

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



UANL

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Por

MARGIA DENISSE BADILLO CAMPOS

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2026

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



UANL

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Por

MARGIA DENISSE BADILLO CAMPOS

Director de Tesis

DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2026

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



UANL

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Por

MARGIA DENISSE BADILLO CAMPOS

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZO PALENCIA

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2026

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



UANL

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Por

MARGIA DENISSE BADILLO CAMPOS

Asesor Externo del Instituto Mexicano del Seguro Social

DR. RAMON VALLADARES TRUJILLO

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2026

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Aprobación de Tesis

Dra. Karla Selene López García
Director de Tesis

Dra. Karla Selene López García
Presidente

Dra. Nora Angélica Armendáriz García
Secretario

MCE. Santiago Enriqueta Esparza Almanza
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación



UANL

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL
EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Por

Lic. Margia Denisse Badillo Campos

Este trabajo fue realizado en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la Dirección de Tesis de la Dra. Karla Selene López García

Director de Tesis

Agradecimientos

A Dios, por la fortaleza, la claridad y la resiliencia que me permitieron culminar esta etapa tan significativa en mi vida profesional y personal.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-UANL) por ser el espacio que me formó, me retó y me impulsó a convertirme en una mejor profesional de la salud.

A la Dra. Karla Selene López García, mi directora de tesis, por su acompañamiento constante, su guía académica y su disposición para orientarme en cada fase de este proyecto. Su calidad humana y profesional marcaron una diferencia de enorme relevancia en mi formación.

Al Dr. Ramón Valladares Trujillo, asesor externo, por su guía, acompañamiento profesional y confianza. Su apoyo invaluable y oportunidad académica fue fundamental para el desarrollo de este proyecto. Gracias por creer en mi e impulsarme siempre a intentarlo todo.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por abrirme las puertas, por permitirme llevar a cabo este proyecto y otorgarme la beca que hizo posible continuar con mis estudios.

A la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), por el apoyo económico brindado para mi formación académica, permitiéndome dedicar tiempo, esfuerzo y dedicación plena a mis estudios de Maestría.

Finalmente, a todas las personas que de una u otra manera aportaron a esta tesis, gracias por su tiempo, compromiso y apoyo. Cada uno de ustedes forma parte de este logro.

Dedicatoria

Principalmente a mi hija, Melanie Denisse, mi mayor inspiración y razón de cada uno de mis pasos. Gracias por tu amor, tu entendimiento, tu paciencia y por todos los días recordarme que soy capaz de lograr todo lo que me proponga. Este triunfo es tuyo bebé.

A mi familia, por su apoyo incondicional, por su paciencia ante mis ausencias y por comprender los sacrificios que implicó este proceso. Esto lo comparto con ustedes, mamá, papá y hermana Karen.

A mi tía Alma, por apoyarme para iniciar mi trayectoria en el IMSS. Gracias por creer en mí, sin tu apoyo esto no sería posible.

A mi abuelita, Conchita, por sus porras inagotables, su fe en mí y el orgullo con el que siempre ha visto mi camino en la enfermería.

A mi amiga Karla por siempre recordarme mi fortaleza, por sus ánimos y por entender que mis ocupaciones no eran distancia, si no parte del camino.

A mi perrita Taffy, que se acostaba junto a mi escritorio cada vez que me sentaba a trabajar, me regalaste calma, compañía y un amor que no necesita palabras.

Y, por último, pero no menos importante, a mí misma, por no rendirme, por sostenerme incluso en los días difíciles y por descubrir de lo que soy capaz. Esta tesis es también un recordatorio de mi disciplina, mi esfuerzo y mi crecimiento.

Índice

Contenido	Página
Aprobación de Tesis	i
Hoja de Declaración	ii
Agradecimientos	iii
Dedicatoria	iv
Lista de Abreviaturas	vii
Lista de Tablas	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	1
Antecedentes	3
Estudios Relacionados	4
Síntesis de la literatura	11
Marco de Referencia	13
Síntomas de Ansiedad	13
Consumo de Alcohol	14
Justificación	16
Definición de Términos	17
Objetivos	19
Material y Métodos	20
Diseño de Estudio	20
Población, Muestreo y Muestra	20
Criterios de Selección	20
Instrumentos de Medición	21
Procedimiento de Recolección de Datos	23
Consideraciones Éticas	24
Análisis de Datos	26
Resultados	27
Consistencia Interna de los Instrumentos	27
Estadística Descriptiva	28

Índice

Contenido	Página
Discusión	45
Conclusiones	50
Recomendaciones	51
Referencias	52
Anexos	58
1. Carta de Consentimiento Informado	59
2. Cédula de Datos Personales	63
3. Prevalencia de Consumo de Alcohol	64
4. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	65
5. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	66
Resumen Autobiográfico	67

Lista de Abreviaturas

α	Alpha de Cronbach
AUDIT	Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol
β	Beta
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck
<i>DE</i>	Desviación Estándar
ERC	Enfermedad Renal Crónica
<i>f</i>	Frecuencia
FAEN	Facultad de Enfermería
HD	Hemodiálisis
IC 95%	Intervalo de Confianza al 95%
LI	Límite Inferior
LS	Límite Superior
Mdn	Mediana
n	Muestra
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Razón de probabilidad

Lista de Tablas

Número	Título	Página
1	Confiabilidad de los instrumentos	27
2	Características sociodemográficas	28
3	Frecuencia y porcentaje de Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	29
4	Frecuencia y porcentaje de Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) por sexo	31
5	Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol	32
6	Medidas de Tendencia Central y Dispersión de variables continuas con prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov	33
7	Frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT	34
8	Consumo dependiente de alcohol de acuerdo con el AUDIT	35
9	Consumo dañino o perjudicial de alcohol de acuerdo con el AUDIT	36
10	Niveles de ansiedad	37
11	Distribución de los niveles de ansiedad según el sexo	37
12	Prevalencia de consumo de alcohol	38
13	Prevalencia de consumo de alcohol de acuerdo con el sexo	39
14	Diferencias de ansiedad mínima de acuerdo con la prevalencia de consumo de alcohol	40
15	Diferencias de ansiedad leve de acuerdo con la prevalencia de consumo de alcohol	41
16	Diferencias de ansiedad moderada de acuerdo con la prevalencia de consumo de alcohol	42
17	Diferencias de ansiedad severa de acuerdo con la prevalencia de consumo de alcohol	43
18	Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables de Síntomas de Ansiedad y Consumo de alcohol	43

Resumen

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Autor: Margia Denisse Badillo Campos

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema creciente de salud pública y un número importante de pacientes requiere hemodiálisis (HD), tratamiento que implica alta carga física y emocional. La ansiedad es uno de los trastornos emocionales más frecuentes en esta población, con prevalencias reportadas entre 20 % y 50 %. Paralelamente, el consumo de alcohol es una conducta relevante en adultos, aunque su impacto en la ERC es heterogéneo y poco estudiado en pacientes en HD. La interacción entre ansiedad y consumo de alcohol ha sido ampliamente documentada en población general, pero existe escasa evidencia en personas con ERC.

Objetivo: Determinar los síntomas de ansiedad y su relación con el consumo de alcohol en pacientes adultos con ERC en tratamiento de hemodiálisis.

Material y métodos: Estudio descriptivo correlacional de corte transversal, realizado en un Hospital General de Zona de Monterrey, México. La muestra fue de 135 pacientes adultos con ERC en tratamiento de HD, seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por sexo; el tamaño de muestra se calculó con base en una prueba de correlación, considerando $\alpha = .05$, una potencia del 90 % y un tamaño de efecto pequeño a mediano. Se utilizaron la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Se evaluó la consistencia interna mediante alfa de Cronbach, estadística descriptiva, prueba de normalidad Kolmogorov–Smirnov, estimación puntual por IC 95 %, prueba chi cuadrada de Pearson y el coeficiente de correlación de Spearman. El estudio contó con aprobación de los comités de ética correspondientes.

Resultados: La media de edad fue de 52.6 años (DE = 13.04), predominando comorbilidades como hipertensión (91.1 %) y diabetes mellitus (56.3 %). La confiabilidad del BAI fue aceptable ($\alpha = .90$). Predominaron los niveles de ansiedad mínima y leve (74.8 %), identificándose diferencias significativas según el sexo, con mayor proporción de ansiedad moderada y severa en mujeres (33.8 %). La prevalencia de consumo de alcohol fue baja; el consumo alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses fue mayor en hombres, sin diferencias por sexo en el consumo reciente. De acuerdo con el AUDIT, el 6.7 % presentó consumo sensato, sin casos de consumo dependiente o perjudicial. No se identificó correlación significativa entre ansiedad y consumo de alcohol ($r_s = -.06$, $p > .05$).

Conclusiones: En pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis se identificaron niveles predominantemente bajos de ansiedad, con diferencias significativas según el sexo, observándose mayor presencia de ansiedad moderada y severa en mujeres. El consumo de alcohol fue bajo, sin evidencia de consumo dependiente o perjudicial, y no se identificó relación significativa con la ansiedad. Los hallazgos resaltan la importancia de la evaluación sistemática de la salud emocional y sugieren futuras investigaciones sobre los determinantes psicosociales del afrontamiento en esta población.

Abstract

ANXIETY SYMPTOMS AND THEIR RELATIONSHIP WITH ALCOHOL CONSUMPTION IN ADULT PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING HEMODIALYSIS

Author: Margia Denisse Badillo Campos

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is a growing public health problem, and a significant proportion of patients require hemodialysis (HD), a treatment associated with a high physical and emotional burden. Anxiety is one of the most frequent emotional disorders in this population, with reported prevalence rates ranging from 20% to 50%. In parallel, alcohol consumption is a relevant behavior among adults; however, its impact on CKD is heterogeneous and remains poorly studied in patients undergoing HD.

Although the interaction between anxiety and alcohol consumption has been widely documented in the general population, evidence in individuals with CKD is limited.

Objective: To determine anxiety symptoms and their relationship with alcohol consumption in adult patients with CKD undergoing hemodialysis.

Materials and methods: A descriptive correlational cross-sectional study was conducted in a General Zone Hospital in Monterrey, Mexico. The sample consisted of 135 adult patients with CKD undergoing HD, selected through stratified random sampling by sex. Sample size was calculated based on a correlation test, considering an alpha level of .05, a statistical power of 90%, and a small-to-moderate effect size. Data were collected using a Personal Data and Alcohol Consumption Prevalence Form, the Beck Anxiety Inventory (BAI), and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Internal consistency was assessed using Cronbach's alpha. Descriptive statistics were performed, along with the Kolmogorov–Smirnov normality test, point estimation with 95% confidence intervals, Pearson's chi-square test for group differences, and Spearman's correlation coefficient to analyze the relationship between anxiety and alcohol consumption. The study was approved by the corresponding ethics committees.

Results: The mean age of participants was 52.6 years (SD = 13.04), with a predominance of comorbidities such as hypertension (91.1%) and diabetes mellitus (56.3%). The reliability of the BAI was acceptable ($\alpha = .90$). Minimal and mild anxiety levels predominated (74.8%), and significant differences were identified according to sex, with a higher proportion of moderate and severe anxiety among women (33.8%). Alcohol consumption prevalence was low; lifetime and past 12-month consumption were higher in men, with no sex differences in recent consumption. According to the AUDIT, 6.7% of participants showed sensible drinking, with no cases of dependent or harmful consumption. No significant correlation was found between anxiety and alcohol consumption ($r_s = -.06$, $p > .05$).

Conclusions: Adult patients with CKD undergoing hemodialysis exhibited predominantly low levels of anxiety, with significant differences by sex, showing a higher presence of moderate and severe anxiety among women. Alcohol consumption was low, with no evidence of dependent or harmful drinking, and no significant relationship with anxiety was identified. These findings highlight the importance of systematic assessment of emotional health in this population and suggest the need for future research addressing psychosocial determinants of coping in patients with CKD.

