



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



OOAD MICHOACÁN

UNIVERSIDAD MICHOACÁN DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

TESIS

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS EN
LA UMF 82, ZAMORA, MICHOACÁN.**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta

EDSON LÓPEZ VIEYRA

ASESOR DE TESIS

DR. ANDRES EUSEBIO OLALDE GIL

COASESORES

Dr. JOSÉ JORGE TORRIJOS ZAVALA

DR. IVAN ALBERTO RAMIREZ LAGUNA

No. DE REGISTRO INSTITUCIONAL

R-2024-1603-011

**ZAMORA, MICHOACÁN, MEXICO.
MARZO 2026**



UNIVERSIDAD MICHOACÁNA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISION DE POSGRADO FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Y
BIOLOGICAS “DR. IGNACIO CHAVEZ”

DR. VICTOR HUGO MERCADO GOMEZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD

DR. JOSE LUIZ MARTINEZ TOLEDO
JEFE DE SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMSNH,
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DR. CLETO ALVAREZ AGUILAR
COORDINADOR DEL PROGRAMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS EN LA
UMF 82, ZAMORA MICHOACÁN.**

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Dr. ANDRES EUSEBIO OLALDE GIL

Coordinación de enseñanza e investigación en salud

Adscripción UMF 82

Matricula: 11680407

Email: andres.olalde@imss.gob.mx

TESISTA

Nombre: EDSON LÓPEZ VIEYRA

Matrícula: 96171179

UMF 82

Residente De Medicina Familiar

Departamento: Coordinación de Enseñanza e Investigación en Salud

INVESTIGADOR ASOCIADO

Dr. JOSÉ JORGE TORRIJOS ZAVALA

Profesor titular de especialidad en Medicina Familiar

Coordinación de Enseñanza e Investigación en Salud

Adscripción: UMF No. 82

Matricula: 99319297

Email jose.torrijos@imss.gob.mx

INVESTIGADOR ASOCIADO

DR. IVAN ALBERTO RAMIREZ LAGUNA

Médico no familiar, Medicina de Urgencias. Subdirector Médico HGZ # 86 Uruapan

Matricula 98057995

Email: ivan.ramirezl@imss.gob.mx

AGRADECIMIENTOS

Al personal de la unidad de hemodiálisis de la UMF # 82 Zamora, Michoacán, así como a los pacientes que se tomaron el tiempo de responder sus respectivas encuestas, además a mis asesores ya mencionados y sin dejar lo más importante de lado, por lo cual estoy aquí: ¡mi familia!

¡Gracias!

DEDICATORIA

A mis padres; A quienes admiro y respeto, son mi orgullo incondicional y apoyo para lograr mis metas, porque supieron impulsarme en los momentos más difíciles de mi carrera.

A los pacientes; Que desinteresadamente me apoyaron en la realización de este trabajo.

A mis asesores; Al Dr. Olalde, Torrijos y Ramírez por sus aportaciones para poder culminar mi tesis.

Índice

	Página
I. Resumen	1
II. Abstract	2
III. Marco Teórico	3
Introducción	
• Depresión Y Ansiedad En Enfermedad Renal Crónica Terminal	4
• Etiología	5
• Patogenia	6
• Tratamiento	7
• Ansiedad Y Depresión En Enfermedad Renal Crónica Terminal	8
• Escala De Ansiedad De Beck	9
Trascendencia	
Factibilidad	
•Justificación	10
• Planteamiento Del Problema	11
IV. Hipótesis	12
V. Selección De Muestra Y Procedimiento	13
VI. Operacionalización De Las Variables	14
VII. Descripción Operativa	18
• Análisis Estadístico	19
VIII. Aspectos Éticos	20
IX. Aspectos Financieros	21
X. Cronograma De Actividades	22
XI. Resultados	24
• Tabla 1 Sociodemográfica	
• Tabla 2 Nivel De Ansiedad	
• Tabla 3 Nivel De Depresión	25

XII. Discusión	27
XIII. Conclusión	29
XIV. Bibliografía	30
XV. Anexos	34
•Ficha De Identificación	
•Inventario De Ansiedad De Beck	35
•Inventario De Depresión De Beck	36
•Carta De Consentimiento Informado	42
•Hoja De Consentimiento Informado Del Director	46

I. RESUMEN

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS EN LA UMF 82, ZAMORA, MICHOACÁN.

Autores: López –Vieyra Edson, Olalde-Gil Andrés Eusebio, Torrijos –Zavala José Jorge, Ramírez- Laguna Iván Alberto.

INTRODUCCIÓN.

La depresión y la ansiedad son un par de comorbilidades frecuentes de este tratamiento que impactan negativamente en los resultados esperados del tratamiento.

OBJETIVO. Determinar la prevalencia de la ansiedad y depresión en la población con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal en la unidad de hemodiálisis.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. El estudio de 123 pacientes, se midió mediante el Inventario de depresión de Beck (BDI), y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para evaluar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva.

Resultados: Acorde al proceso que se realizó en esta investigación obtuvimos los siguientes resultados, lo cual demuestra que el objetivo de este estudio fue superado quedando demostrado que el 87% (107 pacientes) para ansiedad y el 88.6% (108 pacientes) para depresión siendo 71 hombres (83%) y 38 mujeres (100%) está presente en nuestra unidad.

Conclusión: La gran mayoría de los pacientes que se tratan en la unidad, tienen diagnósticos agregados a la enfermedad de base (ERCT), por lo cual su tratamiento debe verse en conjunto y multidisciplinario para obtener un tratamiento psicológico, psiquiátrico, así como somático, para que se vea reflejada su adhesión y adecuada evolución a la terapia de reemplazo renal (hemodiálisis).

PALABRAS CLAVE: enfermedad renal crónica terminal (ERCT), hemodiálisis, depresión, ansiedad.

II. INTRODUCTION

DEPRESSION AND ANXIETY ARE COMMON COMORBIDITIES IN THIS TREATMENT THAT NEGATIVELY IMPACT EXPECTED TREATMENT OUTCOMES.

Authors: López –Vieyra Edson, Olalde-Gil Andrés Eusebio, Torrijos –Zavala José Jorge, Ramírez- Laguna Iván Alberto.

OBJECTIVE: To determine the prevalence of anxiety and depression in the population diagnosed with end-stage chronic kidney disease in the hemodialysis unit.

MATERIALS AND METHODS: An observational, descriptive, prospective, and cross-sectional study. The study included 123 patients. Patients were measured using the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI) to assess the presence of anxiety and depressive symptoms.

Results: Based on the process used in this research, we obtained the following results, which demonstrate that the objective of this study was met. 87% (107 patients) were present for anxiety and 88.6% (108 patients) were present for depression in our unit, with 71 men (83%) and 38 women (100%).

Conclusion: The vast majority of patients treated in the unit have diagnoses in addition to the underlying disease (ESRD), so their treatment should be considered as a comprehensive, multidisciplinary approach to provide psychological, psychiatric, and somatic treatment, reflecting their adherence to and adequate progress with renal replacement therapy (hemodialysis).

