedad rasgo.

IX. Resultados /Análisis y Discusión de Resultados.

Resultados sociodemográficos

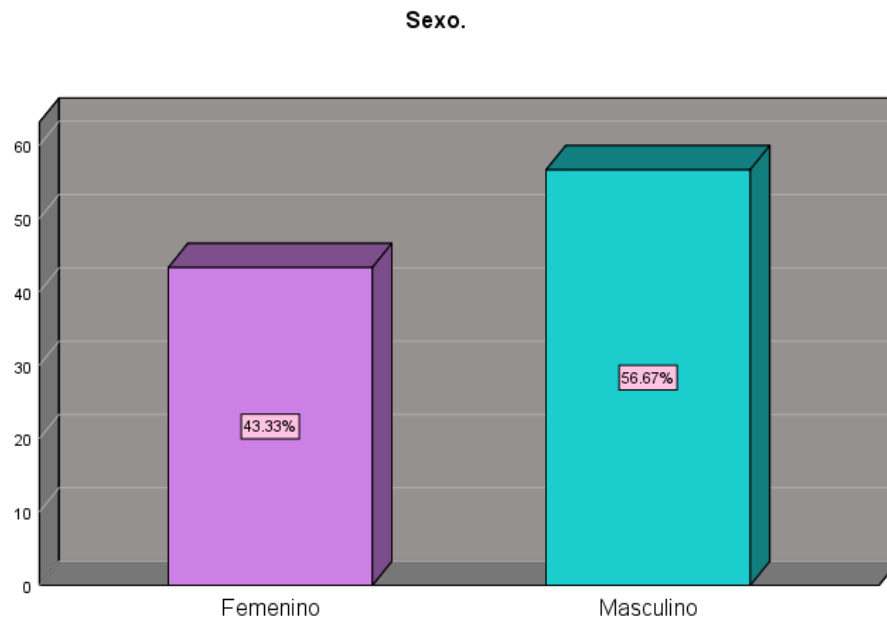
FIGURA 1 GRAFICO



Fuente: Ficha Sociodemográfica:

Interpretación: Según los datos obtenidos, el grupo etario más prevalente dentro de la muestra corresponde a adultos de 50 a 65 años, representando un 43.33%. En segundo lugar, los adultos de 35 a 50 años constituyen el 33.33% de la muestra, seguidos por los adultos jóvenes-medios con un 16.67% y, finalmente, un 6.67% pertenece a la tercera edad.

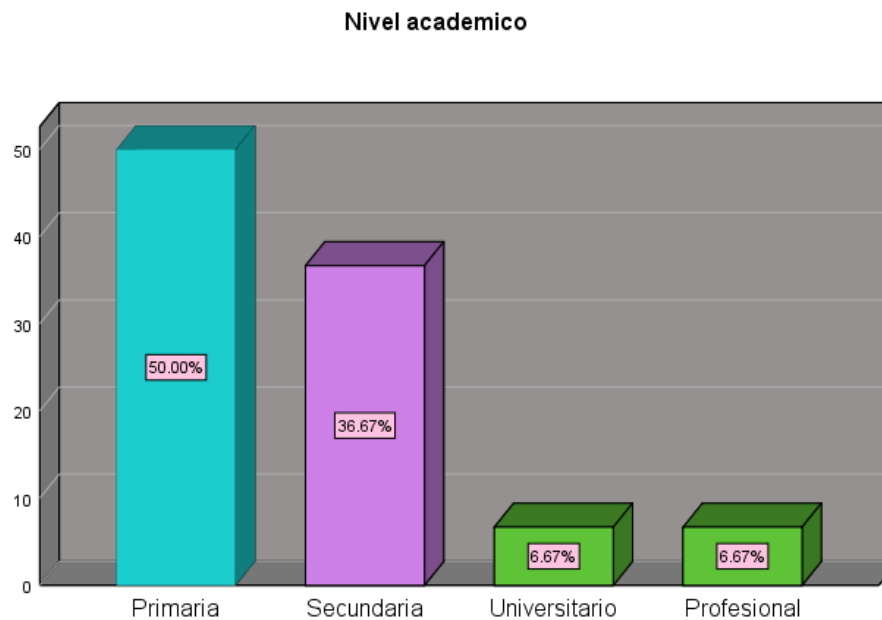
FIGURA 2 GRAFICO



Fuente: Ficha Sociodemográfica.

Interpretación: Los resultados indican que el 56.67% de los participantes son de sexo masculino, mientras que el 43.33% corresponde al sexo femenino.

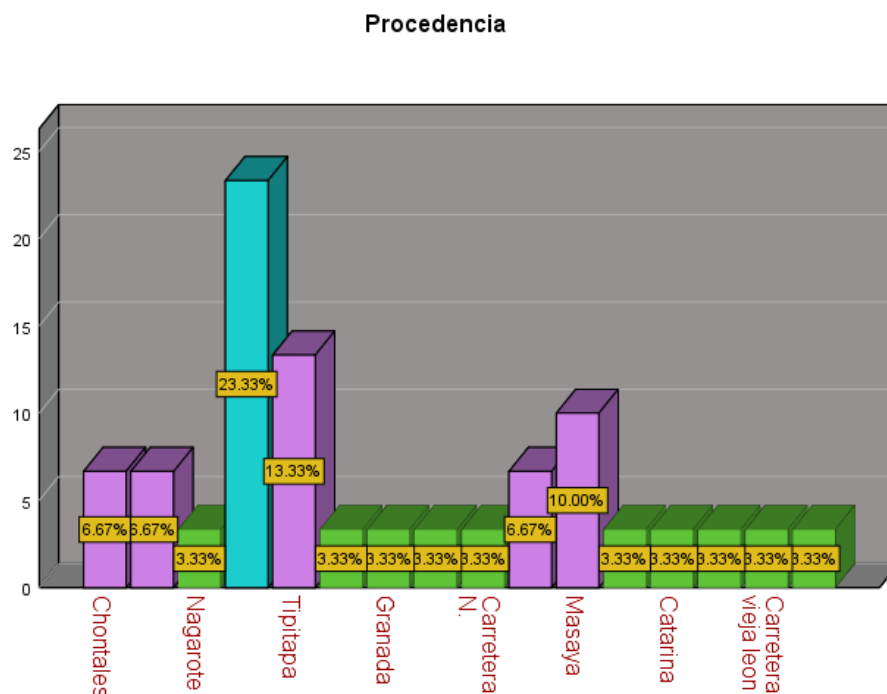
FIGURA 3 GRAFICO



Fuente: Ficha Sociodemográfica.

Interpretación: Según el grado académico de los participantes, el 50.00% culminó la educación primaria, seguido por un 36.67% que finalizó la secundaria. Además, un 6.67% cuenta con estudios universitarios y otro 6.67% son profesionales.