Introducción

El consumo de alcohol constituye un serio problema de salud pública a nivel mundial, por su elevada prevalencia y las múltiples consecuencias físicas, psicológicas y sociales que conlleva. Se estima que alrededor de 2300 millones de personas consumen alcohol en el mundo, lo que se asocia con cerca de tres millones de muertes anuales, equivalente aproximadamente al 5% de todas las defunciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). El consumo de alcohol se relaciona con más de 200 enfermedades y trastornos, entre ellos diversas enfermedades no transmisibles, dentro de las cuales se incluye la Enfermedad Renal Crónica (ERC) (Secretaría de Salud [SS], 2022).

La ERC se ha consolidado como un problema de salud de gran relevancia epidemiológica. A nivel global se calcula que cerca del 10% de la población padece alguna forma de enfermedad renal, y que en 2019 aproximadamente 850 millones de personas vivían con enfermedad renal en el mundo (International Society of Nephrology [ISN], 2019). En México, se ha reportado una prevalencia cercana al 12%, con una tasa de mortalidad de 51 defunciones por cada 100 000 habitantes (SS, 2022). Una proporción importante de estos pacientes requiere terapias de sustitución renal, entre ellas la hemodiálisis (HD), que implica asistir de forma periódica a una unidad especializada, someterse a un procedimiento invasivo y modificar de manera estricta hábitos de vida como la alimentación, la hidratación y la actividad laboral.

En el contexto nacional, la salud mental y el bienestar emocional de la población han adquirido creciente relevancia como componentes fundamentales de la salud integral. La Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado y Salud (ENBIARE, 2021) reporta que una proporción considerable de la población mexicana presenta distintos niveles de bienestar y malestar emocional, lo que pone de manifiesto la importancia de atender la salud mental desde una perspectiva preventiva y de salud pública (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021)

Por otra parte, el consumo de alcohol se ha vinculado tanto al desarrollo y progresión de la ERC como a un mayor riesgo de mortalidad, aunque la evidencia no es totalmente consistente. Algunos estudios señalan que el consumo excesivo de alcohol puede favorecer el deterioro de la función renal y acelerar la progresión hacia estadios

avanzados de la enfermedad, mientras que otros han encontrado asociaciones distintas dependiendo de la cantidad y el patrón de consumo (Cheungpasitporn et al., 2014; Fan et al., 2019; Lee et al., 2021; Yuan et al., 2021). En pacientes en HD, se han reportado porcentajes importantes de consumo problemático de alcohol, lo que podría añadir un factor de riesgo adicional en una población vulnerable (Hegde et al., 2000; Seeman et al., 2018).

Asimismo, los trastornos de ansiedad constituyen uno de los problemas de salud mental más frecuentes a nivel mundial y se ha descrito una relación estrecha entre los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de alcohol (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Las personas con trastornos mentales comunes, como la ansiedad, presentan una mayor probabilidad de desarrollar problemas relacionados con el alcohol, y el consumo excesivo puede, a su vez, intensificar o precipitar los síntomas ansiosos, configurando una interacción bidireccional compleja (Anker & Kushner, 2019; Fernández et al., 2021; Puddephatt et al., 2021; Pikulicka et al., 2013). Sin embargo, la evidencia que aborda específicamente esta relación en pacientes adultos con ERC en tratamiento de HD es limitada, concentrándose la mayoría de los resultados en población general u otros grupos clínicos.

En este contexto, resulta relevante explorar la relación entre los síntomas de ansiedad y consumo de alcohol en pacientes adultos con ERC en tratamiento de HD, con el propósito de aportar evidencia que contribuya a la comprensión de estos fenómenos en una población de alto riesgo y, en el futuro, favorecer el diseño de intervenciones integrales que contemplen tanto el componente clínico como el bienestar emocional de los pacientes.

Por lo que el propósito del presente estudio fue Identificar los síntomas de ansiedad y su relación con el consumo de alcohol en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Antecedentes

La ERC representa un problema de salud pública de gran relevancia en México y el mundo. Los reportes epidemiológicos estiman que alrededor del 10% de la población mundial presenta algún grado de enfermedad renal, mientras que en México se ha documentado una prevalencia cercana al 12%, con una tendencia creciente en la última década (Secretaría de Salud, 2022; International Society of Nephrology, 2019). Gran parte de los pacientes con ERC progresan hacia estadios avanzados que requieren terapias de sustitución renal, especialmente la hemodiálisis.

La hemodiálisis (HD) constituye un tratamiento sustitutivo que permite la supervivencia de los pacientes con enfermedad renal avanzada, pero implica una carga física, emocional y social significativa. El procedimiento requiere asistir varias veces por semana a una unidad especializada, permanecer conectado a una máquina por períodos prolongados y realizar ajustes estrictos en la dieta, hidratación y estilo de vida. Estas condiciones, sumadas a la progresión de la enfermedad y a las complicaciones propias del tratamiento, suelen afectar la adaptación emocional de los pacientes, generando la vulnerabilidad psicológica y una reducción considerable en la calidad de vida (Mosleh et al., 2020). En este sentido, se ha documentado una alta carga emocional, así como la presencia de ansiedad y otros trastornos psicológicos asociados al proceso de la enfermedad y a las demandas del tratamiento, lo que impacta negativamente en el bienestar integral del paciente (Hernández & Maldonado, 2019).

En este contexto, la ansiedad ha sido identificada como uno de los trastornos emocionales más frecuentes en pacientes con ERC, especialmente en aquellos en tratamiento de HD. Diversos estudios reportan prevalencias entre 30% y 50% cifras considerablemente superiores a las observadas en la población general (Mosleh et al., 2020; Moya Ruiz, 2017). Así como en una revisión sistemática y metaanálisis se reportó que la ansiedad en estos pacientes iba desde el 19% hasta un 43% en síntomas elevados, identificándose como factores de riesgo la presencia de comorbilidades, duración del tratamiento, disminución de calidad de vida y factores psicosociales asociados (Huang & Wee, 2021).

Por otra parte, el consumo de alcohol ha sido señalado como un factor que puede influir tanto en la aparición como en la progresión de la ERC. La evidencia ha

documentado que los patrones de consumo excesivo pueden favorecer el deterioro renal, alterar la función cardiovascular y aumentar el riesgo de complicaciones metabólicas (Cheungpasitporn et al., 2014; Fan et al., 2019) en pacientes en HD, algunos estudios han identificado porcentajes relevantes de consumo problemático, lo que podría agravar su estado clínico y afectar la adherencia a las recomendaciones médicas (Hegde et al., 2000; Seeman et al., 2018).

Además, se ha descrito una relación compleja entre los trastornos de ansiedad y el consumo de alcohol. La literatura señala que las personas que experimentan ansiedad tienen una mayor probabilidad de recurrir al alcohol como forma de afrontamiento, mientras que el consumo excesivo puede intensificar los síntomas ansiosos o precipitar recaídas (Anker & Kushner, 2019). Esta interacción bidireccional ha sido ampliamente estudiada en población general y en grupos clínicos específicos; sin embargo, la evidencia en pacientes con ERC en HD es limitada, y los estudios disponibles muestran resultados heterogéneos y no concluyentes.

A pesar del reconocimiento de la alta prevalencia de ansiedad y de los riesgos asociados al consumo de alcohol en esta población, la investigación que explore conjuntamente ambos fenómenos en pacientes adultos con ERC en tratamiento de HD es escasa. La mayoría de los estudios se han centrado en medir únicamente ansiedad o únicamente consumo de alcohol, sin analizar de manera integral su posible relación. Esto evidencia una brecha en el conocimiento que justifica la realización del presente estudio.

Estudios Relacionados

En este apartado se expone la revisión bibliográfica de los estudios previos relevantes que respaldaron el estudio actual, los cuales exploraron las variables de ansiedad y consumo de alcohol en pacientes con enfermedad renal crónica.

En España, Moya Ruiz (2017) realizó un estudio observacional descriptivo transversal en un Hospital de Córdoba, donde evaluó el estado emocional de los pacientes en hemodiálisis e identificó las necesidades de apoyo emocional. Tuvo una muestra de 66 pacientes y utilizó como instrumento la herramienta para la detección del estado emocional de pacientes en diálisis (EE-D) y encontraron un 92.4% de pacientes con alteración emocional, lo que confirma la elevada vulnerabilidad psicológica de esta

población. Aunque este estudio no evalúa directamente la ansiedad, sus hallazgos evidencian un estado emocional comprometido que puede predisponer a la aparición de síntomas ansiosos en pacientes con ERC en tratamiento de HD.

En Arabia Saudita, Mosleh et al. (2020) realizaron un estudio transversal con 122 pacientes con ERC en hemodiálisis, utilizando la escala HADS para evaluar ansiedad y depresión. Los autores reportaron que 24.6% de los pacientes presentó ansiedad y 22.1% ansiedad borderline, indicando una elevada carga emocional en esta población. La ansiedad fue significativamente más frecuente en mujeres ($p = .049$). En el análisis multivariado, la edad se asoció con la depresión ($OR = 1.049$; $p = .027$), mientras que ninguna variable explicó de forma independiente la ansiedad.

En Argentina, Páez et al. (2009) evaluaron los niveles de ansiedad en 30 pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis utilizando el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE). Los autores reportaron que el 16.7% de los pacientes presentó ansiedad estado baja, 30% ansiedad moderada y 3.3% ansiedad alta, mientras que para ansiedad rasgo 16.7% mostró niveles bajos, 33.3% moderados y 23.3% altos, confirmando una elevada presencia de síntomas ansiosos en esta población. La ansiedad estado mostró asociaciones significativas con los meses en hemodiálisis ($r = -.437$; $p = .016$) y la edad ($r = .556$; $p = .001$), mientras que ansiedad rasgo se correlacionó significativamente con los valores de uremia ($r = -.474$; $p = .009$) y creatinina ($r = -.412$; $p = .030$). Asimismo, los pacientes de mayor edad presentaron puntuaciones significativamente más altas tanto en ansiedad estado ($t = -2.315$; $p = .028$) como ansiedad rasgo ($t = -2.497$; $p = .019$), lo cual sugiere que la edad y las características clínicas pueden influir en la manifestación de ansiedad en personas que reciben hemodiálisis.

En Jordania, Alshelleh et al. (2022) evaluaron la ansiedad en 103 pacientes con enfermedad renal crónica mediante el GAD-7 y reportaron que el 50.4% presentó algún grado de ansiedad, distribuida en ansiedad leve (25.2%), moderada (22.3%) y severa (2.9%). Además, la ansiedad presentó asociaciones negativas y significativas con todos los dominios de calidad de vida evaluados mediante el WHOQOL-BREF, incluyendo el dominio físico ($r = -.46$; $p < .001$), psicológico ($r = -.34$; $p < .001$), relaciones sociales ($r = -.23$; $p = .017$) y ambiente ($r = -.34$; $p < .001$), indicando que mayores niveles de

ansiedad se relacionan con una peor calidad de vida. También se observaron asociaciones clínicas relevantes, donde mayores niveles de ansiedad se relacionaron con menor tasa de filtración glomerular ($r = -.20$; $p = .047$). Estos hallazgos resaltan el impacto de la ansiedad en el bienestar general de los pacientes con ERC y su interacción con factores clínicos y psicosociales.

En Colombia, Amador Cannals et al. (2020) analizaron la ansiedad en 225 pacientes con ERC en dos unidades de diálisis, encontrando una prevalencia del 41.33% (93), de los cuales 64 presentaron ansiedad menor y 29 ansiedad mayor. El análisis bivariado identificó varios factores protectores, incluyendo tener pareja (RP = .23; IC 95% [.17, .31]), contar con apoyo familiar (RP = .42; IC 95% [.29, .60]), estar empleado (RP = .56; IC 95% [.40, .78]) y recibir buena atención del personal de salud (RP = .69; IC 95% [.48, .94]). En contraste, fueron factores de riesgo para ansiedad llevar más de dos años en diálisis (RP = 2.73; IC 95% [1.42, 5.22]), estar en hemodiálisis en lugar de diálisis peritoneal (RP = 2.92; IC 95% [1.71, 4.99]), así como presentar comorbilidades como EPOC (RP = 3.19; IC 95% [2.53, 4.03]) y diabetes mellitus (RP = 3.23; IC 95% [2.30, 4.52]). También se observó mayor ansiedad entre quienes tenían antecedente familiar de enfermedad renal (RP = 3.58; IC 95% [2.46, 5.22]), las mujeres (RP = 4.46; IC 95% [2.07, 9.62]) y los pacientes mayores de 50 años (RP = 4.73; IC 95% [3.24, 6.91]). Estos hallazgos evidencian que la ansiedad en población latinoamericana con ERC se asocia tanto a factores clínicos como sociodemográficos y familiares.