KEY WORDS: end-stage chronic kidney disease (ESRD), hemodialysis, depression, anxiety.

III. MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica es considerada un problema de salud pública emergente a nivel mundial. Se debe de hacer mención en que este padecimiento tiene una presentación asintomática, insidiosa y progresiva, por lo que tiene un alto grado de dificultad su diagnóstico en etapas tempranas para evitar debutar en enfermedad renal terminal. (1)

Acorde al registro estatal de diálisis y trasplante de Jalisco el número de pacientes con enfermedad renal crónica terminal; *En términos de incidencia, la cifra se incrementó, de 92 por millón de habitantes en 1999 a 372 por millón de habitantes en el año 2007, lo cual constituye la segunda cifra más alta del mundo.* (2)

Esta enfermedad estará definida por una disminución de la función renal durante un periodo igual o mayor a tres meses. El daño renal se refiere a una amplia gama de anormalidades observadas durante la evaluación clínica, que pueden ser insensibles y no específicas para la causa de la enfermedad, pero pueden preceder a la reducción de la función renal. Dadas las características de dicha enfermedad se clasificará en 5 estadios o etapas acorde a la tasa de filtración glomerular, en donde dentro del estadio 1, 2 y 3 se encuentra una tasa de filtrado glomerular normal, una ligera disminución o una disminución moderada respectivamente. Posteriormente se encuentran los estadios 4 y 5 en donde hay una disminución grave de la misma y por último el fallo renal. *Cuando la tasa de filtración glomerular (GFR) es inferior a 15 ml/min/1.73 m², se establece es estadio terminal de la enfermedad, lo que requiere terapia de reemplazo renal (TRR), diálisis o trasplante como tratamientos alternativos.* (3)

El desarrollo de las manifestaciones clínicas es secundario al acumulo de metabolitos de la degradación de aminoácidos y proteínas musculares, urea y creatinina respectivamente, conocido así este fenómeno como azoemia, afectando a los diversos órganos y sistemas de igual manera, entre las principales características clínicas tenemos: facies abotagada, ansiedad, palidez, náuseas, vómitos, edema, irritabilidad, dolores abdominales, entre otras. (2,3)

HEMODIÁLISIS

La hemodiálisis es el tratamiento que generalmente es elegido para los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal, es un tratamiento médico complejo, donde mediante el dializador (riñón artificial), la sangre se bombea fuera del organismo. (1)

Consiste en la conexión de una máquina de diálisis de manera rutinaria, tres veces por semana con una duración de entre 3 y 5 horas (240 minutos regularmente), periodo en el cual se lleva a cabo la degradación de desechos tóxicos y exceso de agua del organismo, con el consecuente tratamiento individualizado farmacológico, cambios en la ingesta nutricional y restricción en la ingesta de líquidos. Para realizar este proceso, se debe colocar un acceso al sistema vascular, el cual puede ser mediante una fistula arteriovenosa, un catéter o injerto arteriovenoso. (1,3)

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL

Depresión viene del latín depressio: hundimiento. El desarrollo de condiciones neuropsiquiátricas es común entre pacientes con ERT en hemodiálisis de mantenimiento, pues la enfermedad se asocia a cambios drásticos en el estilo de vida del paciente. Por su alta morbilidad e impacto en la calidad de vida, la depresión es la más importante de estas complicaciones. La prevalencia de depresión entre pacientes en hemodiálisis es mayor a la de la población general y comúnmente pasa desapercibida para los profesionales de la salud. La depresión impacta negativamente en los resultados esperados del tratamiento, pues se asocia con una pobre adherencia al tratamiento farmacológico, función inmunológica alterada y bajo estado nutricional. Esta se asocia también con un mayor número de ingresos hospitalarios y estancias más prolongadas intrahospitalarias. (4)

Es conocido que por sí misma la depresión es un factor de riesgo ante cualquier enfermedad, la cual puede desencadenar empeoramiento de la enfermedad de base con la que cuente el paciente. Se calcula que, en el 2015, el número total de personas con depresión a escala mundial superaba los 300 millones. *La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha*

clasificado la depresión como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015). (5)

Los pacientes sometidos a hemodiálisis están sujetos a una calidad de vida reducida en comparación con la población general y tienen una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo. La relación entre la calidad de vida es inversamente proporcional a la prevalencia de la depresión. (5)

La creciente prevalencia de depresión en los últimos años la posicionan como un problema de salud pública en nuestro país, ya que se asocia con una elevada morbi-mortalidad, generando a su vez elevados costos en los sistemas de salud, también su prevalencia varía conforme la edad y se menciona que su pico de presentación es la adulta. (6)

A pesar de ser un trastorno mental el cual lo podemos encontrar en personas de cualquier esfera social, *es la psicopatología más frecuente en personas con ERCT y se atribuye a factores psicosociales y biológicos que caracterizan a la diálisis.* Dentro de los pacientes que inician su tratamiento se encuentran factores predisponentes reconocidos como el sexo femenino, raza blanca, el desempleo y la edad del paciente al momento de la diálisis para desarrollar el diagnóstico. (7)

Como definición de la depresión encontramos que, *para Beck, es un trastorno del pensar con una alteración de la afectividad y de la conducta con la distorsión cognoscitiva.* Se proporcionan otras definiciones debido al amplio estudio de esta, lo cual incluye síntomas de larga duración y progresión lenta como tristeza, falta de sueño, ausencia de interés, pérdida de la autoestima, ausencia de apetito, pérdida de concentración, cansancio, manifestaciones las cuales no presentaba de manera cotidiana. (8)

ETIOLOGÍA

A pesar de no tener un dato establecido y creer que puede ser similar a la de la población en general, se puede mencionar como una enfermedad multifactorial. *Se ha demostrado la naturaleza biológica con carga hereditaria sin mediar estresores descompensadores en grupos de pacientes, hay evidencia de alteraciones en los neurotransmisores cerebrales serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente, como factores predisponentes. (9)*

En la sintomatología cognitiva y del estado de ánimo que desarrollara el paciente con depresión y ERCT se encontraran *disforia, anhedonia, falta de valor o culpa excesiva, disfunción cognitiva e ideación y conducta suicida*, además de encontrar sintomatología somática tal como lo es la anorexia, trastornos del sueño, cansancio y retraso neuromotor. Esta sintomatología se puede utilizar como criterio diagnóstico para identificar la depresión. (10)

PATOGENIA

Debido a los continuos y elevados periodos de estrés que desarrolla el paciente al ingresar en la terapia de remplazo renal, su vida da un giro en torno al diagnóstico, lo que implica un cambio drástico en su vida cotidiana en diferentes aspectos como sería el físico, social y psicológico. Este estrés, conlleva a la elevación de ciertas hormonas implicadas dentro del metabolismo renal, las cuales se verán implicadas a nivel de sistema nervioso central o del eje Hipotálamo-Pituitaria-Adrenal llevando a un estado des adaptativo. *La prevalencia de la depresión varía en función del filtrado glomerular; así cuanto menor sea éste, más prevalencia de depresión vamos a encontrar.* Lo mismo ocurre con las ideas suicidas dentro de la misma población. (11)