FIGURA 4 GRAFICO

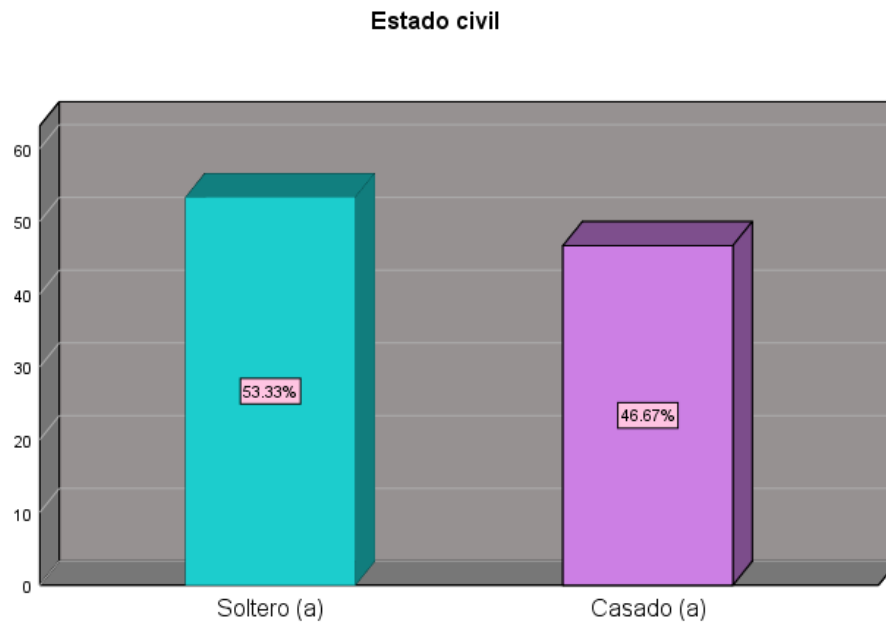


Fuente: Ficha Sociodemográfica.

Interpretación: En referencia a la procedencia los resultados del estudio reflejan la diversidad geográfica de los participantes. La mayoría proviene de Managua, representando el 23.33% del total. Le siguen Tipitapa con un 13.33% y Masaya con un 10.00%. Otras localidades con menor pero significativa representación incluye Chontales, Mateares y León, cada una con un 6.67%.

Asimismo, se identificó una participación del 3.33% en cada una de las siguientes zonas: Nagarote, Carretera Sur, Granada, La Paz Centro, Carretera Norte, Mulukuku, Catarina, Nandasmo, Carretera Vieja León y Boaco.

FIGURA 5 GRAFICO

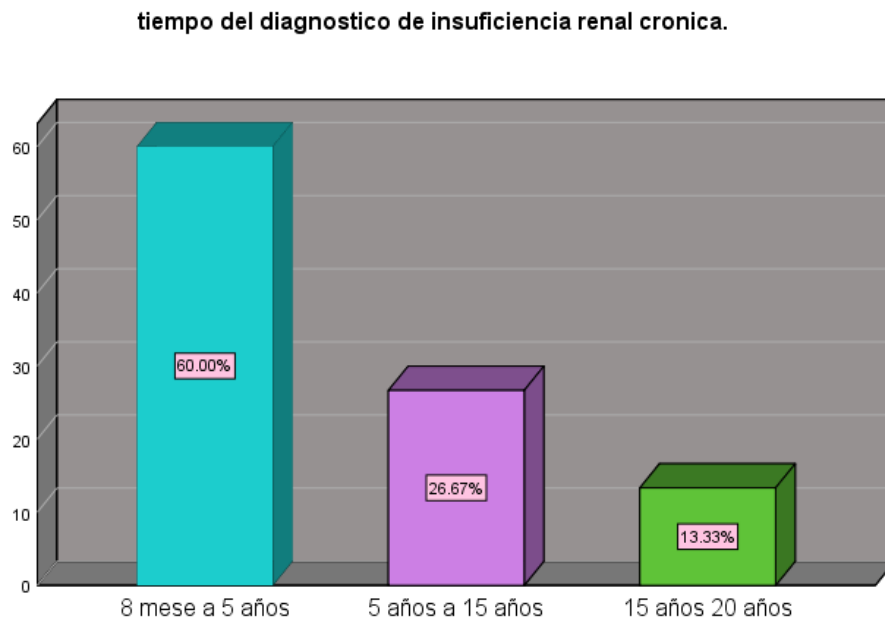


Fuente: Ficha Sociodemográfica.

Interpretación: Dentro del estado civil el 53.33% de la muestra se encuentran soltero y el otro 46.67% se encuentran casados.

FIGURA 6 GRAFICO

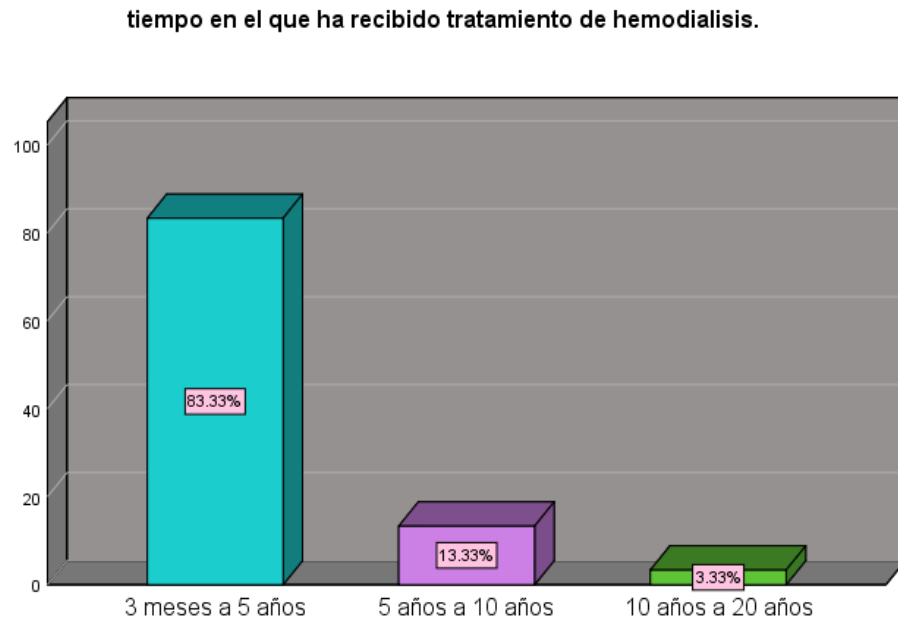
a. Calidad de vida.



Fuente: Ficha Sociodemográfica.

Interpretación: La mayoría de los participantes, un 60.00%, recibió su diagnóstico en un período de 8 meses a 5 años. Un 26.67% ha convivido con la enfermedad entre 5 y 15 años, mientras que el 13.33% ha sido diagnosticado hace 15 a 20 años.