Cheungpasitporn et al. (2014) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 20 estudios observacionales con 292,431 participantes para analizar la relación entre el consumo elevado de alcohol y el daño renal. Los autores encontraron una asociación inversa entre alto consumo de alcohol y riesgo de enfermedad renal crónica en población general (RR = .83; IC 95% [.71, .98]; $p = .03$). Sin embargo, no se observó asociación significativa con enfermedad renal terminal (RR = 1.00; IC 95% [.55, 1.82]) ni con proteinuria (RR = .85; IC 95% [.62, 1.17]). Además, en un análisis secundario por sexo, se observó que esta asociación inversa fue más pronunciada en hombres (RR = .72; IC 95% [.57, .90]) que en mujeres (RR = .78; IC 95% [.58, 1.03]) aunque en ambos casos se mantuvo dentro de un rango estadísticamente comparable. Los autores señalan que estos hallazgos deben interpretarse con cautela, ya que la

mayoría de los estudios incluidos era de diseño transversal, dependían del autoinforme del consumo y estaban sujetos a factores de confusión como hipertensión, diabetes, obesidad y estilo de vida. Este metaanálisis enfatiza la importancia de estudiar el consumo de alcohol en personas con enfermedad renal, especialmente en aquellos en hemodiálisis, donde su impacto puede ser clínicamente más grave.

Fan et al. (2019) realizaron una revisión narrativa exhaustiva sobre el consumo de alcohol en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), describiendo que entre 20–36% de estos pacientes consume alcohol de forma regular y aproximadamente un 10% presenta consumo excesivo. Los autores señalan que el alcohol actúa como un “arma de doble filo”, ya que, aunque algunas investigaciones en población general han sugerido posibles efectos favorables del consumo ligero a moderado, en pacientes con ERC predominan los efectos perjudiciales. Algunos mecanismos fisiopatológicos pueden agravar la hipertensión, aumentar la proteinuria y acelerar la progresión de la ERC. Los autores concluyen que, debido a las múltiples comorbilidades y vulnerabilidad metabólica de los pacientes con ERC, el consumo excesivo de alcohol debe evitarse y no se recomienda iniciar consumo en personas previamente abstemias.

Yuan et al. (2021) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 25 estudios prospectivos de cohorte, con un total de 514,148 participantes y 35,585 casos incidentes de enfermedad renal crónica (ERC). Los autores evaluaron el riesgo de ERC según niveles de ingesta de alcohol estandarizados en gramos por día y encontraron una asociación inversa entre el consumo de alcohol y la aparición de ERC. El consumo ligero (<12 g/día) se asoció con un 10% menor riesgo de ERC (RR = .90; IC 95% [.85, .95]), el consumo moderado (12–24 g/día) con un 14% menos riesgo (RR = .86; IC 95% [.76, .89]) y el consumo alto (>24 g/día) con una reducción del 15% (RR = .85; IC 95% [.74, .92]). El análisis dosis–respuesta mostró un patrón no lineal tipo “J”, indicando que la reducción del riesgo se estabiliza con ingestas mayores a 30 g/día. Sin embargo, los efectos protectores fueron significativos principalmente en hombres y en adultos menores de 50 años, mientras que en mujeres y mayores de 60 años la relación fue débil o no significativa. Los autores advierten que estos hallazgos se basan en población general y deben interpretarse con cautela, ya que los efectos del alcohol pueden diferir en personas con comorbilidades, especialmente aquellas con ERC establecida.

Lee et al. (2021) llevaron a cabo un estudio de cohorte basado en población coreana con 5729 adultos, a quienes se les dio seguimiento durante 12 años para evaluar la relación entre el consumo de alcohol y los cambios en la función renal. El consumo de alcohol se clasificó en cuatro categorías (no bebedores, <10 g/día, 10–30 g/día y $\geq$ 30 g/día), y el desenlace principal fue el cambio en la tasa de filtrado glomerular estimada (TFG). Los resultados ajustados mostraron que, comparados con los no bebedores, los participantes que consumían 10–30 g/día presentaron un menor declive en TFG ($\beta = 1.86$; IC 95% [.86, 2.86]), mientras que aquellos con consumo $\geq$ 30 g/día tuvieron un deterioro aún más lento ($\beta = 3.05$; IC 95% [1.89, 4.21]). Además, el riesgo de presentar un declive acelerado de la función renal, definido como una reducción $\geq$ 20 ml/min/1.73 m² en 12 años, fue 35% menor en el grupo con consumo $\geq$ 30 g/día (OR = .65; IC 95% [.50, .86]). La frecuencia de consumo también mostró asociación favorable: quienes bebían de 1 a 3 veces por semana y $\geq$ 4 veces por semana presentaron menor declive en la función renal. No obstante, episodios de consumo excesivo (binge drinking) se relacionaron con un deterioro mayor de la TFG. Los autores concluyen que un consumo regular y moderado de alcohol podría asociarse con mejor preservación de la función renal en población general sana, aunque advierten que estos resultados no pueden extrapolarse directamente a personas con enfermedad renal crónica o múltiples comorbilidades.

Zhao et al. (2023) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis de alta calidad metodológica que incluyó 107 estudios de cohorte, con un total de 4.8 millones de participantes y 425,564 muertes, con el objetivo de evaluar la asociación entre la ingesta diaria de alcohol y la mortalidad por todas las causas. A diferencia de metaanálisis previos, los autores ajustaron sesgos metodológicos frecuentes, como el *abstainer bias* y el *former-drinker bias*, lo que permitió una estimación más precisa del riesgo real. Tras estas correcciones, no se identificaron efectos protectores del consumo ligero o moderado de alcohol sobre la mortalidad. En particular, el consumo ocasional (RR = 0.96; IC 95% [0.86, 1.06]) y el consumo de bajo volumen (RR = 0.93; IC 95% [0.85, 1.01]) no se asociaron con reducciones significativas del riesgo. Por el contrario, se observó un incremento progresivo y significativo en la mortalidad conforme aumentaba el nivel de consumo: 25–44 g/día (RR = 1.12; IC 95% [1.06, 1.17]), 45–64

g/día (RR = 1.19; IC 95% [1.07, 1.32]) y ≥ 65 g/día (RR = 1.35; IC 95% [1.23, 1.47]). Los autores concluyen que, al corregirse las limitaciones metodológicas de estudios anteriores, desaparecen las aparentes asociaciones protectoras del consumo de alcohol, reforzando la evidencia de que incluso niveles considerados moderados pueden implicar riesgos para la salud, particularmente en mujeres y adultos mayores.

En un estudio reciente, Moeinzadeh et al. (2023) analizaron a 3374 pacientes para evaluar la relación entre el consumo de alcohol y la prevalencia y severidad de la enfermedad renal crónica. Los autores clasificaron el consumo como nulo, ocasional (< 6 bebidas/semana) y frecuente (≥ 6 bebidas/semana). En el análisis crudo no se observó una asociación significativa entre el consumo de alcohol y la prevalencia general de ERC (OR = 1.21; $p = .739$ para consumo ocasional; OR = .58; $p = .339$ para consumo frecuente). Sin embargo, al ajustar por factores de confusión como edad, comorbilidades cardiovasculares, hipertensión, perfil lipídico y parámetros renales el consumo ocasional incrementó significativamente el riesgo de presentar ERC etapa 2 en comparación con etapa 1 (OR = 3.35; $p = .005$), así como el riesgo de ERC en etapas 3 y 4 (OR = 6.12; $p < .001$). Estos hallazgos sugieren que incluso patrones de consumo considerados leves pueden asociarse con mayor severidad de ERC cuando se controlan adecuadamente los confusores clínicos, resaltando la relevancia de considerar el papel del alcohol en poblaciones con daño renal establecido.

Diversos estudios han demostrado que la ansiedad y el consumo de alcohol presentan una elevada comorbilidad y comparten mecanismos psicológicos y neurobiológicos que explican su coexistencia. Anker y Kushner (2019) señalan que hasta un 50 % de los individuos que reciben tratamiento por consumo problemático de alcohol cumplen también criterios para uno o más trastornos de ansiedad, lo que posiciona a la ansiedad como un factor de riesgo relevante para el desarrollo de abuso o dependencia. Desde la perspectiva psiquiátrica y epidemiológica, la presencia de un trastorno de ansiedad incrementa hasta 2.3 veces la probabilidad de desarrollar dependencia al alcohol, y este riesgo se eleva aún más cuando las personas consumen alcohol con fines de afrontamiento emocional (“drinking to cope”), alcanzando incrementos de hasta cinco veces. A nivel psicológico, la hipótesis de reducción de tensión plantea que el consumo de alcohol puede ser utilizado como estrategia para

mitigar el malestar emocional, lo que favorece patrones de uso más frecuentes, mayor severidad clínica y un incremento en la probabilidad de recaída. En el ámbito neurobiológico, ambos trastornos comparten alteraciones en el sistema de respuesta al estrés, incluyendo hiperactividad de la amígdala y disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, lo cual potencia el afecto negativo y perpetúa el ciclo ansiedad-consumo de alcohol ansiedad. Además, investigaciones de cohorte sugieren que en la mayoría de los casos la ansiedad antecede al consumo perjudicial de alcohol, especialmente en el trastorno de ansiedad social, donde hasta 75% de los pacientes presentan primero el cuadro ansioso. Estos hallazgos respaldan la estrecha relación entre ansiedad y alcohol y fundamentan la pertinencia de evaluar su asociación en poblaciones clínicas específicas, como los pacientes con enfermedad renal crónica.

Fernández et al. (2021) evaluaron la relación entre los síntomas de ansiedad y el abuso de alcohol en una muestra de 1050 estudiantes universitarios brasileños durante la pandemia por COVID-19. La prevalencia de abuso de alcohol fue del 18.7%, mientras que la presencia de ansiedad leve, moderada y severa correspondió a 31.3%, 29.6% y 24.2 %, respectivamente. Los análisis de regresión logística jerárquica demostraron que los niveles más altos de ansiedad constituían un predictor significativo del abuso de alcohol. En particular, los estudiantes con ansiedad moderada presentaron una probabilidad 10.05 veces mayor de abuso de alcohol ($OR = 10.05$; IC 95 % [4.12, 24.52]; $p < .001$), y aquellos con ansiedad severa mostraron un riesgo 15.82 veces mayor ($OR = 15.82$; IC 95 % [6.46, 38.73]; $p < .001$) en comparación con quienes no presentaban ansiedad. Estos hallazgos confirman una fuerte asociación dosis-respuesta entre la severidad de los síntomas ansiosos y el consumo problemático de alcohol, lo que respalda la pertinencia de analizar esta relación en diferentes poblaciones clínicas y sociales, incluyendo pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

Silva y Tucci (2018) analizaron la relación entre ansiedad, consumo de alcohol y las consecuencias asociadas en una muestra de estudiantes universitarios brasileños. En la evaluación inicial, el estudio encontró que el consumo de alcohol presentó una media de 11.55 puntos en AUDIT ($DE = 3.51$), mientras que los niveles de ansiedad, evaluados mediante el Inventario de Ansiedad de Beck, registraron una media de 9.62 puntos ($DE = 6.72$). El análisis correlacional reportó una asociación positiva y significativa

entre ansiedad y consumo de alcohol, con una correlación de $r = .63$ (IC 95 % [.40, .78]) entre las puntuaciones de ansiedad y AUDIT en el primer momento de evaluación, así como una correlación de $r = .58$ (IC 95 % [.34, .75]) entre ansiedad y las consecuencias negativas del consumo (RAPI). Aunque las correlaciones disminuyeron en los seguimientos a seis meses y un año ($r = .41$ y $r = .33$, respectivamente), se mantuvieron dentro del rango positivo, lo que refuerza que mayores niveles de ansiedad se asocian con un patrón más riesgoso de consumo de alcohol y con un incremento en las consecuencias derivadas del mismo. Los autores concluyen que la ansiedad representa un factor importante en la explicación del consumo de alcohol en jóvenes universitarios y recomiendan el desarrollo de intervenciones dirigidas a la reducción de síntomas ansiosos para disminuir los riesgos asociados al consumo de alcohol en esta población.