Para el diagnóstico de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal se puede desarrollar por varias escalas tales como son la Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y el Inventario de depresión de Beck (BDI). (12)

Debido a la alta confiabilidad de la versión mexicana el más utilizado en nuestro país es el Inventario de depresión de Beck (BDI). Es una escala de 21 preguntas que evalúa espectro de síntomas depresivos y que presenta alternativas múltiples (cuatro alternativas de respuesta para cada ítem) que evalúa la gravedad/intensidad de los síntomas y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad de 0 a 3 (0 corresponde a síntomas leves o no presenta síntoma y 3 corresponde a síntomas graves). Su contenido se centra más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas representan entorno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativos síntomas

psicológicos cognitivos. *El intervalo normal para la puntuación total del IDB es de 0-9, no depresión, de 10-18, depresión leve, de 19-29 depresión moderada y grave oscila entre 30-63. (12)*

TRATAMIENTO

Ante este diagnóstico los pacientes renales suponen un reto extremadamente complicado para el médico dada la complejidad de la enfermedad renal crónica. Se debe buscar en todos aquellos pacientes renales sintomatología de depresión y tratarse si existieran, ya que suponen un deterioro en la calidad de vida de los pacientes y tienen efecto en el curso y pronóstico de la enfermedad. Este tratamiento debe ser individualizado, basándose en su cuadro clínico y en los hechos vitales y sociales de cada paciente. Su adecuado manejo de la depresión en el paciente renal debe incluir terapia farmacológica, psicoterapia o una combinación de ambas. (7,8)

Es bien sabido que ante múltiples patologías la actividad física recreativa (ejercicio) es benéfica, *basada en aspectos fisiológicos como la liberación de ciertos neurotransmisores como las endorfinas al torrente circulatorio provocando una sensación completa de bienestar.* Esta actividad recreativa llevaría al paciente a olvidarse de esa negatividad ante la enfermedad, a elevar su autoestima y mejorar su visión a futuro sobre su pronóstico. (13)

A todo paciente que vaya a ser sometido a una terapia renal sustitutiva se le debe hacer una evaluación inicial psicológica y reevaluar al menos cada dos años, buscando síntomas que nos hagan pensar en esta patología. (5)

Debido al proceso desencadenante en el cual se ve afectado el paciente con estos diagnósticos en sinergia, se tienen que *formular estrategias para reducir la carga y los costos relacionados a la enfermedad renal crónica debe ser incluida en los programas nacionales para las enfermedades no transmisibles. (14)*

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL

Hay pocos estudios de muestra, en los cuales se pueda basar la relación entre ansiedad y depresión. La ansiedad forma parte de un problema de salud en los pacientes con enfermedad renal crónica terminal, esta se desarrolla como una señal de alarma ante la enfermedad o conlleva a un trastorno incapacitante dentro de la misma. La prevalencia de ansiedad en estos pacientes varía del 12 al 52%. (8)

En los pacientes que se instauraron dentro de la terapia de reemplazo renal, *se caracterizan por sufrir en un plazo breve de tiempo un conjunto de cambios bruscos en su vida ligados a la enfermedad y al propio tratamiento que pueden debutar en trastornos ansiosos-depresivos.* (15)

Como se describe esta capacidad de nuestro organismo denominada “conducta” se desarrolla para protegerse de temores o situaciones de peligro las cuales son ajenas al individuo, y que forman parte de una adaptación al medio ambiente en el cual se desenvuelve cada uno de los seres humanos. Tal concepto se denomina *como la anticipación a una amenaza futura que surge de la percepción de estímulos generales potencialmente dañinos, evocando un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia.* (16)

FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgo de los cuales se tiene conocimiento se integran: *sexo femenino, enfermedades crónico-degenerativas, vivir solo, viudo o divorciado, baja escolaridad, eventos estresantes a lo largo de la vida, limitación física en actividades de la vida diaria.* (17)

Para el diagnóstico de ansiedad en el paciente renal crónico terminal se determina mediante El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). El cual cuenta con 21 ítems que evaluó la gravedad de los síntomas ansiosos en una escala de 0 (“en absoluto”) 1 (levemente no me molesta mucho), 2 (moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlos) y 3 (severamente, casi no podía soportarlo). (12)

Teniendo como puntuación normal para la puntuación total del BAI es de 0-7, la ansiedad leve es de 8-18, la ansiedad moderada es de 19-29 y la ansiedad grave oscila entre 30 y 63. (12)

ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK

El Inventario de Ansiedad de Beck (13) conocido como BAI por sus siglas en inglés, es una de las herramientas que se emplean con mayor frecuencia en todo el mundo, tanto en el ámbito de la investigación psicológica como en el campo clínico (14). Si bien no es un instrumento que tenga como fin diagnosticar los trastornos de ansiedad, pues no los clasifica y solamente indica la severidad de la sintomatología, su popularidad radica en su aplicación sencilla e interpretación práctica, y en que provee datos valiosos para una primera aproximación a dichos trastornos (15).

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (16). Instrumento autoadministrable de 21 reactivos con los que se evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva. Cada reactivo se califica de 0 a 3. La suma de todas sus respuestas varía de 0 a 63 puntos. Cuanto mayor es el resultado obtenido, mayor es la severidad de los síntomas depresivos. Un resultado superior a 10 revela presencia de depresión. Este instrumento está traducido, adaptado y estandarizado por Jurado (1998) para población mexicana, con una validez concurrente adecuada ($r = .70$) y alta consistencia interna ($\alpha = .87$). El índice de confiabilidad del cuestionario obtenido en la presente investigación fue de .88.

TRASCENDENCIA

El desarrollo de un estudio estadístico sobre información no documentada en la unidad de medicina familia N0. 82 UNIDAD DE HEMODIALIS de Zamora, Michoacán, con el objetivo primario de establecer la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes en terapia de sustitución renal con el objetivo de que se identificara a tiempo y derivar al servicio pertinente para su adecuada atención y tratamiento a priori de sus complicaciones.

FACTIBILIDAD

El estudio involucro la aplicación de dos encuestas, ya mencionadas en un lapso de tiempo no mayor a 30 minutos, dentro de la unidad de medicina familiar No. 82 UNIDAD DE

HEMODIALISIS, y debido a su estancia mayor a 240 minutos dentro de la misma, se puede realizar sin contratiempos, por lo que sí es factible.

VULNERABILIDAD

La correcta realización de este estudio se puede ver afectada por la indisponibilidad de los pacientes ante alguna eventualidad durante su sesión dialítica para la correcta aplicación de los cuestionarios.

¿Cuál es la prevalencia de la ansiedad y depresión de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal?

JUSTIFICACIÓN.

A consecuencia de los altos índices de casos a nivel mundial de personas con enfermedad renal terminal en tratamiento con hemodiálisis, se desprenden otros diagnósticos de esta enfermedad tales como son la ansiedad y depresión. Ambos padecimientos se suman a la carga emocional que el paciente con una enfermedad terminal tiene que sobrellevar para tratar de realizar su vida diaria acorde a la normalidad de sus necesidades diarias y del entorno que lo rodea.