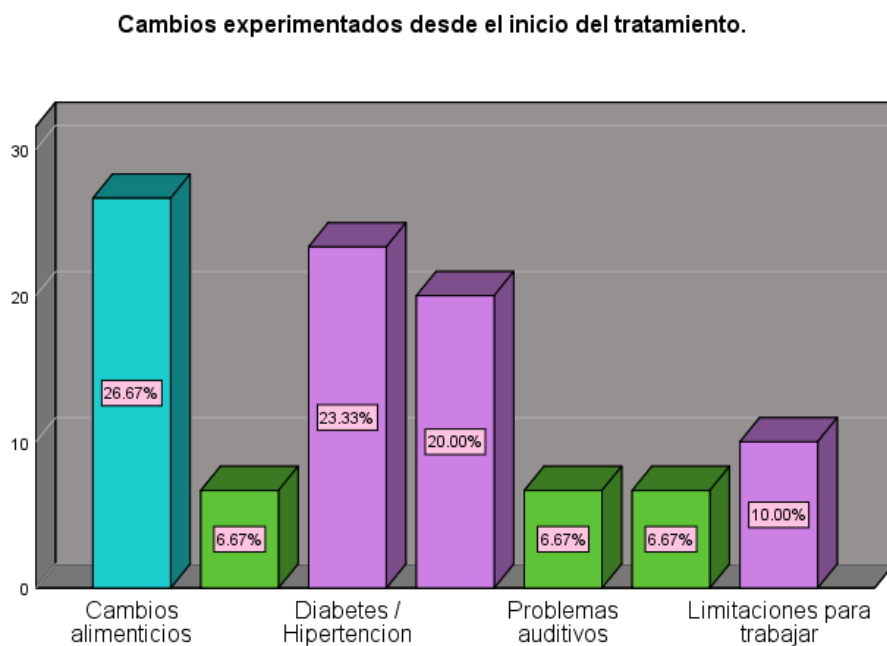
FIGURA 7 GRAFICO



Fuente: Ficha Sociodemográfica.

Interpretación: El 83.33% de los pacientes ha recibido tratamiento de hemodiálisis durante un período de 3 meses a 5 años. Un 13.33% ha estado en tratamiento entre 5 y 10 años, y un 3.33% lo ha recibido por un período de 10 a 20 años.

FIGURA 8 GRAFICO

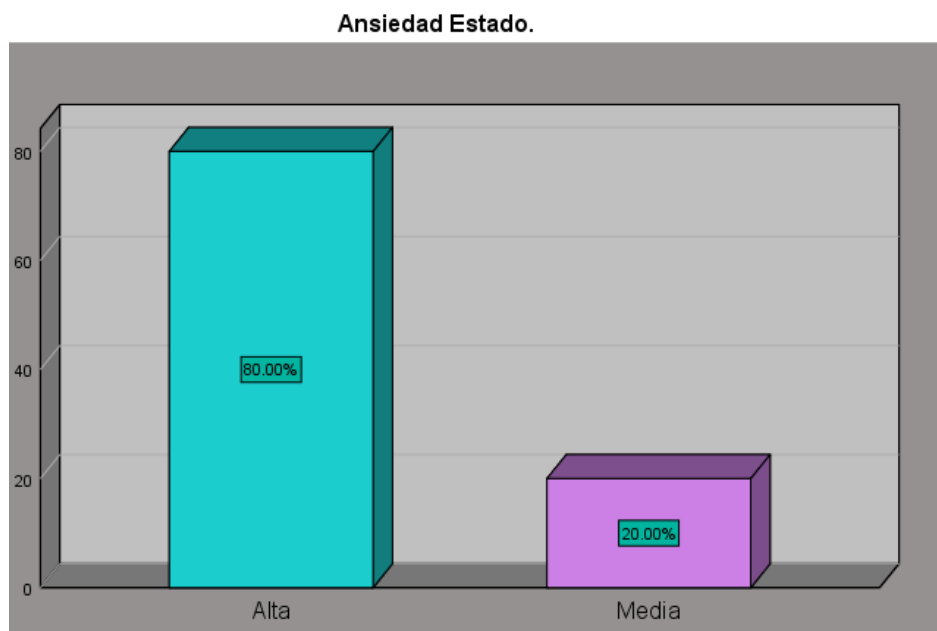


Fuente: Ficha Sociodemográfica.

Interpretación: Según los resultados los pacientes reportaron diversas modificaciones en su estilo de vida y salud tras iniciar el tratamiento. Un 26.67% mencionó cambios alimenticios, mientras que un 23.33% desarrolló diabetes e hipertensión. Además, un 20.00% experimentó agotamiento físico, un 10.00% reportó limitaciones para trabajar, y un 6.67% presentó dolores articulares. Problemas auditivos, visuales y articulares fueron mencionados en igual proporción, con un 6.67% cada uno.

FIGURA 9 GRAFICO

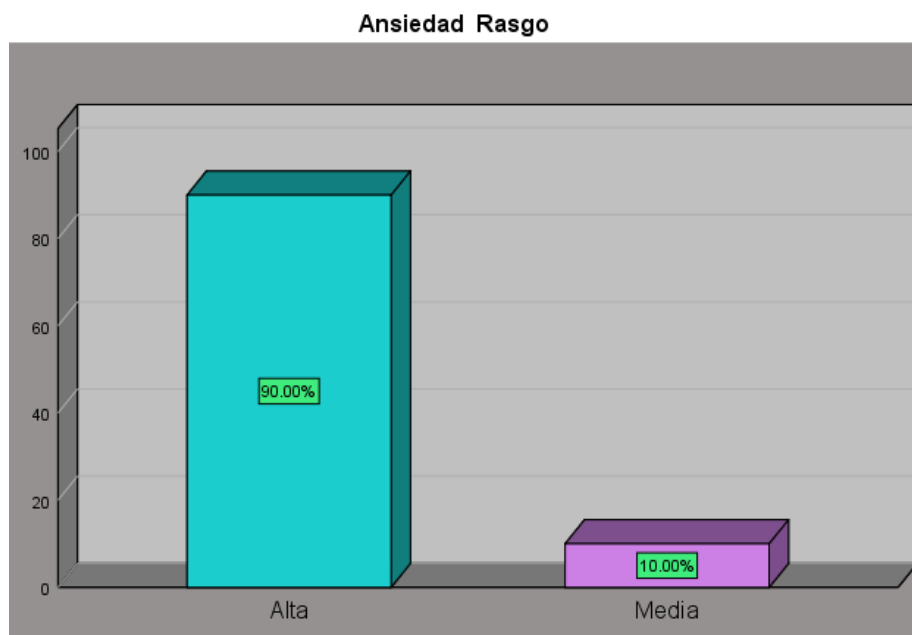
b). Test idare.



Fuente: Instrumento IDARE.

Interpretación: Los resultados reflejan una alta prevalencia de ansiedad entre los pacientes en tratamiento de hemodiálisis. En cuanto a la ansiedad como estado, el 80.00% de los participantes presentó niveles altos, lo que sugiere que la mayoría experimenta una sensación intensa de nerviosismo, preocupación o tensión en el presente. Solo el 20.00% reportó niveles medios, lo que indica una menor intensidad de estos síntomas, aunque aún presentes.