Los estudios revisados coinciden en que la ansiedad es frecuente en personas con enfermedades crónicas y que el consumo de alcohol puede relacionarse con el malestar emocional en diversos contextos. Sin embargo, existen inconsistencias entre los hallazgos, ya que algunos autores reportan una asociación clara entre ansiedad y consumo, mientras que otros no encuentran una relación significativa. Además, la mayoría de las investigaciones se han realizado en poblaciones distintas a quienes viven con enfermedad renal crónica y reciben hemodiálisis, por lo que persiste un vacío de conocimiento respecto a cómo interactúan estas variables en este grupo. Esta falta de evidencia específica justifica la necesidad de realizar el presente estudio.

Síntesis de la Literatura

La evidencia científica disponible muestra que tanto la ansiedad como el consumo de alcohol son condiciones frecuentes en diversas poblaciones adultas y presentan una relación estrecha y bidireccional. Diversos estudios han documentado que la ansiedad puede incrementar el riesgo de consumir alcohol como una forma de afrontamiento emocional, favoreciendo patrones de uso problemático. Anker y Kushner (2019) describen que los mecanismos psicológicos y neurobiológicos compartidos entre la ansiedad y el consumo de alcohol explican su elevada co-ocurrencia y la tendencia a que ambas condiciones se potencien mutuamente. Esta relación también se ha observado en estudios conductuales, donde mayores niveles de ansiedad se asocian con mayor probabilidad de consumo riesgoso o abuso de alcohol (Fernández et al., 2021), así como

con un mayor número de consecuencias negativas vinculadas al consumo (Silva & Tucci, 2018). En paralelo, la literatura sobre ansiedad en personas con enfermedad renal crónica muestra prevalencias elevadas y asociaciones con factores clínicos y sociodemográficos. Estudios en distintos países reportan niveles significativos de ansiedad en pacientes con ERC, independientemente del instrumento utilizado. Por ejemplo, se han descrito prevalencias entre 20 % y 48 %, con variaciones según sexo, duración de la enfermedad y condiciones clínicas específicas (Moya; Mosleh; Pérez; Alshelleh; Amador Cannals).

En varios estudios se observan asociaciones significativas entre ansiedad y variables como edad, tiempo en tratamiento, parámetros bioquímicos o comorbilidades, lo que indica que la ansiedad es un componente relevante del estado emocional y clínico de esta población. Respecto al consumo de alcohol y su relación con la función renal, los hallazgos son más heterogéneos. Estudios de cohorte en población general han reportado asociaciones aparentemente protectoras del consumo leve o moderado sobre la función renal o el riesgo de desarrollar ERC (Lee et al., 2021; Yuan et al., 2021). No obstante, revisiones sistemáticas y metaanálisis más recientes han demostrado que, al ajustar adecuadamente factores de confusión, estos supuestos beneficios tienden a desaparecer y el riesgo aumenta conforme se incrementa la cantidad de alcohol consumida, especialmente en niveles moderados a altos (Zhao et al., 2023).

Asimismo, algunos estudios en poblaciones específicas reportan que ciertos patrones de consumo pueden asociarse con una mayor probabilidad de presentar etapas más avanzadas de ERC o un peor perfil clínico (Moeinzadeh et al., 2023). La literatura fisiopatológica agrega que el alcohol puede generar efectos contrapuestos sobre el sistema renal mediante mecanismos de estrés oxidativo, inflamación y alteraciones hemodinámicas (Fan et al., 2019).

En conjunto, la literatura indica que la ansiedad se asocia con un mayor riesgo de consumo problemático de alcohol, y que el consumo de alcohol, incluso en cantidades consideradas moderadas, puede tener repercusiones relevantes en la salud física, incluida la función renal. De manera simultánea, los pacientes con enfermedad renal crónica presentan una elevada carga emocional y clínica, lo que hace pertinente analizar la

interacción entre ansiedad y consumo de alcohol en esta población, dado que ambos factores pueden influir de forma conjunta en su bienestar y evolución clínica.

Marco de Referencia

El marco de referencia integra los conceptos teóricos que permiten comprender las variables centrales de este estudio: la ansiedad y el consumo de alcohol, así como su posible interacción en personas con enfermedad renal crónica sometidas a hemodiálisis. Su propósito es establecer una base conceptual clara que sustente el planteamiento del problema y dé coherencia a los objetivos propuestos.

Síntomas de ansiedad

Los síntomas de ansiedad, según Aaron Beck (1979), uno de los fundadores de la terapia cognitiva, se refieren a un estado de inquietud, aprehensión o preocupación intensa que puede surgir como resultado de la percepción de una amenaza inminente o de situaciones estresantes. Beck describe la ansiedad como una respuesta emocional que involucra pensamientos catastrofistas y distorsiones cognitivas que exacerban la percepción de peligro.

En su modelo cognitivo de la ansiedad, Beck enfatiza la importancia de los pensamientos automáticos negativos y las interpretaciones distorsionadas de eventos o situaciones como factores clave en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. Asimismo, desarrolló el Inventario de Ansiedad (BAI), un cuestionario autoadministrado que evalúa la intensidad de los síntomas de ansiedad en adultos, entre los cuales se incluyen síntomas fisiológicos como inquietud, temblor, sudoración, taquicardia, disnea, tensión muscular, cefalea, malestar estomacal y mareos; cognitivos, como dificultad para concentrarse, olvido, preocupación excesiva, pensamientos catastróficos, miedo a perder el control, inquietud y algunos otros síntomas conductuales como irritabilidad, dificultad para dormir, inquietud motora, impaciencia y dificultad para relajarse.

Este instrumento interpreta la clasificación de ansiedad en mínima, donde se presentan síntomas leves o ausentes, el individuo puede funcionar normalmente en su vida diaria y no requiere intervención profesional; leve, donde existen síntomas moderados que pueden causar incomodidad, el individuo puede tener dificultades para concentrarse o relajarse, la intervención profesional puede ser útil para manejar los síntomas y prevenir que empeoren; moderada, donde los síntomas son significativos e

interfieren con la vida diaria, puede haber dificultades para dormir, trabajar o mantener relaciones, la intervención profesional es necesaria; y severa, donde los síntomas son graves y debilitantes, puede haber dificultades para realizar tareas básicas o mantener su independencia, la intervención inmediata es necesaria.

La asociación entre la ansiedad, la enfermedad renal crónica (ERC) y el consumo de alcohol es compleja y suele funcionar como un círculo vicioso, donde la enfermedad provoca ansiedad y el consumo de alcohol se utiliza a menudo como un mecanismo de afrontamiento inadecuado, empeorando tanto la salud mental como la física (Mendieta y Ticona, 2025).

Consumo de alcohol

El alcohol es la droga psicoactiva más consumida a nivel mundial, con propiedades que generan dependencia. La regulación mexicana conocida como la Norma Oficial Mexicana [NOM-028-SSA-2009] define una bebida alcohólica como aquella que contiene alcohol etílico en una concentración que va desde el 2% hasta el 55% (Secretaría de Salud, 2009). El 45% del consumo total de alcohol corresponde a bebidas preparadas y la cerveza es la segunda bebida alcohólica en términos de alcohol puro consumido 34%, seguida del vino 12% (OMS, 2018). El alcohol puede provocar que la persona que lo consume tenga efectos negativos en su vida y su bienestar, como pueden ser significativas repercusiones sociales y económicas tanto para los individuos como para la sociedad en conjunto (Secretaría de Salud, 2022). El consumo de bebidas alcohólicas en exceso recarga las funciones renales que podrían ocasionar lesiones tisulares e hipofosfatemia (KDOQI, 2002).

El Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) fue desarrollado por la OMS como un método simple de cribado del consumo excesivo de alcohol y detectar posibles trastornos relacionados con el consumo. Los resultados de dicho instrumento se clasifican en sensato, dependiente y perjudicial. El consumo sensato se presenta cuando no se excede de cuatro bebidas estándar en hombres y dos en mujeres, lo que equivale de 20 a 40 gramos de alcohol; asimismo, se puede aumentar el riesgo de consecuencias adversas para la persona que consume o para los demás. La dependencia al consumo de alcohol se implica dar prioridad a la ingesta de alcohol sobre otras actividades y obligaciones, se ve

incrementada la tolerancia y se presenta dificultad para controlar la ingesta, el consumo de bebidas en hombres oscila de cinco a nueve bebidas y de tres a cinco por ocasión en mujeres. Respecto al consumo perjudicial se presenta cuando en un día se ingieren diez bebidas estándar en hombres (60 gramos o más diarios) y seis o más en mujeres (40 gramos diarios), y conlleva consecuencias para la salud física y mental (Babor et al., 2001; De la Fuente & Kershenobich, 1992).

El consumo de alcohol también se evalúa a través de la prevalencia, que se destaca como el número de personas que padecen una enfermedad, conducta o problema determinado en un momento dado. Se clasifican en cuatro tipos: prevalencia global, número de personas que consumen alcohol alguna vez en la vida; prevalencia lápsica, número de personas que han consumido alcohol en los últimos doce meses; la prevalencia actual es el número de personas que han consumido alcohol en el último mes y la prevalencia instantánea, número de personas que han consumido alcohol en los últimos siete días (Bonita & Beaglehole, 2008; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz et al., 2011).

En personas con enfermedad renal crónica sometidas a hemodiálisis, los síntomas de ansiedad pueden verse favorecidos por la carga física y emocional que implica un tratamiento sustitutivo de por vida, así como por la presencia de síntomas corporales y cambios en la funcionalidad diaria. Desde el modelo cognitivo de Beck, estas condiciones pueden activar pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas relacionadas con la percepción de amenaza, pérdida de control y preocupación por la salud, lo que contribuye al mantenimiento del estado ansioso. En este contexto, el consumo de alcohol puede presentarse como una estrategia de afrontamiento desadaptativa orientada a reducir transitoriamente el malestar emocional; sin embargo, su uso conlleva riesgos importantes para la salud física y mental, particularmente en pacientes con enfermedad renal, debido a la sobrecarga metabólica y al potencial impacto negativo sobre el tratamiento y las comorbilidades, lo que refuerza la necesidad de analizar de manera conjunta la ansiedad y el consumo de alcohol en esta población. (Beck, 1979; Babor et al., 2001; Secretaría de Salud, 2009).

Justificación

La enfermedad renal crónica representa un problema de salud de gran impacto social y sanitario, especialmente para las personas que requieren hemodiálisis como tratamiento sustitutivo. Más allá de las complicaciones físicas asociadas a este procedimiento, los pacientes enfrentan una carga emocional significativa derivada de la incertidumbre del pronóstico, las restricciones en el estilo de vida y la dependencia de un tratamiento recurrente. Estas condiciones favorecen la presencia de síntomas de ansiedad, los cuales pueden influir de manera importante en el bienestar emocional y en la forma en que los pacientes enfrentan su proceso de enfermedad.