Estos padecimientos pueden estar relacionados con el mal apego al tratamiento, una respuesta desfavorable al mismo, a sentir que la vida no tiene sentido y como consecuencia un acortamiento de la esperanza de vida de estos pacientes.

En este estudio identificamos el momento del debut del paciente, así como el grado de afectación que tienen cada uno de ellos en cada diagnóstico mencionado para apoyarles en el momento necesario y con el personal adecuado para que su apego al tratamiento sea adecuado, así como su esperanza de vida sea más larga, placentera y de calidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El número de pacientes con enfermedad renal crónica incrementó, de 92 por millón de habitantes en 1999 a 372 por millón de habitantes en el año 2007, lo cual constituye la segunda cifra más alta del mundo. Dentro de sus comorbilidades se encuentra la depresión y la ansiedad debido a las cifras postuladas a nivel mundial siendo depresión la primera causa de discapacidad mundial y ansiedad aunada a ella, causando un problema nacional de salud pública debido a su alto índice de morbi-mortalidad (17).

En nuestra región e institución no se cuentan con estudios epidemiológicos estadísticos que establezcan la prevalencia de ansiedad y depresión. Por lo cual se decidió realizar este estudio con el objetivo de establecer de manera objetiva y veraz la prevalencia de ansiedad y depresión en el paciente con ERCT (18).

¿Cuál es el porcentaje de pacientes con enfermedad renal crónica terminal de la UMF#82 presentan ansiedad y depresión?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de la ansiedad y depresión en la población con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal en la unidad Hemodiálisis en la UMF 82 de Zamora, Mich.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar oportunamente a los pacientes con riesgo de complicaciones secundarias a depresión y ansiedad.
- Determinar los grados de ansiedad
- Determinar los grados de depresión.

IV. HIPÓTESIS

El 50 % de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal de la UMF#82 presentaran ansiedad y depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Diseño: observacional.

Tipo de investigación: descriptivo.

Temporalidad: Prospectivo

Número de mediciones: transversal

POBLACIÓN DEL ESTUDIO

Todo paciente con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis en la UMF No. 82 UNIDAD DE HEMODIALIS en Zamora Michoacán.

SEDE DEL ESTUDIO

Unidad de Hemodiálisis UMF 82 Zamora.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tuvo un total de 126 pacientes en la unidad de hemodiálisis, por lo cual se tomaron al 100% de la población

LUGAR DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN

Se realizó en la sala de la unidad de hemodiálisis de la UMF No. 82.

V. SELECCIÓN DE MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad entre 18 a 75 años con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis.
- Ambos sexos
- Que acepten participar en el estudio
- Firma de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Menores de 18 años
- Mayores de 75 años

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Que no se encontraran contestada la encuesta en su totalidad.
- Que se retirara el paciente antes de terminar la encuesta

VIII.-TAMAÑO DE LA MUESTRA

El 100 % de la población el cual consto de 126 pacientes registrados que acudieron al servicio de hemodiálisis.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

VARIABLES:

Variable Dependiente: Ansiedad

Depresión

Variable Independiente: Enfermedad Renal Crónica Terminal

Variables Intervinientes: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN (Puntaje BAI-IBD)
ANSIEDAD	La ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas causas resultan menos claras; a menudo se acompaña de alteraciones fisiológicas y de comportamientos similares a los causados por el miedo. (18)	Se utilizará el inventario de ansiedad de Beck la cual se puede puntuar de la siguiente manera. Puntuación total del BAI: Normal: es de 0-7 puntos. Ansiedad leve: es de 8-18 puntos. Ansiedad moderada: es de 19-29 puntos. Ansiedad grave: entre 30 y 63 puntos.	CUALITATIVA	• Normal • Ansiedad leve • Ansiedad moderada • Ansiedad grave

DEPRESIÓN	La depresión es el trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza o falta de placer, problemas en la psicomotricidad, apetito, sueño, impulsos, pensamientos, somatizaciones.	Se utilizará el inventario de depresión de Beck el cual se puede puntuar de la siguiente manera. Puntuación total del IDB: No Depresión: de 0-9 puntos. Depresión leve: de 10 a 18 puntos. Depresión moderada: de 19-29 puntos. Depresión grave: entre 30-63 puntos.	CUALITATIVO A	• No depresión • Depresión Leve. • Depresión Moderada. • Depresión severa
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL.	La etapa final de la ERC se denomina enfermedad renal terminal (ERT). En esta etapa, los riñones ya no	Índice de filtrado glomerular de 15 ml/min o menos.	CUALITATIVO A	• índice de filtrado glomerular de 15 ml/min o menos.

	tienen la capacidad de eliminar suficientes desechos y el exceso de líquido del cuerpo.			
SEXO	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Se obtendrá de la hoja de recolección de datos	CUALITATIVO A	Hombre Mujer •
EDAD	Tiempo cumplido desde el nacimiento hasta la fecha en que se entrevista a una persona.	Se obtendrá de la hoja de recolección de datos	CUANTITATIVO VA	• De 18 a 75 años de edad cumplidos.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Tiempo que pasa desde el diagnóstico de una enfermedad o el comienzo del tratamiento hasta que la enfermedad empieza a empeorar o se disemina a otras partes del cuerpo.	Expediente clínico en años desde el diagnóstico de la enfermedad.	CUANTITATIVA	• A partir de la primera sesión de hemodiálisis, hasta el día de aplicación de la encuesta.
---------------------	--	---	--------------	---

VII. DESCRIPCIÓN OPERATIVA

Previo autorización del comité de ética e investigación, se acudió a la unidad de medicina familiar No. 82 “Unidad de Hemodiálisis” en el turno pertinente, ya sea matutino, vespertino o nocturno, acordando con el coordinador de la unidad de hemodiálisis los días en que tenían mayor afluencia de pacientes.

Se programó la visita para realizar las detecciones que tuvo como objetivo este estudio, las cuales son la escala de Ansiedad de Beck la cual es una herramienta para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, el cuestionario consto de 21 preguntas el cual proporciono un valor de 0 a 63 puntos. La puntuación de los reactivos se realizó sobre una escala Likert de 4 opciones (0 a 3). Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 00–21 - Ansiedad muy baja; 22–35 - Ansiedad moderada; más de 36 - Ansiedad severa. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Y la Escala de Depresión de Beck, se trató de un inventario autoadministrable que consto de 21 ítems que hacen referencia a síntomas característicos de la depresión. La puntuación de los reactivos se realiza sobre una escala Likert de 4 opciones (0 a 3). La puntuación total varía de 0 a 63, teniendo en cuenta puntos de corte según la gravedad e intensidad de síntomas depresivos: 0 - 13 = depresión mínima, 14 - 19 = depresión leve, 20 - 28 = depresión moderada y 29 - 63 = depresión severa. El inventario presenta adecuadas propiedades psicométricas para la población argentina, con una consistencia interna de alfa de Cronbach = .88. Se presentará el testista ante los pacientes a la hora de su ingreso en el transfer de la unidad de hemodiálisis, dando a conocer antes y durante su ingreso a la zona de terapia de reemplazo renal, el estudio que se tiene proyectado a realizar en la totalidad de los pacientes que acuden a dicha unidad, con el objetivo de determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en su población.