FIGURA 10 GRAFICO



Fuente: Instrumento IDARE.

Interpretación: Los resultados del estudio indican que el 90.00% de los pacientes mostró niveles altos, lo que indica que la mayoría presenta una tendencia sostenida a sentirse ansiosa en diversas situaciones de su vida. Solo el 10.00% manifestó niveles medios, lo que implica que su predisposición a la ansiedad es menor, aunque no ausente.

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad Estado.	Entre grupos	.977	3	.326	2.215	.110
	Dentro de grupos	3.823	26	.147		
	Total	4.800	29			
Ansiedad Rasgo	Entre grupos	.177	3	.059	.608	.616
	Dentro de grupos	2.523	26	.097		
	Total	2.700	29			

Discusión de Resultados.

El análisis muestra que no hay diferencias significativas en los niveles de ansiedad estado entre los diferentes grupos de edad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, sugiriendo que la ansiedad estado no está influenciada por la edad. El marco teórico sugiere que la ansiedad es una respuesta emocional común en pacientes con enfermedades crónicas debido a la incertidumbre y el estrés asociados con la enfermedad y el tratamiento, respaldando que la ansiedad estado es una reacción a la situación médica más que a la etapa de la vida. Estudios previos, como los de Smith et al. (2018), también indican que la ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica no está necesariamente ligada a factores demográficos, sino más bien a la experiencia de la enfermedad y el tratamiento, siendo la falta de diferencias significativas por edad consistente con estos antecedentes.

El análisis indica que no hay diferencias significativas en los niveles de ansiedad estado entre hombres y mujeres, lo que sugiere que el sexo no influye en cómo los pacientes experimentan la ansiedad estado. El marco teórico sugiere que la ansiedad relacionada con enfermedades crónicas puede ser una experiencia universal, independientemente del género, ya que el estrés y la incertidumbre de la insuficiencia renal crónica afectan a todos los pacientes por igual. Investigaciones anteriores, como las de Johnson y Pereira (2017), han encontrado que, aunque pueden existir diferencias en la forma en que hombres y mujeres expresan la ansiedad, la prevalencia y los niveles de ansiedad estado en condiciones médicas crónicas no varían significativamente por género. Estos resultados son consistentes con los antecedentes.

El análisis indica que la falta de diferencias significativas en los niveles de ansiedad rasgo entre los distintos niveles educativos sugiere que la predisposición a experimentar ansiedad no está influenciada por el nivel de educación. El marco teórico indica que la ansiedad rasgo es una característica estable de la personalidad que puede ser exacerbada por la condición médica, independientemente del nivel educativo, lo que apoya la idea de que la ansiedad rasgo en pacientes con insuficiencia renal crónica está más relacionada con la enfermedad que con la educación. Estudios previos, como los de Martínez y López (2016), han demostrado que la ansiedad rasgo es una predisposición constante que puede

presentarse en cualquier persona, sin importar su nivel educativo. Estos hallazgos son coherentes con los antecedentes.

El análisis sugiere que la falta de diferencias significativas en los niveles de ansiedad estado entre pacientes de diferentes procedencias indica que factores socioculturales y el acceso a servicios de salud no influyen significativamente en la ansiedad estado. El marco teórico propone que la ansiedad estado es una reacción emocional común a la insuficiencia renal crónica y su tratamiento, independientemente de factores socioculturales, lo que respalda la idea de que la ansiedad estado es una respuesta a la enfermedad y el tratamiento. Investigaciones anteriores, como las de García y Rivera (2019), sugieren que la ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas es una experiencia compartida por todos los pacientes, independientemente de su lugar de origen, siendo la falta de diferencias significativas por procedencia consistente con estos hallazgos.

El análisis muestra que la mayor proporción de los pacientes se encuentra en la categoría de solteros (53.33%), mientras que un 46.67% son casados, lo que sugiere una ligera mayoría de pacientes solteros en comparación con los casados. El marco teórico aborda cómo el estado civil influye en el bienestar emocional y la experiencia de la ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas. La literatura sugiere que el apoyo emocional y social, como el que puede provenir de una pareja, puede mitigar la ansiedad y mejorar la calidad de vida (López & Martínez, 2017). Sin embargo, la presencia de un apoyo conyugal no parece ser un factor determinante en la prevalencia de la ansiedad en estos pacientes, dado el porcentaje significativo de solteros que también pueden tener redes de apoyo social. Investigaciones anteriores, como las de García y Rivera (2019), han encontrado que el estado civil puede influir en la experiencia de la enfermedad crónica, pero no necesariamente en la ansiedad. Por ejemplo, Smith et al. (2018) sugieren que, aunque estar casado puede ofrecer apoyo emocional, las personas solteras pueden desarrollar mecanismos de afrontamiento efectivos a través de otros tipos de relaciones sociales y actividades.

El análisis muestra que la mayor proporción de diagnósticos de insuficiencia renal crónica se encuentra en el grupo de edad de 50 a 65 años (43.33%), seguido por el grupo de 35 a 50 años (33.33%). Los grupos de 20 a 35 años y de 65 a 75 años tienen porcentajes significativamente menores, con 16.67% y 6.67% respectivamente. El marco teórico establece que la insuficiencia renal crónica es una enfermedad progresiva que tiende a ser diagnosticada en edades más avanzadas debido a la acumulación de factores de riesgo a lo largo de la vida, como hipertensión y diabetes. Estos factores suelen manifestarse de manera más prevalente en la mediana edad y aumentan el riesgo de desarrollar insuficiencia renal crónica con el tiempo. Los antecedentes de estudios anteriores, como los realizados por Smith et al. (2018), han encontrado que la insuficiencia renal crónica se diagnostica con mayor frecuencia en personas de mediana edad, lo cual es consistente con los resultados del gráfico. Este patrón puede estar relacionado con la acumulación de condiciones crónicas y la disminución de la función renal que se presenta con la edad. Además, investigaciones como las de García y Rivera (2019) han señalado que la detección temprana de insuficiencia renal en jóvenes es menos común debido a la baja prevalencia de síntomas en las etapas iniciales de la enfermedad, lo que explica el menor porcentaje de diagnósticos en el grupo de 20 a 35 años.