De manera paralela, el consumo de alcohol constituye un comportamiento relevante en la población adulta, el cual puede adquirir diferentes significados psicológicos y sociales, particularmente en personas que experimentan tensiones crónicas relacionadas con su estado de salud. Si bien la evidencia señala resultados heterogéneos sobre el efecto del alcohol en la función renal, es claro que su consumo puede tener implicaciones clínicas y emocionales en quienes viven con enfermedad renal crónica. Asimismo, se ha documentado que el alcohol puede emplearse como una estrategia de afrontamiento frente al malestar emocional, lo que hace pertinente explorar su relación con la ansiedad en este grupo de pacientes.

A pesar de que tanto la ansiedad como el consumo de alcohol han sido estudiados de manera individual en personas con enfermedad renal crónica, existe poca evidencia que analice la relación entre ambos fenómenos en pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis. Esta ausencia de información limita la comprensión integral de los factores emocionales y conductuales que pueden influir en la experiencia del tratamiento y en la manera en que los pacientes manejan su condición.

Por ello, resulta relevante generar evidencia que permita identificar si existe relación entre los niveles de ansiedad y el consumo de alcohol en esta población. Comprender esta interacción puede aportar elementos valiosos para ampliar el conocimiento científico sobre los factores psicoemocionales vinculados a la ERC en tratamiento sustitutivo, así como para orientar futuras investigaciones que profundicen en el abordaje integral del paciente en hemodiálisis.

Definición de Términos

A continuación, se presentan los términos que incluye el presente estudio

Edad: Años cumplidos del participante al momento de realizar la encuesta.

Sexo: Característica biológica y fisiológica en condición de femenino o masculino.

Ocupación: Actividad a la que se dedica el participante, la cual se considera como trabaja y no trabaja.

Estado civil: Situación legal del participante respecto a una pareja al momento de realizar la recolección de datos. Las opciones incluyen soltero/a, casado/a, unión libre, divorciado/a, viudo/a.

Síntomas de ansiedad: Estado de inquietud, aprehensión o preocupación intensa que puede surgir como resultado de la percepción de una amenaza inminente o de situaciones estresantes como el tratamiento de hemodiálisis en la enfermedad renal crónica. Se midió a través del "Inventario de Ansiedad de Beck" (BAI por sus siglas en inglés), también conocido como "Beck Anxiety Inventory" en inglés (Beck, 1979).

Ansiedad mínima: Las personas con esta puntuación generalmente no experimentan síntomas significativos de ansiedad, puede haber ligera inquietud o nerviosismo transitorio.

Ansiedad leve: Sugiere la presencia de algunos síntomas de ansiedad, pero estos no suelen interferir de manera importante en la vida diaria de la persona, puede haber nerviosismo constante, dificultad leve para relajarse y/o molestias físicas leves.

Ansiedad moderada: Presencia notable de síntomas de ansiedad que podrían comenzar a afectar el funcionamiento cotidiano y generar incomodidad. La persona puede estar experimentando más preocupaciones y malestar muscular constante, dificultad para concentrarse, sensación de irre realidad o miedo anticipatorio frecuente.

Ansiedad severa: Síntomas severos que podrían interferir significativamente en la vida diaria, como tener ataques de pánico o un alto grado de angustia emocional, terror sin causa clara, insomnio severo.

Consumo de alcohol: Es la ingesta de bebidas alcohólicas en los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, se consideraron los tipos de consumo sensato, dependiente y perjudicial. Se midió a través del Cuestionario de

Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) (De la Fuente y Kershenobich, 1992).

Consumo de sensato: Es el consumo de alcohol que no excede de cuatro bebidas estándar en hombres y dos bebidas estándar en mujeres.

Consumo dependiente: Es la ingesta de cinco a nueve bebidas en hombres y de tres a cinco bebidas por ocasión en mujeres.

Consumo perjudicial: Es la ingesta en un día típico de 10 o más bebidas en hombres y 6 o más en mujeres.

Prevalencia global: Es la ingesta de alcohol de alguna vez en la vida.

Prevalencia lápsica: Es el consumo de alcohol en los últimos doce meses.

Prevalencia actual: Es el consumo de alcohol en los últimos 30 días.

Prevalencia instantánea: Es el consumo de alcohol en los últimos siete días en pacientes con enfermedad renal crónica.

Estos datos sociodemográficos y de prevalencia de consumo de alcohol fueron recolectados a través de una Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol.

Objetivos

A continuación, se presentan los objetivos que guiaron el presente estudio.

Objetivo general

Determinar los síntomas de ansiedad y su relación con el consumo de alcohol en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Objetivos específicos

1. Describir los síntomas de ansiedad de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo con el sexo.
2. Determinar la prevalencia de consumo de alcohol de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica (prevalencia alguna vez en la vida, prevalencia en el último año, prevalencia en el último mes y la prevalencia en los últimos 7 días) de acuerdo con el sexo.
3. Identificar los tipos de consumo de alcohol (sensato, dependiente y perjudicial) de acuerdo con el sexo.
4. Determinar las diferencias que existen entre los síntomas de ansiedad y la prevalencia de consumo de alcohol de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Material y Métodos

El siguiente capítulo describe el tipo de diseño de estudio, población, muestreo y muestra; así como criterios de selección, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y el análisis de datos.

Diseño de estudio

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. Este tipo de diseño permitió describir las variables y analizar las relaciones entre ellas (Grove & Gray, 2019). Fue descriptivo porque describió los síntomas de ansiedad y el consumo de alcohol. Es de tipo correlacional ya que se examinó la relación entre ambas variables en los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Fue de tipo transversal porque se tomarán los datos de los participantes en un solo momento de tiempo.

Población, muestreo y muestra

Para este estudio, la población estuvo integrada por pacientes con enfermedad renal crónica que acudieron a sesión de hemodiálisis en un Hospital General de Zona de la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, México.

El tamaño de la muestra fue de 135 pacientes, el cual se calculó a través del paquete estadístico nQuery Advisor® 7.0 (Elashoff, 2007), utilizando los siguientes parámetros: para una prueba de Coeficiente de Correlación con un nivel de significancia de .05, para una hipótesis bilateral alternativa, se consideró una potencia del 90%, un efecto de diseño 0.3, con tamaño de efecto pequeño a mediano (Cohen, 1998) y, una tasa de no respuesta del 20%. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado por sexo.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes con ERC que se encontraran en tratamiento de hemodiálisis que tengan 18 años o más y tengan voluntariedad para responder los instrumentos.

Criterios de exclusión

Pacientes con enfermedad renal aguda, así como pacientes con referencia a tratamiento de hemodiálisis para protocolo de trasplante.

Criterios de eliminación

Pacientes que durante la entrevista decidan no continuar con su participación o pacientes que durante la entrevista presenten signos de alarma o complicaciones.

Instrumentos de medición

Se utilizó una Cédula de Datos Personales para datos generales, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para valorar la ansiedad y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, Babor et al., 2001) para determinar el consumo de alcohol.

La Cédula de Datos Personales estuvo conformada por edad, género, estado civil, ocupación, tiempo de tratamiento y comorbilidades. Después, se presentó la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, últimos doce meses, últimos treinta días y últimos siete días.

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), desarrollado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988), consta de 21 ítems que contemplan la gama de síntomas relacionados con la ansiedad. El objetivo es medir la severidad de los síntomas de ansiedad en individuos. Es un instrumento psicométrico diseñado para ayudar en el diagnóstico y evaluación de la ansiedad, proporcionando una forma estandarizada de identificar y cuantificar los síntomas ansiosos. Cada ítem califica en una escala Likert de cuatro puntos la gravedad de los síntomas en la última semana, que va de cero que indica “poco o nada”, un punto “más o menos”, dos puntos “moderado” y tres puntos indica “síntomas severos” (Tafoya, Gómez, Ortega & Ortiz, 2006). La puntuación total es la suma de todos los ítems y hacen referencia a la última semana y momento actual.

Los ítems hacen referencia a si el participante se siente torpe o entumecido, acalorado, con temblor en las piernas, incapaz de relajarse, con temor a que ocurra lo peor, mareado o que se le va la cabeza, con latidos del corazón muy fuertes o acelerados, inestable, atemorizado o asustado, nervioso, con sensación de bloqueo, con temblores en las manos, inquieto, inseguro, con sensación de ahogo, con temor a morir, con miedo, con problemas digestivos, con desvanecimientos, con rubor facial y con sudores fríos o calientes. El rango de puntuaciones totales es de 0 a 63, con números más altos que sugieren mayores grados de ansiedad. La clasificación recomendada de los resultados de puntuación son los siguientes: 0-5 sugiere ansiedad mínima, 6-15 sugiere ansiedad leve, 16-30 sugiere la ansiedad moderada, y 31-63 sugiere ansiedad severa (Robles et al., 2001). Los autores que validaron la escala para la población general adulta mexicana en tiempos de pandemia COVID 19, Hernández, Hernández, Marrufo, Esparza del Villar y

Robles Ramírez (2022), reportaron una consistencia interna aceptable a través del Alpha de Cronbach .92.

El Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Es un instrumento de tamizaje internacional donde los reactivos que lo conforman examinan el patrón de consumo de alcohol (de riesgo, dependiente y perjudicial) quienes han consumido alcohol en los últimos doce meses y sus consecuencias para los participantes. Está compuesto por 10 reactivos de opción múltiple, los cuales corresponden a tres dominios. Las opciones de respuesta están plasmadas en una escala tipo Likert con puntuaciones de 0 a 4. El primer dominio corresponde al consumo de riesgo de alcohol, los reactivos correspondientes a este dominio van del 1 al 3, estos indican la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol. En cada ítem se puede valorar con cinco opciones de respuesta, en el reactivo uno se mide la frecuencia de bebidas alcohólicas, las probables respuestas corresponden 0 nunca, 1 una vez al mes o menos, 2 de dos a cuatro veces al mes, 3 de dos a tres veces por semana y 4 de cuatro o más veces por semana. La pregunta dos indaga el número de copas consumidoras en un día típico, con respuestas; 0 de 1 a 2 copas, 1 de 3 a 4 copas, 2 de 5 o 6 copas, 3 de 7 a 9 copas y 4 de 10 o más copas. El ítem tres valora la frecuencia de ingesta de seis o más copas con las posibles respuestas de 0 nunca, 1 menos de una vez al mes, 2 mensualmente. 3 semanalmente y 4 consumo casi diario o a diario.

Referente a los ítems del 4 al 6 hacen referencia al consumo dependiente de alcohol y se busca encontrar síntomas como el deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo y consumo matutino. En este caso las opciones de respuesta para los tres reactivos son; 0 nunca, 1 menos de una vez al mes, 2 mensualmente, 3 semanalmente y 4 a diario o casi a diario. El último dominio es el consumo perjudicial y este se valora con los reactivos del 7 al 10, en estos se determinan las consecuencias de salud física y mental, además del sentirse culpable por el consumo, la presencia de lagunas mentales y el hecho de sufrir lesiones relacionadas con el consumo y que otras personas se manifiesten por la preocupación del consumo.

En este dominio las opciones de respuesta para los ítems 7 y 8 son: 0 nunca, 1 menos de una vez al mes, 2 mensualmente, 3 semanalmente y 4 a diario o casi a diario. Mientras que el patrón de respuesta de los últimos dos reactivos es; 0 nunca, 2 si, pero

no en el curso del último año y 4 si en el último año. Por lo tanto, al sumar los puntajes de los 10 ítems oscila de 0 a 40 puntos, en los cuales se establecieron puntos de corte para identificar el tipo de consumo que se presentan ya que a mayor puntuación mayor consumo de alcohol. En general una puntuación de 1 a 3 puntos se considera un consumo sensato, de 4 a 7 puntos refiere un consumo dependiente y de 8 a 40 puntos puede representar un consumo dañino o perjudicial de alcohol. Diferentes autores han utilizado este instrumento en población mexicana reportando adecuada sensibilidad y especificidad para la identificación de consumo problemático de alcohol. (Gámez-Medina et al., 2017).

Procedimiento de recolección de datos

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), así como por el Comité de Ética de un Hospital General de Zona del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Posteriormente, se procedió a solicitar la autorización por escrito a la autoridad de la institución en donde se realizó el estudio. Para seleccionar a los participantes, se solicitó el censo de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis de un Hospital General de Zona por medio de oficio con las autoridades correspondientes, para después proceder a seleccionar a los participantes de manera aleatoria estratificada por sexo.