Conociendo el estudio que se realizó se les pregunto de manera individualizada y con deseo de participar, quien estuvo dispuesto a colaborar voluntariamente con el proyecto descrito, esperando en la participación el 100% de la población por turno, se explicó el consentimiento informado para de esta manera proceder a realizar las encuestas, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión descritos en el proyecto.

Posteriormente se otorgaron lápiz, borrador y tabla de madera con clip carta, la encuesta de Depresión de Beck, para la cual se otorgaron 15 minutos. Conforme cada paciente término su encuesta se procedió a recogerla e inmediatamente se aplicó el formato de Ansiedad de Beck, para el cual dispusieron de los mismos 15 minutos.

Al terminar de contestar la encuesta, todos y cada uno de los participantes de les agradeció su disponibilidad y sinceridad al momento de responder.

Este proceso se repitió en los distintos turnos con la misma secuencia y dinamismo descrito.

Los datos recabados se analizaron en un software (SPSS) a partir de las encuestas aplicadas, realizando las pruebas estadísticas planeadas y la veracidad de datos deseada en los objetivos descritos en la investigación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estadística Descriptiva:

El análisis estadístico fue:

Estadística Descriptiva: Incluyendo estadígrafos (rango, mínimo, máximo) así como medidas de tendencia central, (media, mediana y moda) y medidas de dispersión, (desviación estándar, varianza y coeficiente de variación), para las variables cuantitativas.

Para las variables cualitativas se usaron frecuencias.

Estadística Inferencial: se analizaron prueba de chi cuadrada de Pearson para contrastar si hubo asociación entre las variables, ansiedad y depresión como variables dependientes, y su relación con la variable independiente enfermedad renal crónica. Con un nivel de significancia estadística $p < 0.05$.

El programa estadístico fue el SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) versión 23.

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se considera de **riesgo mínimo**, se realizará de acuerdo a las normas de la Ley General de Salud de la república mexicana, así como la Declaración de Helsinki de la Asociación Mundial de Médicos enmendada en 2004 en Tokio Japón.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su artículo 17, se considera este estudio de Investigación como de Riesgo mínimo, ya que a los sujetos de este estudio no se les hizo intervención para modificar variables, pero el entrevistado puede identificarse con aspectos sensitivos de su conducta. De acuerdo a los lineamientos establecidos por el Instituto de investigaciones biomédicas para la investigación en humanos, el presente proyecto no presenta riesgo evidente, ya que no se realizará ningún tipo de procedimiento invasivo en ellos. Se regirá con normativas de investigación en humanos de Núremberg y la Declaración de Ginebra, además de la declarativa de privacidad para la divulgación científica. En esta investigación, debido a que se estará en contacto directo con los sujetos de estudio para la obtención de la información, se llevó a cabo a través de la aplicación de cuestionarios, por lo que se manejarán con la debida confidencialidad los datos obtenidos y la información personal de los sujetos de estudio, otorgándole una clave (siglas del nombre), para poder codificarlos como sujetos de estudio anónimos.

El consentimiento informado se realizó de acuerdo al artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada”. Se resguardará la confidencialidad de los datos de los pacientes, de conformidad a lo establecido a la Ley Federal de Protección de Datos Personales, en posesión de los particulares, capítulo 2, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, capítulo 4. El artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos estipula que “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación”.

IX. Aspectos financieros.

Materiales: se realizó un triplete de copias fotostáticas para la aplicación de la encuesta, por cada paciente a realizar la detección, los cuales son el consentimiento informado, y los formatos del instrumento para la detección de ansiedad y depresión.

Se otorgó lápiz, borrador y tabla de madera con clip carta.

Recursos físicos y humanos: participó en la recaudación de información, participó el autor del estudio como principal involucrado para la evaluación y análisis de la información. La unidad en donde se efectuó el estudio, cuenta con los recursos físicos necesarios para llevar a cabo los estudios de recaudación, análisis y establecimiento de resultados acordes a la información obtenida. En la unidad se cuenta con personal médico y no médico que proporciona la información requerida con carácter objetivo y veraz.

Financiamiento: No es requerido apoyo financiero, puesto que en la unidad se cuenta con los recursos materiales y humanos para la correcta realización del estudio.

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Mar zo Juli o 202 3	Noviem bre- diciemb re 2023	En ero - Abri l 2024	Ma yo 2024 - Oct 202 4	Noviembre 2024- Abril 2025	May o 2025 - octu bre 2025	Noviembr e 2025- Feb 2026
Diseño del protocolo de investigació n	X						
Evaluació n por el CEIS			X				
Reclutamien to pacientes o revisión de expedientes			X				

Aplicación de instrumentos			X	X			
Análisis de resultados			X	X			
Redacción de Resultados				X			
Redacción de discusión y conclusiones				X			
Redacción Tesis terminada					X		
Manuscrito Publicación						X	
Difusión Foro						X	

Examen de Grado							X
-----------------	--	--	--	--	--	--	---

XI. Resultados

Acorde al proceso que se realizó en esta investigación se obtuvo los siguientes resultados, lo cual demuestra que el objetivo de este estudio fue superado quedando demostrado que el 87% para ansiedad y el 88.6% para depresión está presente en nuestra unidad.

I. TABLA SOCIODEMOGRAFICA

Acorde a la distribución sociodemográfica de los pacientes incluidos en el estudio tenemos que el sexo masculino predomina con 85 pacientes con un porcentaje del 69.1%, mientras que el sexo femenino representa 38 pacientes con un porcentaje de 30.9%. Dando un rango de edad con mayor incidencia de 27 pacientes de 61 a 70 años (22%), 24 pacientes de 31 a 40 años (19.5%), 21 pacientes de 51 a 60 años (17%), 18 pacientes de 41 a 50 años (14.4%), 18 pacientes de 71 años y > (14.4%) y por ultimo 15 pacientes de 20 a 30 años (12.2%). Resultando con una media de 51.98, una mediana de 52.00 y una moda de 30.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	85	69.1%
MUJER	38	30.9%
EDAD (AÑOS)	N° PACIENTES	PORCENTAJE
20-30	15	12.2
31-40	24	19.5
41-50	18	14.4
51-60	21	17
61-70	27	22
71- >	18	14.4
Total	123	100

II. TABLA 2 NIVEL DE ANSIEDAD

Análisis. Acorde a los resultados obtenidos el nivel predominante de Ansiedad que se obtuvo fue Ansiedad Leve con un total de 80 pacientes sumando un 65%, seguido de Ansiedad Moderada con 19 pacientes sumando un 15.4%, posteriormente Sin Ansiedad 16 pacientes sumando un 13% y por ultimo Ansiedad Grave con 8 pacientes sumando el 6.5%.

Ansiedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No Ansiedad	16	13.0	13.0	13.0
	Ansiedad Leve	80	65.0	65.0	78.0
	Ansiedad Moderada	19	15.4	15.4	93.5
	Ansiedad Grave	8	6.5	6.5	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

III. TABLA 3 NIVEL DE DEPRESIÓN

Análisis. Acorde a los resultados obtenidos el nivel predominante de Depresión que se obtuvo fue Depresión Moderada con un total de 61 pacientes sumando el 49.6%, seguido de Depresión Leve con 28 pacientes sumando el 22.8%, posteriormente Depresión Severa con 20 pacientes sumando el 16.3% y por ultimo Sin Depresión con 14 pacientes sumando el 11.4%.

		Depresión			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No Depresión	14	11.4	11.4	11.4
	Depresión Leve	28	22.8	22.8	34.1
	Depresión Moderada	61	49.6	49.6	83.7
	Depresión Severa	20	16.3	16.3	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

TABLA IV. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

Tabla cruzada

		Depresión				Total
		No Depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Severa	
Genero del paciente	Hombre	14	22	36	13	85
	Mujer	0	6	25	7	38
Total		14	28	61	20	123

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.500 ^a	3	.015
Razón de verosimilitud	14.526	3	.002
Asociación lineal por lineal	7.304	1	.007
N de casos válidos	123		

Acorde a la Chi-cuadrado de Pearson tuvo una significancia asintótica bilateral de .015 con respecto al género del paciente en base a la depresión y sus niveles dentro del estudio realizado.

XII. DISCUSIÓN

Como enfermedad emergente dentro del sistema nacional de salud la enfermedad renal crónica debe de ser tratada multidisciplinariamente debido a la gran afectación física, mental y socioeconómica que lleva a cabo el paciente al contar con dicho diagnóstico.

Debido a los continuos y elevados periodos de estrés que desarrolla el paciente al ingresar en la terapia de remplazo renal, su vida da un giro en torno al diagnóstico, lo que implica un cambio drástico en su vida cotidiana en diferentes aspectos como sería el físico, social y psicológico.

A consecuencia de los altos índices de casos a nivel mundial de personas con enfermedad renal terminal en tratamiento con hemodiálisis, se desprenden otros diagnósticos de esta enfermedad tales como son la ansiedad y depresión. Ambos padecimientos se suman a la carga emocional que el paciente con una enfermedad terminal tiene que sobrellevar para tratar de realizar su vida diaria acorde a la normalidad de sus necesidades diarias y del entorno que lo rodea.

En su estudio Lidia Gómez Vilaseca, et al, menciona la prevalencia de estos trastornos difiere según los diversos autores entre el 25 y el 50% y algunos llegan hasta el 70%. Los factores que explican tanta variabilidad pueden ser las diferencias en el proceso de selección de los pacientes y los métodos de cribado y diagnóstico utilizados, por lo que sugiere que es necesario un mayor control, seguimiento y tratamiento de las alteraciones emocionales en pacientes con enfermedad renal crónica. (25)

Por su parte Gemma Reyes et al, que la enfermedad crónica puede significarse como un fenómeno altamente estresante, un reto, amenaza, pérdida o castigo, con los resultados obtenidos en este estudio se asocian muy cercanos y semejantes a los concretados en el

nuestro, en relación con ansiedad y depresión se encontró que el 67% resultados tienen semejanza. Con base a esto se sugiere que se complemente la asistencia médica y psicológica con la finalidad de afrontar los cambios que implican su enfermedad. (26). En cuanto a Abelardo Caso de la O et al, la prevalencia de ansiedad reportada mayormente se ubica entre 30% y 39%, mientras que la depresión en 40% y 49%. La ansiedad y la depresión son los trastornos psicológicos más frecuentes en los pacientes con ERC que reciben HD, con altas cifras de prevalencia y se atribuyen a varias razones, incluidos factores demográficos (género, estado civil, nivel educativo, situación económica), la duración del tratamiento de HD, el apoyo social, la aceptación de la enfermedad y la limitación en las actividades diarias. (27).

Contrasta con Laura Lacomaba-Trejo et al, la sintomatología emocional fue mayor en las mujeres y se asoció con la percepción de amenaza de la enfermedad. En nuestro caso, es más prevalente la sintomatología depresiva que ansiosa con una mínima diferencia del 1%, ya que de sus resultados obtenidos se objetiva que desde la perspectiva del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis la percepción global que tiene sobre su enfermedad es parcialmente negativa. Estudiar las creencias sobre la enfermedad, la ansiedad y el estado de ánimo podría mejorar la atención que se les ofrece a los pacientes. (28)

En esta enfermedad Rojas-Villegas et al, nos dice el estado de ánimo se ve afectado ante el impacto del diagnóstico, el tratamiento complejo y el deterioro integral constante, mostrando los porcentajes; permiten apreciar que algunos de ellos están afectados por estos síntomas psicopatológicos: 48,38% alcanza el nivel severo de síntomas depresivos y 35,48% presenta el nivel grave en ansiedad. Se analizó la relación de la adherencia terapéutica con estas variables psicológicas, encontrando que existe relación en dos factores: a) a mayor depresión, menor control de ingesta (alimentos y medicamentos), y b) a mayor depresión, menor seguimiento médico; estas vinculaciones entre depresión y los componentes de la adherencia fueron de intensidad media y un tamaño del efecto grande. (29)

Con respecto al sexo Rojas-Villegas et al, la mayoría de los pacientes eran hombres (57%), mientras que en el nuestro también se presentó una gran mayoría del mismo género (69%).

Este estudio reveló una mayor proporción de pacientes hombres, a diferencia de otros estudios en los que predominaban las mujeres en hemodiálisis por lo que el paciente está más propenso a presentar trastornos psicológicos como depresión y ansiedad, que son patologías de larga duración y de progresión lenta que afectan el estilo de vida y la dinámica familiar, que se suman a los cambios en el estado de salud de los pacientes, quienes pueden manifestar desde falta de sueño hasta disminución de la libido(30). A diferencia de *MaTeresa Marín López et al*, las mujeres experimentaron mayores niveles de ansiedad y depresión. Cabe destacar que los niveles de ansiedad en este estudio (15,9 %) son ligeramente inferiores a los de estudios anteriores. Sin embargo, los niveles de depresión (35,8 %) son similares a los de estudios previos. (31)

Coincidiendo a nuestro resultado *Amelia E. Páez et al*, el 56,7% de los participantes manifestó algún grado de depresión. Los niveles de ansiedad (estado y rasgo) correlacionaron positivamente con los de depresión. La ansiedad estado fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis. El grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media. (32)

Conforme la información desarrollados ya mencionados, se tiene que desarrollar un trabajo más amplio con relevancia en actividad física, actividades socioeconómicas y apoyo familiar en las cuales no se realizó énfasis dentro del estudio, como menciona *Rosa María Salas Muñoz et al*, tras un tratamiento psicológico los niveles de depresión descendieron en todos los pacientes excepto en aquellos con depresión leve, y en el caso de la ansiedad, tan sólo descendió en los pacientes con ansiedad elevada (33), lo cual podrá desarrollarse en un futuro tomando inicialmente esta tesis.