El análisis muestra que la mayoría de los pacientes (83.33%) ha estado recibiendo tratamiento de hemodiálisis entre 3 meses y 5 años, mientras que una minoría ha estado recibiendo tratamiento durante períodos más largos (5 a 10 años: 13.33%, y 10 a 20 años: 3.33%). El marco teórico sugiere que la insuficiencia renal crónica es una condición progresiva que requiere tratamiento de hemodiálisis en etapas avanzadas de la enfermedad. La alta proporción de pacientes en la categoría de 3 meses a 5 años refleja la entrada reciente de muchos pacientes en el tratamiento de hemodiálisis, lo cual es consistente con la naturaleza progresiva de la enfermedad y la necesidad de un manejo continuo (López & Martínez, 2017). Estudios previos, como los realizados por Smith et al. (2018), han encontrado que muchos pacientes comienzan el tratamiento de hemodiálisis en los primeros años después del diagnóstico debido al deterioro rápido de la función renal. La alta prevalencia de pacientes en la categoría de 3 meses a 5 años es consistente con estos hallazgos. Además, investigaciones como las de García y Rivera (2019) han señalado que

el acceso a tratamiento de hemodiálisis puede ser un desafío en algunos contextos, lo que podría explicar la menor proporción de pacientes en las categorías de tiempo más largas.

El análisis muestra que los cambios alimenticios son los más reportados por los pacientes (26.67%), seguidos por diabetes/hipertensión (23.33%), problemas auditivos (20.00%) y limitaciones para trabajar (10.00%). El marco teórico aborda cómo la insuficiencia renal crónica y su tratamiento mediante hemodiálisis afectan varios aspectos de la vida de los pacientes, incluyendo su salud física y calidad de vida. Los cambios alimenticios reflejan la necesidad de una dieta estricta para controlar los niveles de potasio, sodio y líquidos, como se menciona en la literatura de López & Martínez (2017). La alta incidencia de diabetes/hipertensión es consistente con el conocimiento de que estos son factores de riesgo comunes para la insuficiencia renal, según Smith et al. (2018). Los estudios previos, como los de García y Rivera (2019), han encontrado que los pacientes con insuficiencia renal crónica experimentan una amplia gama de cambios en su vida debido al tratamiento de hemodiálisis. El gráfico muestra que los cambios alimenticios y problemas de salud adicionales, como la diabetes y la hipertensión, son comunes, lo que respalda estos antecedentes. También se ha observado en estudios anteriores que las limitaciones para trabajar y problemas auditivos son consecuencias menos frecuentes pero significativas, según Johnson y Pereira (2017).

El análisis indica que la gran mayoría de los pacientes (80%) experimentan niveles altos de ansiedad estado, mientras que un 20% presenta niveles medios, sugiriendo una prevalencia significativa de ansiedad alta entre los pacientes estudiados. El marco teórico sugiere que la ansiedad estado es una respuesta emocional intensa ante situaciones de estrés e incertidumbre, como las enfrentadas por los pacientes con insuficiencia renal crónica durante el tratamiento de hemodiálisis (López & Martínez, 2017). Estudios previos, como los realizados por Smith et al. (2018), han encontrado que los pacientes con insuficiencia renal crónica tienden a experimentar altos niveles de ansiedad debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y las demandas del tratamiento. Además, investigaciones como las de García y Rivera (2019) han señalado que la estricta rutina del tratamiento y las restricciones dietéticas contribuyen a niveles elevados de ansiedad estado.

El análisis indica que la gran mayoría de los pacientes (90%) experimentan niveles altos de ansiedad rasgo, mientras que solo el 10% presenta niveles medios de ansiedad rasgo, sugiriendo una prevalencia muy significativa de ansiedad alta entre los pacientes estudiados. El marco teórico sugiere que la ansiedad rasgo es una característica estable de la personalidad que puede predisponer a los individuos a experimentar ansiedad de manera recurrente y en diversas situaciones (López & Martínez, 2017). La alta prevalencia de ansiedad rasgo alta refleja la predisposición constante de estos pacientes a sentirse ansiosos, independientemente de las circunstancias específicas. Estudios previos, como los realizados por Smith et al. (2018), han encontrado que los pacientes con insuficiencia renal crónica a menudo desarrollan altos niveles de ansiedad rasgo debido a la naturaleza crónica y estresante de la enfermedad. Además, investigaciones como las de García y Rivera (2019) han señalado que la presencia constante de factores estresantes, como las restricciones dietéticas y la dependencia del tratamiento, pueden contribuir a la persistencia de la ansiedad rasgo en estos pacientes.

Los resultados obtenidos del análisis de varianza (ANOVA) no muestran diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo entre los diferentes grupos de edad, sexo y nivel educativo de los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis. Esto se evidencia en los valores de p mayores a 0.05 en todas las comparaciones, lo cual nos impide rechazar la hipótesis nula. En consecuencia, podemos concluir que los niveles de ansiedad en estos pacientes no están significativamente influenciados por factores sociodemográficos como la edad, el sexo o el nivel educativo, según los datos analizados en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el periodo de enero a marzo del 2025.

X. Conclusiones.

Los datos del estudio revelaron una alta prevalencia de ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Se identificó que la mayoría de los participantes tienen entre 50 y 65 años. En cuanto al sexo, la mayor parte de los participantes es del género masculino. Respecto a los niveles educativos, un alto porcentaje presenta niveles educativos básicos. Asimismo, la mayoría de los participantes son procedentes del departamento de Managua.

Se encontró que la ansiedad es un síntoma frecuente en los pacientes estudiados. En cuanto a ansiedad como estado los niveles fueron encontrados altos, así mismo la ansiedad como rasgo se encontró presente en una proporción aún mayor. La mayoría manifiesta características como, preocupación constante, inquietud, problemas de sueño, indicando tensión intensa ante su condición y tratamiento. Se identificó que los pacientes con mayor tiempo en tratamiento de hemodiálisis presentan una tendencia sostenida a experimentar ansiedad en diferentes situaciones de su vida cotidiana, lo que sugiere una relación entre la enfermedad, el tratamiento y el impacto emocional en los pacientes.

Respecto a las características clínicas, se evidenció que los pacientes han sido diagnosticados con insuficiencia renal crónica en diferentes etapas, con un número significativo de ellos en fases avanzadas de la enfermedad. La mayoría de los participantes llevan de 3 meses a 5 años en tratamiento de hemodiálisis y ha experimentado cambios sustanciales en su estilo de vida debido a la enfermedad y su manejo terapéutico.

La ansiedad afecta diversas áreas de la vida de los pacientes, incluyendo su desempeño físico, adaptación al tratamiento, actividades diarias y redes de apoyo. Se identificó que la ansiedad interfiere con la adherencia al tratamiento, el bienestar emocional y la toma de decisiones, generando una carga psicológica significativa en la mayoría de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica en fases avanzadas y con mayor tiempo en hemodiálisis mostraron una mayor afectación en su calidad de vida y niveles elevados de ansiedad. Se evidenció que el estrés y las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento influyen en el desarrollo de síntomas de ansiedad, lo que destaca la necesidad de estrategias de intervención psicológica dentro del manejo integral de estos pacientes.

Los factores sociodemográficos no influyen de manera significativa en los niveles de ansiedad de estos pacientes, lo que valida la hipótesis nula planteada en este estudio. Los resultados del análisis de varianza (ANOVA) el valor p obtenido mayor a 0.05 demuestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo entre los diferentes grupos de edad, sexo y nivel educativo de los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis. Esto indica que, En consecuencia, podemos concluir que la ansiedad en los pacientes estudiados es independiente de sus características demográficas, según los datos obtenidos en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el periodo de enero a marzo de 2025.