Previo al abordaje de los participantes, se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión mediante la revisión del censo proporcionado por la institución y la corroboración directa de la información con el paciente, considerando variables como edad, tiempo en tratamiento de hemodiálisis, capacidad para responder los instrumentos y disposición para participar en el estudio. Aquellos pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión o presentaron algún criterio de exclusión no fueron considerados para la aplicación de los instrumentos y no se continuó con el proceso de recolección de datos en dichos casos.

Una vez seleccionados los participantes, se les abordó en la sala de espera de hemodiálisis, donde se les llamó uno a uno para pasarlos a un espacio privado cercano frente a esta sala; aquí se pidieron los datos necesarios, se les proporcionó una descripción del estudio desde los objetivos, lo que se pretendía medir haciendo énfasis

que sus respuestas no interferirían con su tratamiento. Se les entregó el consentimiento informado, así como los instrumentos con instrucciones para cada uno. Además, se enfatizó en la importancia y veracidad de sus respuestas, así como la confidencialidad de la información, por lo que se les aconsejó que se coloquen en espacio privado donde no sean influenciados por las personas que los rodeaban. Se mencionó que podrían retirarse del estudio en el momento que así lo decidieran sin consecuencia alguna y que los datos solo serían analizados de manera grupal, por tal motivo no se identificaron los instrumentos, garantizando así la confidencialidad del participante.

Los documentos se presentaron en el siguiente orden: en primer lugar, el consentimiento informado, seguido de la Cédula de Datos Personales y Prevalencia del consumo de alcohol y posterior a esto el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y para finalizar, el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Al finalizar el llenado de los instrumentos, se agradeció su participación y colaboración en el estudio y pudieron continuar en la sala de espera para el llamado a su tratamiento. Así también como retribución a los participantes se les dio un tríptico informativo respecto al consumo de alcohol en el paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, del Título Segundo Capítulo I, de los aspectos éticos de investigación en seres humanos (Secretaría de Salud, 1987, última reforma, 2014) de los Estados Unidos Mexicanos en los artículos que se mencionan a continuación.

De acuerdo con el Capítulo I, Artículo 13, donde se establece que en toda investigación en la que participe el ser humano, deberán prevalecer los criterios de respeto a la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar. Por lo que en este estudio se respetó en todo momento la decisión de participar o no en el estudio, además de respetar sus derechos y confidencialidad. Se consideró que, si el participante se sentía mal durante el llenado de los instrumentos, se le daría la opción de dejar de contestarlos y tomarse un momento si así lo deseaba, esperando que pasara el momento incómodo y

cuestionando si deseaba continuar con la encuesta cuando se sintiera mejor, sin embargo esta situación no se presentó.

Conforme al Artículo 14, Fracciones I, III, V, VI, VII y VIII, el presente estudio se apegó a los principios científicos y éticos, además de que se contó con el consentimiento informado y con la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como la autorización de los directivos del Hospital General de Zona.

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 16, donde se garantiza el anonimato de la información que se recolecta por parte del participante, se aclaró al participante que su nombre no aparecería en ninguno de los cuestionarios y que los datos proporcionados solo se reportarían de forma general.

En conformidad con el Artículo 17, Fracción II, este estudio se considera investigación de riesgo mínimo, ya que no se incluyó ninguna intervención ni se modificó de manera intencionada ninguna variable, tanto fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes.

Conforme al Artículo 20, para la aplicación de los cuestionarios se solicitó, a través del consentimiento informado, la autorización por escrito de los participantes, donde se les informó sobre el objetivo del estudio, los beneficios y los riesgos que puede ocasionar el estudio.

Respecto a lo expuesto en el Artículo 21, se les explicó a los participantes con un lenguaje entendible la información que se proporciona en la cédula y los cuestionarios que pudieran no ser tan claros. Además, se apegó al Artículo 22, razón por la cual el consentimiento informado fue elaborado por el investigador principal, revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud.

De acuerdo con el Artículo 57, los pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis se consideran un grupo subordinado, por lo cual tuvieron la libre elección de aceptar o negar su participación en el estudio, sin tener repercusiones, apegándose a lo descrito en el Artículo 58 en sus fracciones I, II y III, donde se establece que la participación o rechazo de los individuos en el estudio no afecta su tratamiento y en la atención recibida en la institución de salud.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 22 para Windows. Se obtuvo la consistencia interna de los instrumentos a través del coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach. Se realizó un análisis descriptivo de las variables continuas y categóricas, mediante frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y variabilidad. Mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, y de acuerdo con la distribución de las variables de estudio, se decidió el uso de pruebas no paramétricas.

Para dar respuesta al primer y segundo objetivo, que señalan 1) Describir la ansiedad de las personas con enfermedad renal crónica de acuerdo con el sexo, y 2) Determinar la prevalencia de consumo de alcohol de las personas con enfermedad renal crónica (prevalencia alguna vez en la vida, prevalencia en el último año, prevalencia en el último mes y la prevalencia en los últimos 7 días) de acuerdo con el sexo se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones, así como la estimación puntual por intervalo de confianza del 95% y la Prueba Chi Cuadrada de Pearson.

Para responder al tercer objetivo, que refiere identificar los tipos de consumo de alcohol (sensato, dependiente y perjudicial), se utilizaron frecuencias y proporciones, la estimación puntual por intervalo de confianza del 95%.

Respecto al objetivo 4 que señala determinar las diferencias que existen entre los síntomas de ansiedad y la prevalencia de consumo de alcohol de las personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, se utilizó la prueba Chi Cuadrada de Pearson para observar las diferencias.

Para responder el objetivo general del estudio que señala determinar los síntomas de ansiedad y su relación con el consumo de alcohol en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos de los 135 participantes del estudio. En primera instancia, la consistencia interna de los instrumentos, seguida de la estadística de las variables sociodemográficas y clínicas, así como de las variables principales del estudio. Posteriormente se presenta la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y estadísticas inferenciales para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Para determinar la consistencia interna de los instrumentos utilizados, se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

Tabla 1

Confiabilidad de los instrumentos

Instrumentos	Preguntas	Número de Reactivos	α
Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol: AUDIT	1 al 10	10	.31
Inventario de Ansiedad de Beck: BAI	1 al 21	31	.90

Nota: α = Alpha de Cronbach

En la Tabla 1 se presentan los resultados obtenidos, donde se observa que el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) mostró una consistencia interna aceptable ($\alpha=.90$). En contraste el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de .31, lo que indica una confiabilidad no aceptable. Este resultado puede explicarse por el reducido número de participantes en tratamiento de hemodiálisis que consumieron alcohol durante el último año, criterio necesario para responder adecuadamente el instrumento. Esta condición afecta directamente la estimación de consistencia interna. A pesar de

ello, el valor se conserva debido a su utilidad en el análisis exploratorio, y en concordancia con el carácter descriptivo del estudio.

Estadística Descriptiva

A continuación, se presentan las características sociodemográficas de los participantes del estudio.

Tabla 2

Características sociodemográficas

Variable	<i>f</i>	%
Género		
Masculino	67	49.6
Femenino	68	50.4
Ocupación		
Trabaja	26	19.3
No trabaja	109	80.7
Estado civil		
Soltero	20	14.8
Casado	75	55.5
Divorciado	22	16.3
Viudo	9	6.7
Unión libre	9	6.7
Nota: <i>f</i> = Frecuencia, %= proporción		<i>n</i> = 135

La muestra estuvo conformada por 135 personas en tratamiento de hemodiálisis. Respecto al género, el 49.6% de los participantes fueron hombres ($n=67$) y el 50.4% mujeres ($n=68$), mostrando una distribución equitativa entre ambos sexos. Respecto a la situación laboral, la mayoría de los participantes no se encontraba trabajando (80.7%), mientras que un 19.3% reportó tener empleo al momento del estudio. En relación con el estado civil, el 55.5% estaba casado, 16.3% divorciado, 14.8% soltero y un 6.7% reportó vivir en unión libre o ser viudo.

Tabla 3

Frecuencia y porcentaje de Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Ítem	Nada		Leve		Moderado		Severo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Torpe o entumecido	77	57	34	25.2	17	12.6	7	5.2
Acalorado	54	40	41	30.4	25	18.5	15	11.1
Temblor en piernas	81	60	33	24.4	15	11.1	6	4.4
Incapaz de relajarse	74	54.8	41	30.4	15	11.1	5	3.7
Temor de ocurrir lo peor	80	59.3	25	18.5	16	11.9	14	10.4
Mareado	77	57	36	26.7	18	13.3	4	3
Taquicardia o acelerado	83	61.5	33	24.4	14	10.4	5	3.7
Inestable	91	67.4	25	18.5	13	9.6	6	4.4
Atemorizado o asustado	89	65.9	28	20.7	14	10.4	4	3
Nervioso	76	56.3	41	30.4	14	10.4	4	3
Sensación de bloqueo	106	78.5	15	11.1	12	8.9	2	1.5
Temblores en manos	103	76.3	25	18.5	6	4.4	1	.7
Inquieto	65	48.1	44	32.6	18	13.3	8	5.9
Inseguro	84	62.2	32	23.7	14	10.4	5	3.7
Sensación de ahogo	86	63.7	27	20	13	9.6	9	6.7
Temor a morir	97	71.9	17	12.6	8	5.9	13	9.6
Miedo	85	63	31	23	12	8.9	7	5.2
Problemas digestivos	78	57.8	35	25.9	17	12.6	5	3.7
Desvanecimientos	117	86.7	13	9.6	4	3	1	.7
Rubor facial	127	94.1	7	5.2	1	.7	0	0
Sudores fríos o calientes	71	52.6	43	31.9	15	11.1	6	4.4

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

En la Tabla 3 se presenta la distribución de la frecuencia y porcentaje de los síntomas de ansiedad evaluados, de acuerdo con su nivel de intensidad (nada, leve, moderado y severo) en la muestra total.

De manera general, predominaron las respuestas en los niveles “nada” y “leve” en la mayoría de los ítems, lo que sugiere una baja a moderada presencia de sintomatología ansiosa en la población estudiada. Los síntomas que con mayor frecuencia se reportaron en el nivel “nada” fueron rubor facial (94.1%), desvanecimientos (86.7%), sensación de bloqueo (78.5%) y temblores en manos

(76.3%), indicando que estos síntomas estuvieron ausentes en la mayoría de los participantes.

En cuanto al nivel leve, destacaron síntomas como inquietud (32.6%), sudores fríos o calientes (31.9 %), nerviosismo (30.4%), acalorado (30.4%) e incapaz de relajarse (30.4%), los cuales representaron las manifestaciones más comunes de ansiedad leve dentro de la muestra.

Respecto a la ansiedad de intensidad moderada, los porcentajes más elevados se observaron en los ítems acalorado (18.5%), problemas digestivos (12.6%), torpe o entumecido (12.6%), inquieto (13.3%) y mareado (13.3%). No obstante, estos valores se mantuvieron por debajo del 20% en todos los casos.

Finalmente, la ansiedad severa se presentó en una proporción reducida de participantes. Los síntomas con mayor frecuencia en este nivel fueron temor a morir (9.6%), sensación de ahogo (6.7%), inquietud (5.9%), acalorado (11.1%) y temor de ocurrir lo peor (10.4%), mientras que en varios ítems, como rubor facial, no se registraron casos en este nivel.

En conjunto, los resultados muestran que la mayoría de los síntomas de ansiedad se concentraron en niveles ausentes o leves, con una baja proporción de manifestaciones moderadas y severas en la población evaluada.