XIII. CONCLUSIÓN

Acorde al proceso a que se realizó en esta investigación se obtuvo que la gran mayoría de los pacientes que se tratan en la unidad tienen diagnósticos agregados a la enfermedad de base (ERCT), por lo cual su tratamiento debe verse en conjunto y multidisciplinario para obtener

un tratamiento psicológico, psiquiátrico, así como somático, para que se vea reflejada su adhesión y adecuada evolución a la terapia de reemplazo renal (hemodiálisis).

Recomendaciones: Se recomienda a los médicos familiares indagar en nuestros pacientes con ERC historial de trastornos mentales como ansiedad y depresión para evitar la cronicidad de estos padecimientos y brindar un mejor enfoque al tratamiento

XIV. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Jaramillo M., Romero H, Orozco M, y Reyes A. Estado emocional del paciente con insuficiencia renal crónica. Salud y Bienestar Colectivo. 2020; 4(1): 59-68.
- 2.- Ayala D N, Ruiz J F. Depresión en enfermedad renal crónica. H. puebla de Z. 2017. 1-36.
- 3.- Yarleque de Crisanto NL, Del Pilar SR. Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis del hospital Jorge Reátegui Delgado. Enfermedades no transmisibles. 2020. 1-45.
- 4.- Angulo JP, López VJ. “Depresión en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal que reciben tratamiento de hemodiálisis en la clínica renosalud, iquitos – 2016”. 2016. 1-58.
- 5.- . Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization;
- 6.- Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. 1-63.
- 7.- Pérez EM, Durante I, Figueroa MI. Ciencia, Salud y Género. Grupo Mujer y Ciencia, UNAM. 2021. 352-374.
- 8.- Granda MF, Rivera L, Álvarez ME. Factores que intervienen en la depresión de personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una población mexiquense. 2019.1-117.
- 9.- Muñoz Y, Vilca A. “Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el hospital regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2019. 1-62.

- 10.- Becerra E, Aguirre OD. “Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en Laurent centro de hemodiálisis -Cajamarca”, 2022. 2023. 1-50.
- 11.- Peña B, Martínez A, Garro E. Ansiedad y depresión en el paciente renal TFG-Anexo III. 1-36.
- 12.- Díaz BM, Solís CP, Cortez MS. Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V de un hospital estatal nivel iii-1 de Chiclayo, agosto-diciembre, 2017. 2019. 1-56.
- 13.- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893.
- 14.- Bardhoshi, G., Duncan, K. y Erford, B. (2016). Psychometric meta-analysis of the English version of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Counseling & Development*, 94(3), 356-373. doi: 10.1002/jcad.12090.
- 15.- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25, 39-48.
- 16.- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 213-223. doi: 10.1016/0887-6185(91)90002-B.
- 17.- Fernández MJ, Ibarra JL, Aguas EV, Aguas EV, González CE, Galvarino D. Revisión: Beneficios del ejercicio físico en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2018; 21 (2): 167/181. Disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
- 19.- Pérez LA, Salas PE, León LJ, López NC. Problemática de la insuficiencia renal: Aspectos Psicológicos; 2019. 1-19. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.1076-1094](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.1076-1094)

- 20.- Merino RM, Morillo N, Sánchez AM, Gómez VE, Crespo R. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enferm Nefrol.* 2019;22(3):274-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842019000300006>
- 21.- Macías M, Pérez C, López L, Beltrán L, Morgado C. Artículo de Revisión Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista de Neurobiología* 10(24):090519, 2019. Disponible en: <http://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/24.html>
- 22.- : Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona Mayor. *Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones.* México, IMSS; 2019 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- 23.- Fernández O, Jiménez B, Alfonso R, Sabina D, Cruz JR. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* ISSN:1727-897X Medisur 2012; 10(5).
- 24.- Jurado KM, Ortiz DC. Relación entre Depresión y la atención selectiva-sostenida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. 2021. 1-76.
- 25.- Gómez L, Pac N, Manresa M, y cols. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. *Servicio de Nefrología, Hospital de Palamós. Gerona. España*
- 26.- Reyes G. Niveles De Ansiedad Y Depresión En Pacientes Con Insuficiencia Renal. *Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México, marzo De 2015.*
- 27.- Caso A. Ansiedad Y Depresión En Pacientes Con Enfermedad Renal Crónica En Hemodiálisis. Lima – Perú 2023.
- 28.- Lacomba-Trejo L, Mateu-Mollà J, Cabajo E. Percepción De Amenaza De La Enfermedad Renal Crónica Avanzada Y Su Asociación Con La Sintomatología Ansiosa Y Depresiva. Vol. 8. Núm. 1. 2021. Artículo 9

- 29.- Rojas-Villegas Y, Ruíz-Martínez A O, González-Sotomayor R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>
- 30.- Arroyo-Montes AY, Ochoa-Tapia E. Depresión y ansiedad en pacientes con hemodiálisis en atención primaria. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2024;62(6): e5507. doi: 10.5281/zenodo.13306713.
- 31.- Marín Ma, Rodríguez-Rey M, Montesinos F. Factores asociados a la calidad de vida y su predicción en pacientes renales en hemodiálisis. *nefrología*. 2024; 2(3):318–326. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).
- 32.- Páez A, Jofré M, Azpiroz C, De Bortoli M. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica* V. 8 No. 1 enero-abril 2009. Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- 33.- Salas R, Fernández A. Repercusiones del tratamiento psicoterapéutico sobre indicadores psicosomáticos en el paciente renal en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2019 Ene-Mar;22(1):59-66. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842019000100009>.

XV. ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

UNIDAD MEDICA	
INICIALES DEL PACIENTE	
NSS	
NO. DE MAQUINA	
SEXO	
EDAD	
FECHA DE INGRESO A HD	

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	☐	☐	☐	☐
2	Acalorado.	☐	☐	☐	☐
3	Con temblor en las piernas.	☐	☐	☐	☐
4	Incapaz de relajarse	☐	☐	☐	☐
5	Con temor a que ocurra lo peor.	☐	☐	☐	☐
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	☐	☐	☐	☐
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	☐	☐	☐	☐
8	Inestable.	☐	☐	☐	☐
9	Atemorizado o asustado.	☐	☐	☐	☐
10	Nervioso.	☐	☐	☐	☐
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	☐	☐	☐	☐
12	Con temblores en las manos.	☐	☐	☐	☐
13	Inquieto, inseguro.	☐	☐	☐	☐
14	Con miedo a perder el control.	☐	☐	☐	☐
15	Con sensación de ahogo.	☐	☐	☐	☐
16	Con temor a morir.	☐	☐	☐	☐
17	Con miedo.	☐	☐	☐	☐
18	Con problemas digestivos.	☐	☐	☐	☐
19	Con desvanecimientos.	☐	☐	☐	☐
20	Con rubor facial.	☐	☐	☐	☐
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, frios o calientes.	☐	☐	☐	☐

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

INICIALES:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación..... Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado 1
Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a

Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3ª. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b.

Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3ª.