XI. Recomendaciones.

1. Al Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca:

- Implementar un programa de apoyo psicológico para pacientes en tratamiento de hemodiálisis con el fin de reducir los niveles de ansiedad y mejorar su calidad de vida.
- Brindar capacitaciones al personal de salud sobre la importancia del bienestar emocional en pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Establecer espacios terapéuticos dirigidos tanto a pacientes como a familiares para facilitar el afrontamiento de la enfermedad y su tratamiento.
- Crear un área específica dentro del hospital para la atención psicosocial de pacientes en hemodiálisis, con profesionales en psicología y trabajo social.
- Promover la segmentación de pacientes según su estado emocional y necesidades particulares para personalizar el abordaje terapéutico.

2. A estudiantes e investigadores de la Universidad Central de Nicaragua:

- Ampliar las investigaciones sobre la relación entre ansiedad y enfermedades crónicas en distintos hospitales y centros de atención en Nicaragua.
- Realizar estudios adicionales que analicen estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.
- Tomar esta investigación como un referente para futuras investigaciones sobre la salud mental en pacientes con enfermedades crónicas, contribuyendo al desarrollo de estrategias de intervención más efectivas.
- Explorar el impacto de la ansiedad en la adherencia al tratamiento y su influencia en los resultados clínicos de los pacientes.

Con la implementación de estas recomendaciones, se espera mejorar la atención integral de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis y contribuir al fortalecimiento de estrategias de intervención que promuevan su bienestar emocional y calidad de vida.

XII. Referencias.

1. American Psychological Association (APA). (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, texto revisado (DSM V-TR)*.
2. Barrera Rico, S. M. (2023, 9 de marzo). El 10 % de la población padece de enfermedad renal crónica (ERC). *Consultor Salud*. <https://consultorsalud.com/10-poblacion-enfermedad-renal-cronica-erc/>
3. Clinic Barcelona. (2024). *Hemodiálisis: Qué es y cómo se realiza*. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/pruebas-y-procedimientos/dialisis/hemodialisis>
4. (Juan, 2024) Moya Ruiz, M. A. (2017). *Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis*. *Enfermería Nefrológica*, 20(1). Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000100007
5. Pinheiro, P. (2024, 2 de noviembre). Insuficiencia renal crónica: Qué es, síntomas y tratamiento. *MD Saúde*. Recuperado de <https://www.mdsaude.com/es/nefrologia-es/insuficiencia-renal-cronica/>
6. Psicología Online. Thomen (2024). *Trastornos de ansiedad: Qué son, síntomas, tipos, causas y tratamiento*. Recuperado de <https://www.psicologia-online.com/trastornos-de-ansiedad-que-son-sintomas-tipos-causas-y-tratamiento-4620.html#comentario>
7. Significados web. García (2024, 1 de febrero). Icosaedro: Definición, ejemplos, tipos y para qué sirve. *Significados Web*. Recuperado de <https://significadosweb.com/definicion-de-icosaedro-que-es-ejemplos-tipos-y-para-que-sirve-sinonimo-y-significado/>
8. García-Arista, A., & Arredondo-Pantaleón, A. J. (2018). *La psico nefrología: un campo de estudio en desarrollo*. *Psicología y Salud*, 28(2), 261-269. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/2562/4456>.
9. Gonzáles, Y., Herrera, L. F., Romero, J. L., & Nieves, Z. (2011, diciembre 1). Enfermedad Renal Crónica: Impacto emocional en pacientes. *Revista Psicología Científica.com*, 13(20). <https://pscient.net/6bec4>.
10. PSiCOBAi. (2021, mayo 11). Diferencias entre la ansiedad y la ansiedad patológica. Portal Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/diferencias-ansiedad-y-ansiedad-patologica>.

11. Freud, S. (s.f.). Teoría de la ansiedad. Psicopsi. Recuperado de <https://www.psicopsi.com/psicosis>.
12. Gonzáles, Y., Herrera, L. F., Romero, J. L., & Nieves, Z. (2011, diciembre 1). *Enfermedad Renal Crónica: Impacto emocional en pacientes*. Revista PsicologíaCientífica.com, 13(20). Recuperado de <https://psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-impacto-emocional>.
13. Ries, F., Castañeda Vázquez, C., Campos Mesa, M. del C., & Del Castillo Andrés, O. (2012). *Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas*. Cuadernos de Psicología del Deporte, 12(2), 7-16. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232012000200002.
14. Álvarez, F., Álvarez-Ude Coter, F., & Rebollo, P. (2008). *Enfermedad renal crónica avanzada*. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología. Recuperado de <https://www.revistanefrologia.com/es-enfermedad-renal-cronica-avanzada--articulo-X0211699508032379>
15. katemangostar. (2023). *La atención psicológica en el abordaje de la enfermedad renal*. Infocop Online. Recuperado de <https://www.infocop.es/la-atencion-psicologica-en-el-abordaje-de-la-enfermedad-renal/>

XIII. Anexos.



IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

D.R. © 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional

FIGURA 11 TEST IDARE

Inventario de Autoevaluación IDARE.

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder su- perarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los engaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

FIGURA12 TEST IDARE

a). Consentimiento Informado.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CARRERA DE PSICOLOGÍA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN.

Título de la investigación: Ansiedad en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que Reciben Tratamientos de Hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, en el Periodo de Enero a marzo del 2025.

Objetivo de la investigación: Describir las características de la ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamientos de hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el periodo de enero a marzo del 2025.

Investigadoras: Br: Jordan Ruiz. Br: Laura Espino.

La participación en este estudio es completamente voluntaria la información proporcionada será tratada con la máxima confidencialidad. Los datos recopilados serán utilizados única y exclusivamente para fines académicos en el contexto de esta investigación.

He leído la información proporcionada anteriormente y he tenido la oportunidad de hacer preguntas (si la tuviese). Entiendo los objetivos del estudio, y acepto participar en este estudio de forma voluntaria.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

b). Ficha sociodemográfica.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

INSTRUCCIONES: Por favor, complete la siguiente información de manera clara y precisa. Los datos brindados serán utilizados únicamente con fines de investigación y se mantendrán confidenciales.