Tabla 3

Frecuencia y porcentaje de Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) por sexo

Ítem (síntoma)	Sexo	Nada <i>f (%)</i>	Leve <i>f (%)</i>	Moderado <i>f (%)</i>	Severo <i>f (%)</i>
1. Torpe o entumecido	M	39 (28.9)	17 (12.6)	9 (6.7)	2 (1.5)
	F	38 (28.1)	17 (12.6)	8 (5.9)	5 (3.7)
2. Acalorado	M	32 (23.7)	19 (14.1)	11 (8.1)	5 (3.7)
	F	22 (16.3)	22 (16.3)	14 (10.4)	10 (7.4)
3. Temblor en piernas	M	47 (34.8)	16 (11.9)	4 (3.0)	0 (0.0)
	F	34 (25.2)	17 (12.6)	11 (8.1)	6 (4.4)
4. Incapaz de relajarse	M	44 (32.6)	17 (12.6)	5 (3.7)	1 (0.7)
	F	30 (22.2)	24 (17.8)	10 (7.4)	4 (3.0)
5. Temor de ocurrir lo peor	M	39 (28.9)	15 (11.1)	9 (6.7)	4 (3.0)
	F	41 (30.4)	10 (7.4)	7 (5.2)	10 (7.4)
6. Mareado	M	42 (31.1)	15 (11.1)	9 (6.7)	1 (0.7)
	F	35 (25.9)	21 (15.6)	9 (6.7)	3 (2.2)
7. Taquicardia o acelerado	M	45 (33.3)	15 (11.1)	4 (3.0)	3 (2.2)
	F	38 (28.1)	18 (13.3)	10 (7.4)	2 (1.5)
8. Inestable	M	51 (37.8)	9 (6.7)	6 (4.4)	1 (0.7)
	F	40 (29.6)	16 (11.9)	7 (5.2)	5 (3.7)
9. Atemorizado o asustado	M	50 (37.0)	11 (8.1)	5 (3.7)	1 (0.7)
	F	39 (28.9)	17 (12.6)	9 (6.7)	3 (2.2)
10. Nervioso	M	42 (31.1)	18 (13.3)	5 (3.7)	2 (1.5)
	F	34 (25.2)	23 (17.0)	9 (6.7)	2 (1.5)
11. Sensación de bloqueo	M	57 (42.2)	6 (4.4)	4 (3.0)	0 (0.0)
	F	49 (36.3)	9 (6.7)	8 (5.9)	2 (1.5)
12. Temblores en manos	M	54 (40.0)	13 (9.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
	F	49 (36.3)	12 (8.9)	6 (4.4)	1 (0.7)
13. Inquieto	M	34 (25.2)	22 (16.3)	8 (5.9)	3 (2.2)
	F	31 (23.0)	22 (16.3)	10 (7.4)	5 (3.7)
14. Inseguro	M	46 (34.1)	13 (9.6)	7 (5.2)	1 (0.7)
	F	38 (28.1)	19 (14.1)	7 (5.2)	4 (3.0)
15. Sensación de ahogo	M	47 (34.8)	14 (10.4)	3 (2.2)	3 (2.2)
	F	39 (28.9)	13 (9.6)	10 (7.4)	6 (4.4)
16. Temor a morir	M	53 (39.3)	6 (4.4)	4 (3.0)	4 (3.0)
	F	44 (32.6)	11 (8.1)	4 (3.0)	9 (6.7)
17. Miedo	M	51 (37.8)	12 (8.9)	4 (3.0)	0 (0.0)
	F	34 (25.2)	19 (14.1)	8 (5.9)	7 (5.2)
18. Problemas digestivos	M	41 (30.4)	18 (13.3)	6 (4.4)	2 (1.5)
	F	37 (27.4)	17 (12.6)	11 (8.1)	3 (2.2)
19. Desvanecimientos	M	60 (44.4)	5 (3.7)	1 (0.7)	1 (0.7)
	F	57 (42.2)	8 (5.9)	3 (2.2)	0 (0.0)
20. Rubor facial	M	65 (48.1)	2 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
	F	62 (45.9)	5 (3.7)	1 (0.7)	0 (0.0)
21. Sudores fríos o calientes	M	35 (25.9)	20 (14.8)	10 (7.4)	2 (1.5)
	F	36 (26.7)	23 (17.0)	5 (3.7)	4 (3.0)

Nota: *f* = Frecuencia, % = proporción

Respecto a los hallazgos reportados en la Tabla 4, se observó que los síntomas somáticos mostraron las diferencias más marcadas entre hombres y mujeres. El temblor en piernas presentó respuestas de leve a severa en el 25.1% de las mujeres, frente al 13.3% de los hombres; la taquicardia o palpitaciones se presentaron en el 20.7% de las mujeres y en el 11.1% de los hombres; y la sensación de ahogo o falta de aire se observó en 18.5% de las mujeres, en contraste con 8.8% de los hombres. Asimismo, la dificultad para relajarse se presentó en algún nivel de ansiedad (leve a severo) en el 28.2% de las mujeres frente al 17.7% de los hombres.

En cuanto a los síntomas cognitivo-afectivos también se identificaron diferencias relevantes. El miedo a que ocurra lo peor se reportó en niveles leve a severo en el 19.9% de las mujeres, mientras que en los hombres alcanzó el 9.2%. De manera similar, el temor a morir se observó en 17.8% de las mujeres y 74% de los hombres. En ambos sexos, los síntomas severos se mantuvieron por debajo del 4%.

Para caracterizar a la población de estudio, se incluyeron algunos datos respecto al consumo de alcohol (Tabla 5), como la edad inicio de consumo de alcohol, frecuencia de consumo de alcohol actual, así como el hábito de consumo antes y durante el tratamiento de hemodiálisis.

Tabla 4

Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol

Variable	Categoría de respuesta	(f)	(%)
1. ¿A qué edad consumió alcohol por primera vez?	12-14 años	5	9.4
	15-17 años	30	56.6
	18-20 años	13	24.6
	21 años o más	5	9.4
2. Frecuencia de consumo actual	<1 vez al mes	2	1.5
	2-4 veces al mes	1	0.7
	Cada 2-3 meses	4	3.0
	No consume	128	94.8
3. Hábito de consumo durante el tratamiento	No ha consumido antes ni durante HD	95	70.4
	Dejó de consumir tras el diagnóstico	32	23.7
	Consume menos que antes	7	5.2
	Consume igual que antes	1	0.7
4. Hábito de consumo antes del tratamiento	1-5 copas por ocasión	16	11.9
	6-12 copas por ocasión	25	18.5
	20 copas	2	1.5
	No consumía	92	68.1

Tabla 5. *Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol* (Continuación)

5. Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas durante la hemodiálisis	No consume	128	94.8
	1-3 copas	6	4.5
	4 copas o más	1	0.7

Nota: f = Frecuencia, % = proporción

En relación con el consumo de alcohol, se muestra en la Tabla 5, que, respecto a la edad de inicio, la mayoría (56.6%) refirió haber comenzado entre los 15 y 17 años, mientras que un 24.6% lo hizo entre los 18 y 20 años. Un grupo menor (9.4%) inició antes de los 15 años y otro 9.4% después de los 21 años.

La frecuencia de consumo fue baja, el 94.8% indicó no consumir actualmente, mientras que un 1.5% reportó beber una vez al mes o menos y el 3% cada dos o tres meses. Sobre el cambio de hábitos durante la enfermedad, el 70.4% señaló no haber consumido alcohol antes ni durante el tratamiento, el 23.7% dejó de consumir tras su <diagnóstico, y un 5.2% manifestó una reducción en la cantidad ingerida. Solo un caso (0.7%) refirió mantener el mismo patrón de consumo previo.

Antes de iniciar la terapia de hemodiálisis, los patrones de consumo mostraban mayor intensidad, refirieron que, el 18.5% consumía 6 a 12 copas en un día típico, y el 11.9% entre una y cinco copas. En contraste, durante la hemodiálisis, el 94.8% reportó no consumir bebidas alcohólicas, y únicamente un 5.1% declaró hacerlo, en su mayoría con cantidades mínimas (1-3 copas).

Tabla 6

Medidas de tendencia central y dispersión de variables continuas con prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Variable	n	Mín	Máx	$\bar{X}$	Mdn	DE	$K-S$	p
Edad (años)	135	23	85	52.66	53.0	13.04	.066	.200
Tiempo en HD (años)	135	0	17	3.18	2.0	3.25	.190	.001
Edad de primer consumo de alcohol (años)	53	12	51	19.32	18.0	6.08	.305	.001
Cantidad de copas típicas antes del diagnóstico	43	1	20	7.21	6.0	4.42	.213	.001
Cantidad de copas típicas desde que está en HD	44	0	4	.23	0	.68	.472	.001

Nota: n = población $\bar{X}$ = Media, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar

En la Tabla 6, se presentan las medidas de tendencia central y dispersión de las variables continuas analizadas en los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

La edad promedio de los participantes fue de 52.6 ($DE=13.04$ años), con un rango de 23 a 85 años, observándose una mayor concentración de participantes entre 50 y 60 años. Respecto al tratamiento sustitutivo, los pacientes reportaron un tiempo promedio en hemodiálisis de 3.18 ($DE=3.25$ años), con una mediana de 2 años.

En relación con el consumo de alcohol, la edad media del primer consumo fue de 19.32 ($DE= 6.08$ años), con un rango entre 12 y 51 años. Antes del diagnóstico de ERC, los pacientes que consumían alcohol reportaron una media de 7.21 ($DE= 4.42$ bebidas por ocasión), mientras que durante la hemodiálisis el promedio descendió drásticamente a 0.23 ($DE= .68$ bebidas), con mediana de 0, reflejando una reducción casi total del consumo posterior al inicio del tratamiento renal sustitutivo.

De acuerdo con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, se encontró que las variables no presentaron normalidad, a excepción de las variables de edad y peso, por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas para dar respuesta a los objetivos del presente estudio.

Tabla 7

Frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT

Frecuencia y cantidad de alcohol (n=9)	<i>f</i>	%
1- ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida que contenga alcohol?		
Una vez o menos al mes	6	66.7
De 2 a 4 veces al mes	3	33.3
2- ¿Cuántas bebidas que contienen alcohol toma en un día normal cuando bebe?		
1 o 2	7	77.8
3 o 4	2	22.2
3- ¿Qué tan frecuentemente toma 6 o más bebidas en una ocasión?		
Nunca	9	100

Nota: n = muestra, f = frecuencia, %=porcentaje

En la Tabla 7, se presentan los resultados correspondientes al primer dominio del AUDIT, relacionado con la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol. los

participantes refirieron no consumir alcohol de manera habitual (94.1%), mientras que únicamente 6.7% reportaron consumo actual. Respecto a la cantidad de bebidas ingeridas en un día típico de consumo, la opción más frecuente fue “1 a 2 bebidas”, reportada por el 5.2% de los participantes. La ingesta de 3 a 4 bebidas fue señalada por dos participantes (1.5%). Finalmente, en relación con el consumo de 6 o más bebidas en una misma ocasión, todos los participantes indicaron que esto ocurre “nunca”, lo que representa el 6.7% (n=9) de la muestra total y el 100% de los bebedores.

Tabla 8

Consumo dependiente de alcohol de acuerdo con el AUDIT

Consumo dependiente (n=9)	<i>f</i>	%
4- ¿Con qué frecuencia en el último año se ha dado cuenta que no podía dejar de beber una vez que había empezado?		
Nunca	8	88.9
Menos de mensual	1	11.1
5- ¿Con qué frecuencia durante el último año no logró hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?		
Nunca	9	100
6- ¿Con qué frecuencia durante el último ha necesitado un primer trago o bebida alcohólica por la mañana para recuperarse después del consume excesivo de alcohol del día anterior?		
Nunca	9	100

Nota: *n*= muestra, *f*= frecuencia, %=porcentaje

En la Tabla 8 se presentan las frecuencias y porcentajes correspondientes a los ítems 4, 5 y 6 del AUDIT, los cuales evalúan síntomas de dependencia. Para el ítem 4, sobre la frecuencia en que no podía dejar de beber una vez que había empezado, el 5.9% refirió “nunca” haberlo experimentado, mientras que el .7% reportó que ocurrió menos de una vez al mes. En el ítem 5, que indica no lograr hacer lo que realmente se esperaba debido al consumo, el 6.7% indicaron que no ocurrió nunca. Respecto al ítem 6 que hace referencia a necesitar una bebida alcohólica por la mañana para recuperarse de un consumo excesivo de un día anterior, el 6.7% señaló que nunca lo ha necesitado. Estos resultados muestran que, en todos los reactivos del dominio de consumo dependiente, las

respuestas positivas (indicadoras de riesgo) fueron mínimas, predominando la categoría “nunca”.