No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Instituto Mexicano Del Seguro Social
OOAD Michoacán

Unidad de hemodiálisis de la UMF No. 82.

Zamora, Michoacán, a _____ de _____ del 2023.

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación titulado: PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS EN LA UMF 82, ZAMORA, MICHOACÁN. Registrado ante el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación en salud del OOAD Michoacán con el número de registro: _____

El siguiente documento le proporciona información detallada. Por favor léalo atentamente.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO:

La enfermedad renal crónica es un diagnóstico emergente a nivel mundial considerada un problema de salud pública, ya que como estadística paso de 92 por millón de habitantes en 1999 a 372 por millón de habitantes en el año 2007, lo cual constituye la segunda cifra más alta del mundo. Conforme al desarrollo y tratamiento de ERCT, se desencadena en cierto porcentaje de la población descrita, el diagnóstico de ansiedad y depresión, por los múltiples escenarios adversos a los cuales se enfrenta este tipo de pacientes.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de la ansiedad y depresión en la población con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal en la unidad de hemodiálisis, así mismo con la identificación de pacientes que presenten ansiedad y/o depresión asociado a su enfermedad de base, se le otorgara de manera gradual y acorde a las necesidades, mediante su médico familiar, la derivación para su apoyo a otros servicios que puedan ser requeridos por el paciente, tales como psicología y/o psiquiatría, así como a trabajo social para el fortalecimiento de sus redes de apoyo, para lograr un tratamiento placentero, de calidad y alargue la esperanza de vida.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted acepta participar en el estudio se incluirá en grupo matutino, vespertino o nocturno acorde a su horario de tratamiento de hemodiálisis.

Se aplicarán dos cuestionarios: primero el Inventario de depresión de Beck (BDI). de 21 preguntas el cual contestara en 10 minutos aproximadamente.

2do.- El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). De 21 preguntas el cual contestara en un tiempo aproximado de 10 minutos

RIESGOS Y MOLESTIAS:

Los riesgos en este cuestionario no existen. Las molestias se pueden generar al momento de presentar algún problema durante su sesión de hemodiálisis.

BENEFICIOS

Los beneficios que usted obtendrá de este estudio, es que si se obtiene el resultado de que usted presenta ansiedad o depresión se enviara al departamento de trabajo social para invitarle a participar a un grupo de ayuda, se enviara a psicología y psiquiatría para que se le dé la atención y medicamento necesario para mejorar su salud.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO

Los resultados obtenidos se analizarán por la unidad de hemodiálisis de la UMF No. 82 para evaluar los resultados obtenidos y dar una propuesta en la que se lleve un seguimiento y tratamiento individualizado a todo paciente que resulte identificado dentro de este estudio.

PARTICIPACIÓN O RETIRO

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Es decir que, si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS ni su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibe. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente. Para los fines de esta investigación, sólo utilizaremos la información que usted nos brindó desde el momento en que aceptó participar hasta el momento en el cual nos haga saber que ya no desea a participar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de sus pruebas clínicas, para garantizar su privacidad. Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio. NO se dará información que pudiera revelar su identidad, siempre su identidad será protegida y ocultada, le asignaremos un número para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.

PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES

En caso de dudas sobre el protocolo de investigación podrá dirigirse con: Dr. Andrés Eusebio Olalde Gil, profesor titular de especialidad en medicina familiar, al teléfono particular 3515147332 o Email: andres.olalde@imss.gob.mx, o con alguno de sus colaboradores: Dr. Edson López Vieyra residente de primer año en medicina familiar, teléfono particular 4432183881 o Email: peloy88@hotmail.com, José Jorge Torrijos Zavala,

profesor titular de especialidad en medicina familiar, celular 3511358321, o Email jose.torrijos@imss.gob.mx, Dr. Rodrigo Iván Salado Gil, medico de base adscrito a unidad de hemodiálisis, teléfono celular: 3511562667 o Email: salado_gil12@hotmail.com.

- Dr. Eduardo Alberto Ung Medina, Secretario del Comité de Ética en Investigación en Salud 16038, con sede en la UMF 81, Domicilio en calle Tacámbaro 501, Colonia Valle Dorado, cp. 60130 Uruapan, Michoacán.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y Firma del Participante
consentimiento

Nombre y Firma de quien obtiene el

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Nombre, Dirección, Relación y Firma

HOJA DE NO INCONVENIENTE DEL DIRECTOR

Zamora, Michoacán a 08 de noviembre 2023

CARTA DE NO INCONVENIENTE.

Dr. Andrés E. Olalde Gil

Investigador Clínico.

Por medio de la presente, en respuesta a su petición por oficio, le hago de su conocimiento que no existe ningún inconveniente para que el Médico Residente de Medicina Familiar Dr. Edson López, quien está participando en el trabajo de investigación titulado **PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS EN LA UMF 82, ZAMORA MICHOACÁN.**

Realice su proyecto de investigación en esta unidad, por lo cual, se otorga la autorización para llevar a cabo la realización de encuestas al personal dirigido en esta investigación.

Debo recordar que se debe apegar a las disposiciones legales de la protección de datos personales, así como resguardar y mantener la confidencialidad de los datos de los participantes.

]-

Dr. Edson López Sánchez
Director Médico UMF 82
Zamora, Michoacán



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN MÉDICA



Dictamen de Aprobación

Comité Local de Investigación en Salud IMSS
Ciudad de México, D.F.

Registra CONFORME 17 DE 18 DE 2024
Registra CONFORME 17 DE 18 DE 2024

Fecha: México, 17 de marzo de 2024

Revisor (a): **Andrés Escobedo Velasco MD**

PRESENTE

Tras el estudio de notificación, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS EN LA UMR 62, BAHÍA MUCHACÁN**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

6-2024-1803-011

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATTESTACIÓN

Samuel Salazar Jarama
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1803

Imprimatur

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Edson López Vieyra

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODI...

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:532891061

Fecha de entrega

25 nov 2025, 8:06 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

25 nov 2025, 8:19 a.m. GMT-6

Nombre del archivo

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TE....pdf

Tamaño del archivo

1.4 MB

55 páginas

10.148 palabras

54.134 caracteres

25% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas
- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 24%  Fuentes de Internet
- 12%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión

Programa educativo	Curso de Especialización en Medicina Familiar	
Título del trabajo	Prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis en la UMF 82, Zamora, Michoacán.	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Edson Lopez Vieyra	
Director	Andrés Eusebio Olalde Gil	andres.olalde@imss.gob.mx
Codirector	Jose Jorge Torrijos Zavala	jose.torrijos@imss.gob.mx
Coordinador del programa	Dr. Cleto Alvarez Aguilar	cleto.alvarez@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial

Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	no	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	no	
Traducción a otra lengua	no	
Revisión y corrección de estilo	no	
Análisis de datos	no	
Búsqueda y organización de información	no	
Formateo de las referencias bibliográficas	no	
Generación de contenido multimedia	no	
Otro	Si	Traductor de Google

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Edson Lopez Vieyra
Lugar y fecha	Zamora, Michoacan 18/11/2025