➤ **Edad.**

20 a 35 ☐ 35 a 50 ☐ 50 a 65 ☐ 65 a 75 ☐

➤ **Sexo.**

Femenino ☐ Masculino ☐

➤ **Nivel académico:**

Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitario ☐ Profesional ☐

➤ **Procedencia.**

Chontales ☐ Mateare ☐ Nagarote ☐ Granada ☐ La Paz Centro ☐ Catarina ☐
Carretera Norte ☐ Boaco ☐ Managua ☐ Tipitapa ☐ Carretera Sur ☐ León ☐ Masaya ☐
Mulukuku ☐ Nandasmo ☐ Carretera Vieja León ☐

➤ **Estado Civil.**

Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐

➤ **Tiempo del diagnóstico de insuficiencia renal crónica (IRC)**

8 meses a 5 años ☐ 5 años a 15 años ☐ 15 años a 20 años ☐

➤ **Tiempo en el que ha recibido el tratamiento de hemodiálisis.**

3 meses a 5 años ☐ 5 años a 10 años ☐ 10 años a 20 años ☐

➤ **Cambios experimentados desde el inicio del tratamiento.**

Cambios alimenticios ☐ Dolores articulares ☐ Diabetes/Hipertensión ☐

Agotamiento físico ☐ problemas auditivos ☐ problemas visuales ☐

Limitaciones para trabajar ☐

Nota: si tiene alguna duda al completar la ficha, no dude en consultarlo con el personal encargado.

Fecha del llenado: _____

1. Cartas.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA

“Agnitio Ad Verum Ducit”

Facultad de Ciencias Médicas



Managua, 04 de febrero del 2025

Doctora. Mar Ekaterina Lanzas.

Directora de Docencia del SILAIS Managua.

Su Despacho.

Estimada Dra. Lanzas. Un gusto saludarle y desearle éxitos en sus funciones.

Por la presente solicito su autorización para el inicio de la investigación correspondiente al trabajo monográfico titulado: **“Ansiedad en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que Reciben Tratamientos de Hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, en el Periodo de Enero a marzo del 2025”**.

Realizado por los estudiantes:

Br. Laura Marcela Espino.

Br. Jordan Hael Ruiz Gomez.

Los estudiantes se encuentran bajo la tutoría científica y tutoría metodológica:

MSC. John Delgado.

Lic. Donald Leiva.

Esta investigación se llevará a cabo por los estudiantes con estricto cumplimiento de las normativas éticas nacionales e institucionales, garantizándola confidencialidad de la información de los pacientes y su uso exclusivo para fines académicos. Agradezco de antemano la oportunidad de colaborar en esta importante labor científica. Quedo a su disposición para aclarar cualquier duda o ampliar la información proporcionada en esta solicitud.

Sin otro particular, quedo a la espera de su respuesta.

Atentamente.



Dra. Luisa Mendieta.

Decana

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Central de Nicaragua UCN

decanaturafcm@ucn.edu.ni



Autorizado por el CNU en sesión No. 10-98, del 18 de noviembre de 1998

Recinto Central: De los semáforos del Zumen 3 cuadras abajo 1 cuadra al norte, 2279-1160 2269-310

Recinto Doral: De la Entrada al Mayoreo 2C. Arriba 1 C. al Sur Praderas del Doral, Teléfonos: 50522240684

/50522240699

Recinto Jinotepe: De la Iglesia San Antonio 3C. al Oeste Teléfonos: +50525323106 /50525321429

Recinto Esteli: De la Entrada al Rosario, 500 mts al oeste, 200 mts al norte, Barrio el Jazmín 27102628 27102627

27102626

FIGURA 13 CARTA



**MINISTERIO DE SALUD
SILAIS MANAGUA**

Managua, 07 de febrero 2025
DDI – MELG –114- 07 -02 – 25

Dr. Wilfredo Ramos
Sub – Director Docente H.A.L.F
Su Despacho.

Estimado Dr. Ramos.

Por medio de la presente me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que estamos autorizando solicitud de investigación, para que los bachilleres: Laura Marcela Espino y Jordan Hael Ruiz Gómez, estudiantes de Psicología de la Universidad Central de Nicaragua (U.C.N), quienes actualmente están realizando investigación sobre: **“Ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica, que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, en el periodo de enero a marzo del 2025”**

La información se recolectará previo consentimiento informado a través de entrevista dirigida a pacientes que se realizan Hemodiálisis y son atendidos en el H.A.L.F.

Por lo antes expuesto, estamos enviando a los estudiantes, para que se presenten a coordinar con usted la actividad investigativa.

Sin más a que referirme, me suscribo de usted.

Atentamente,

Dra. Mar Ekaterina Lanzas Guido
Responsable Docencia
SILAIS – Managua



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD – SILAIS MANAGUA

Colonia Xolotlan, de la iglesia católica 1/2 c. al norte.
Teléfono: 2251-5740

www.minsa.gob.ni silaismanagua@minsa.gob.ni

FIGURA 14 CARTA

2. Tablas.

TABLA 1

Estadísticos		
Fecha		
N	Válido	30
	Perdidos	0

TABLA 2

Fecha			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	17-febrero-2025	12	40.0
	18-febrero-2025	18	60.0
	Total	30	100.0

TABLA 3 EDAD

Edad.			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	20 a 35	5	16.7
	35 a 50	10	33.3
	50 a 65	13	43.3
	65 a 75	2	6.7
	Total	30	100.0

TABLA 4 SEXO

Sexo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	13	43.3
	Masculino	17	56.7
	Total	30	100.0

TABLA 5 NIVEL ACADÉMICO

Nivel académico			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Primaria	15	50.0
	Secundaria	11	36.7
	Universitario	2	6.7
	Profesional	2	6.7
	Total	30	100.0

TABLA 6 PROCEDENCIA

Procedencia			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Chontales	2	6.7
	Mateare	2	6.7

	Nagarote	1	3.3
	Managua	7	23.3
	Tipitapa	4	13.3
	Carretera S.	1	3.3
	Granada	1	3.3
	La paz centro	1	3.3
	Carretera N.	1	3.3
	León	2	6.7
	Masaya	3	10.0
	Mulukuku	1	3.3
	Catarina	1	3.3
	Nandasmo	1	3.3
	Carretera vieja león	1	3.3
	Boaco	1	3.3
	Total	30	100.0

TABLA 7 ESTADO CIVIL

Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Soltero (a)	16	53.3
	Casado (a)	14	46.7
	Total	30	100.0

TABLA 8 TIEMPO DEL DIAGNOSTICO

Tiempo del diagnóstico de insuficiencia renal crónica.		
	Frecuencia	Porcentaje

Válido	8 mese a 5 años	18	60.0
	5 años a 15 años	8	26.7
	15 años 20 años	4	13.3
	Total	30	100.0

TABLA 9 TIEMPO DE TRATAMIENTO

Tiempo en el que ha recibido el tratamiento de hemodiálisis.			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	3 meses a 5 años	25	83.3
	5 años a 10 años	4	13.3
	10 años a 20 años	1	3.3
	Total	30	100.0

TABLA 10 CAMBIOS EXPERIMENTADOS

Cambios experimentados desde el inicio del tratamiento.			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Cambios alimenticios	8	26.7
	Dolores articulares	2	6.7
	Diabetes / Hipertensión	7	23.3
	Agotamiento físico	6	20.0
	Problemas auditivos	2	6.7
	Problemas visuales	2	6.7
	Limitaciones para trabajar	3	10.0
	Total	30	100.0

TABLA 11 ANSIEDAD ESTADO

Ansiedad Estado.			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alta	24	80.0
	Media	6	20.0
	Total	30	100.0

TABLA 12 ANSIEDAD RASGO

Ansiedad Rasgo.			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alta	27	90.0
	Media	3	10.0
	Total	30	100.0

TABLA 13 DESCRIPTIVO EDAD Y AE-AR

Descriptivos

		N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
Ansiedad Estado.	20 a 35	5	1.00	.000	.000	1.00	1.00	1	1
	35 a 50	10	1.40	.516	.163	1.03	1.77	1	2
	50 a 65	13	1.08	.277	.077	.91	1.24	1	2
	65 a 75	2	1.50	.707	.500	-4.85	7.85	1	2
	Total	30	1.20	.407	.074	1.05	1.35	1	2
Ansiedad Rasgo	20 a 35	5	1.00	.000	.000	1.00	1.00	1	1
	35 a 50	10	1.20	.422	.133	.90	1.50	1	2
	50 a 65	13	1.08	.277	.077	.91	1.24	1	2
	65 a 75	2	1.00	.000	.000	1.00	1.00	1	1
	Total	30	1.10	.305	.056	.99	1.21	1	2

TABLA 14 ANOVA EDAD Y AE-AR

ANOVA

		Suma cuadrados	de gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad Estado.	Entre grupos	.977	3	.326	2.215	.110
	Dentro de grupos	3.823	26	.147		
	Total	4.800	29			
Ansiedad Rasgo	Entre grupos	.177	3	.059	.608	.616
	Dentro de grupos	2.523	26	.097		
	Total	2.700	29			

TABLA 15 DESCRIPTIVO SEXO Y AE-AR

		N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
Ansiedad Estado.	Femenin o	13	1.23	.439	.122	.97	1.50	1	2
	Masculin o	17	1.18	.393	.095	.97	1.38	1	2
	Total	30	1.20	.407	.074	1.05	1.35	1	2
Ansiedad Rasgo	Femenin o	13	1.15	.376	.104	.93	1.38	1	2
	Masculin o	17	1.06	.243	.059	.93	1.18	1	2
	Total	30	1.10	.305	.056	.99	1.21	1	2

TABLA 16 ANOVA SEXO Y AE-AR

ANOVA

		Suma cuadrados	de gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad Estado.	Entre grupos	.022	1	.022	.127	.724
	Dentro de grupos	4.778	28	.171		
	Total	4.800	29			
Ansiedad Rasgo	Entre grupos	.067	1	.067	.707	.407
	Dentro de grupos	2.633	28	.094		
	Total	2.700	29			

TABLA 17 DESCRIPTIVO NIVEL ACADÉMICO Y AE-AR

Descriptivos

		N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
Ansiedad Estado.	Primaria	15	1.27	.458	.118	1.01	1.52	1	2
	Secundaria	11	1.09	.302	.091	.89	1.29	1	2
	Universitario	2	1.50	.707	.500	-4.85	7.85	1	2
	Profesional	2	1.00	.000	.000	1.00	1.00	1	1
	Total	30	1.20	.407	.074	1.05	1.35	1	2
Ansiedad Rasgo	Primaria	15	1.13	.352	.091	.94	1.33	1	2
	Secundaria	11	1.09	.302	.091	.89	1.29	1	2
	Universitario	2	1.00	.000	.000	1.00	1.00	1	1
	Profesional	2	1.00	.000	.000	1.00	1.00	1	1
	Total	30	1.10	.305	.056	.99	1.21	1	2

TABLA 18 ANOVA NIVEL ACADÉMICO Y AE-AR

ANOVA

		Suma cuadrados	de gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad Estado.	Entre grupos	.458	3	.153	.913	.448
	Dentro de grupos	4.342	26	.167		
	Total	4.800	29			
Ansiedad Rasgo	Entre grupos	.058	3	.019	.189	.903
	Dentro de grupos	2.642	26	.102		
	Total	2.700	29			

Cronograma.



Cronograma para el desarrollo de la asignatura Monografía

Actividades Principales	nov-24					dic-24			ene-25				feb-25				mar-25		
		1S	2S	3S	4S	5S	6S	7S	8S	9S	10S	11S	12S	13S	14S	15S	16S		
1.Antecedentes y contexto del problema																			
2.Objetivos (General y específicos)																			
3.Preguntas de investigación																			
4.Justificación																			
5.Limitaciones																			
1.Variables																			
2.Categorías, temas y patrones emergentes de la investigación																			
3.Supuestos básicos																			
4.Técnicas de redacción científica																			
1.Estado del arte																			
2.Perspectiva teórica asumida																			
3. Contexto de la investigación																			
Diseño de Poster en base al Índice institucional (según el formato CNEA 2024)																			
Enfoque Cuantitativo																			
1.Tipo de diseño																			
2.Población y muestra																			
3.Variables (operacionalización de variables)																			
Enfoque cualitativo																			
4.Enfoque cualitativo asumido y justificación Muestra teórica y sujetos del estudio																			
Enfoque Mixto																			
PRESENTACION POSTER																			
1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.																			
2. Confiabilidad y validez de los instrumentos																			
1. Procesamiento de datos y análisis de información.																			
2. Métodos y técnicas para el procesamiento de datos y análisis de información.																			
3. Criterios de calidad: Credibilidad, confiabilidad, transferibilidad y triangulación																			
1. Manejo de Excel																			
1. Uso del SPSS y su relación con tablas y grafico de análisis para la comprensión de los resultados de investigación																			
Inteligencia Artificial																			
DISCUSIÓN DE RESULTADOS																			
*Análisis críticos y comparación con la bibliografía y su correspondencia con marco teórico y antecedentes																			
*Revisión y aprobación del informe según las normas establecidas																			
CONCLUSIÓN																			
*Elaboración de conclusiones																			
*Bibliografía según las normas utilizadas																			
Procedimiento y selección de anexo																			
EJERCICIO DE PRESENTACION DEL INFORME FINAL ARGUMENTATIVO																			
DEFENSA																			

Abreviaturas.

- **IRC:** Insuficiencia renal crónica.
- **CAPS:** Centros de atención psicosocial.
- **HEODRA:** Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.
- **ERC:** Enfermedad renal crónica.
- **OMS:** Organización mundial de la salud.
- **TAG:** Trastorno de ansiedad generalizada.
- **DSM-5-TR:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5 edición, Texto Revisado.
- **OPS:** Organización Panamericana de la salud.
- **APA:** Asociación Estadounidense de Psicología.
- **HD:** Hemodiálisis.
- **IDARE:** Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado.
- **SPSS:** Paquete estadístico para las ciencias sociales.
- **SILAIS:** Sistemas Locales de Atención Integral en Salud.
- **HEALF:** Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.
- **AE:** Ansiedad estado.
- **AR:** Ansiedad estado.