Tabla 9

Consumo dañino o perjudicial de alcohol de acuerdo con el AUDIT

Consumo perjudicial (n=9)	<i>f</i>	%
7- ¿Con qué frecuencia en el ultimo año ha tenido sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?		
Nunca	8	88.9
Menos de mensual	1	11.1
8- ¿Con qué frecuencia durante el último año no ha podido recordar lo que pasó la noche anterior porque había estado bebiendo?		
Nunca	9	100
9- ¿Usted o alguien más ha resultado herido como resultado de su consumo de alcohol?	9	100
No		
10- ¿Algún familiar, amigo, médico u otro trabajador de la salud se ha preocupado por su consumo de alcohol o le ha sugerido que lo reduzca?	9	100
No		

Nota: *n*= muestra, *f*= frecuencia, %=porcentaje

Respecto al dominio de consumo perjudicial, se incluyeron los ítems 7 y 8. En relación con el ítem 7, que pregunta por remordimiento después de beber, el 5.9% indicó que nunca experimentó este sentimiento, mientras que 0.7% reportó haberlo sentido menos de una vez al mes durante el último año.

Por otro lado, en el ítem 8, referente a no recordar lo sucedido la noche anterior debido al consumo de alcohol, el 6.7% señaló que nunca presentó este tipo de episodio.

Respecto a los resultados de ansiedad que presentan los participantes de forma general se presenta la información enseguida en la tabla 10.

Tabla 10

Niveles de ansiedad

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	IC 95%	
				Límite Inf	Límite Sup
Ansiedad (BAI) General	Ansiedad mínima	38	28.1	20.4	35.8
	Ansiedad leve	63	46.7	38.1	55.1
	Ansiedad moderada	26	19.3	12.5	26.0
	Ansiedad severa	8	5.9	1.8	9.9

Nota. *f*= frecuencia, % porcentaje, *IC95%*= Intervalo de Confianza del 95%, *Límite inf.*= Límite inferior, *Límite Sup.*= Límite Superior.

La Tabla 10 muestra la proporción de participantes según los niveles de ansiedad evaluados mediante el Inventario de Ansiedad de Beck. De manera global, se observó que la mayoría de los participantes presentó niveles mínimos y leves de ansiedad. En específico, el 28.1% presentó ansiedad mínima (IC 95% [20.4, 35.8]), el 46.7% ansiedad leve (IC 95% [38.1, 55.1]), el 19.3% ansiedad moderada (IC 95% [12.5, 26.0]) y el 5.9% ansiedad severa (IC 95% [1.8, 9.9]).

Para dar respuesta al objetivo 1, que refiere describir la ansiedad de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo con el sexo, se presenta la Tabla 11.

Tabla 11

Distribución de los niveles de ansiedad según el sexo

Nivel de ansiedad	Masculino		Femenino		χ^2 de Pearson	<i>p</i> valor
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Ansiedad mínima	25	37.3	13	19.1	9.683	.021
Ansiedad leve	31	46.3	32	47.1		
Ansiedad moderada	10	14.9	16	23.5		
Ansiedad severa	1	1.5	7	10.3		

Nota. *f*= frecuencia, % porcentaje, χ^2 Chi Cuadrada de Pearson, *p*=Valor de *p*

En la distribución de los niveles de ansiedad según el sexo, se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2 = 9.683$; $p = .021$). En los hombres, predominó la ansiedad mínima (37.3%), en comparación con el 19.1% que presentan las mujeres. En contraste, en las mujeres se observó una mayor proporción de ansiedad leve (47.1%) y ansiedad moderada (23.5%), y ansiedad severa (10.3%) en comparación con los hombres. Estos resultados indican que el sexo se asocia de manera significativa con los niveles de ansiedad, observándose una mayor carga de ansiedad leve, moderada y severa en las mujeres en comparación con los hombres.

Para dar respuesta al objetivo específico 2, que señala determinar la prevalencia de consumo de alcohol de los pacientes adultos con ERC (prevalencia alguna vez en la vida, prevalencia en el último año, prevalencia en el último mes y la prevalencia en los últimos siete días) de acuerdo con el sexo, se describen las tablas 12 y 13.

Tabla 12

Prevalencia de consumo de alcohol

Prevalencia Global	<i>f</i>	%	IC 95 %	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida?	53	39.3	31	48
¿Ha consumido alcohol en los últimos doce meses?	9	6.7	2	11
¿Ha consumido alcohol en los últimos treinta días?	3	2.2	0	5
¿Ha consumido alcohol en los últimos siete días?	1	0.7	0	2

Nota. *f*= frecuencia, % porcentaje, IC95% = Intervalo de Confianza del 95%, *Límite inf.* = Límite inferior, *Límite Sup.* =Límite Superior

En relación con la prevalencia del consumo de alcohol en la Tabla 12, se observó que el 39.3% de los participantes reportó haber consumido alcohol alguna vez en la vida, mientras que el 6.7% refirió consumo en los últimos doce meses. Asimismo, el 2.2%

indicó consumo en los últimos treinta días y el 0.7% reportó consumo en los últimos siete días.

Tabla 13

Prevalencia de consumo de alcohol de acuerdo con el sexo

Variable	Masculino <i>f</i> (%)	Femenino <i>f</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida?	42 (31.1%)	11 (8.1%)	30.614	.001
¿Ha consumido alcohol en los últimos doce meses?	9 (6.7%)	0 (0.0%)	9.787	.002
¿Ha consumido alcohol en los últimos treinta días?	3 (2.2%)	0 (0.0%)	3.114	.079
¿Ha consumido alcohol en los últimos siete días?	1 (.7%)	0 (0.0%)	1.022	.314

Nota. *f*= frecuencia, % porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrada de Pearson

Respecto a la prevalencia de consumo de alcohol según el sexo (Tabla 13), se observaron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol alguna vez en la vida y en los últimos doce meses. El consumo alguna vez en la vida fue mayor en los hombres (31.1%) en comparación con las mujeres (8.1%), diferencia que resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 = 30.614$; $p = .001$). De igual forma, el consumo de alcohol en los últimos doce meses se presentó únicamente en hombres (6.7%), sin registros en mujeres, observándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos ($\chi^2 = 9.787$; $p = .002$). En contraste, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el consumo de alcohol en los últimos treinta días ($\chi^2 = 3.114$; $p = .078$) ni en los últimos siete días ($\chi^2 = 1.022$; $p = .312$).

Para dar respuesta al tercer objetivo del estudio que señala identificar los tipos de consumo de alcohol (sensato, dependiente y perjudicial) de acuerdo con el sexo, que fue evaluado mediante el instrumento AUDIT, se identificó que nueve participantes (6.7%) reportaban este consumo sensato exclusivamente en el sexo masculino, sin registrar casos de consumo en mujeres. Debido a esto, no fue posible realizar un análisis comparativo del consumo de alcohol según el sexo, ya que no existió suficiente variabilidad entre las categorías. Por tal motivo, no se presenta tabla estratificada por

sexo ni se aplicaron pruebas estadísticas inferenciales para esta variable. Finalmente, para responder al cuarto objetivo que señala determinar las diferencias que existen entre los síntomas de ansiedad y la prevalencia de consumo de alcohol de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, se presenta las tablas 14 a la 17.

Tabla 14

Diferencias de ansiedad mínima de acuerdo con la prevalencia de consumo de alcohol

		Prevalencia de Consumo de Alcohol				χ^2	p
		Prevalencia alguna vez en la vida					
Ansiedad mínima		No consume		Si consume			
		f	%	f	%		
No		60	73.2	37	69.8	.180	.672
Si		22	26.8	16	30.2		
		Prevalencia en el último año					
No		90	71.4	7	77.8	.167	.682
Si		36	28.6	2	22.2		
		Prevalencia en los últimos treinta días					
No		94	71.2	3	100.0	1.202	.273
Si		38	28.8	0	0		
		Prevalencia en los últimos siete días					
No		96	71.6	1	100.0	.395	.530
Si		38	28.4	0	0		

Nota. f = frecuencia, %= porcentaje, χ^2 = Chi Cuadrada de Pearson, p =Valor de p

En la Tabla 14 se muestra que no existen diferencias significativas entre la ansiedad mínima y las distintas prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, últimos treinta días y últimos siete días ($p>.05$), de acuerdo con la prueba Chi Cuadrada de Pearson, en todas las categorías, los participantes con ansiedad mínima son similares entre quienes reportan consumo y quienes no lo hacen, por lo que no se presenta diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 15

Diferencias de ansiedad leve de acuerdo con la prevalencia de consumo de alcohol

		Prevalencia de Consumo de Alcohol				χ^2	p
		Prevalencia alguna vez en la vida					
Ansiedad leve		No consume		Si consume			
		f	%	f	%		
No		45	54.9	27	50.9	.200	.655
Si		37	45.1	26	49.1		
		Prevalencia en el último año					
No		69	54.8	3	33.3	1.550	.213
Si		57	45.2	6	66.7		
		Prevalencia en los últimos treinta días					
No		71	53.8	1	33.3	.493	.483
Si		61	46.2	2	66.7		
		Prevalencia en los últimos siete días					
No		72	53.7	0	0	1.15	.283
Si		62	46.3	1	100.0		

Nota. f = frecuencia, %= porcentaje, χ^2 =Chi Cuadrada de Pearson, p =Valor de p

En la Tabla 15 se muestra que no existen diferencias significativas entre la ansiedad leve y las distintas prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, últimos treinta días y últimos siete días ($p>.05$), de acuerdo con la prueba Chi Cuadrada de Pearson. En todas las categorías, los participantes con ansiedad leve se distribuyen de manera similar entre quienes reportan consumo y quienes no consumen alcohol. Por lo que no se presenta diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 16
Diferencias de ansiedad moderada de acuerdo con la prevalencia de consumo de alcohol

		Prevalencia de Consumo de Alcohol				χ^2	Valor de p
Ansiedad moderada		Prevalencia alguna vez en la vida					
		No consume		Si consume			
		f	%	f	%		
No		67	81.7	42	79.2	.125	.723
Si		15	18.3	11	20.8		
		Prevalencia en el último año					
No		101	80.2	8	88.9	.412	.521
Si		25	19.8	1	11.1		
		Prevalencia en los últimos treinta días					
No		107	81.1	2	66.7	.391	.532
Si		25	18.9	1	33.3		
		Prevalencia en los últimos siete días					
No		108	80.6	1	100.0	.240	.624
Si		26	19.4	0	0		

Nota. f = frecuencia, % porcentaje, χ^2 Chi Cuadrada de Pearson, p =Valor de p

En la Tabla 16 se muestra que no existen diferencias significativas entre la ansiedad moderada y las distintas prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, últimos treinta días y últimos siete días ($p>.05$). De acuerdo con la prueba Chi Cuadrada de Pearson, en todas las categorías, los participantes con ansiedad moderada presentan una distribución similar entre quienes reportan consumo y quienes no lo hacen. Por lo que no se presenta diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 17

Diferencias de ansiedad severa de acuerdo con la prevalencia de consumo de alcohol

n=135		Prevalencia de Consumo de Alcohol				χ^2	p
		Prevalencia alguna vez en la vida					
Ansiedad severa		No consume		Si consume			
		f	%	f	%		
No		74	90.2	53	100.0	.240	.624
Si		8	9.8	0	0		
		Prevalencia en el último año					
No		118	93.7	9	100.0	.607	.436
Si		8	6.3	0	0		
		Prevalencia en los últimos treinta días					
No		124	93.9	3	100.0	.193	.660
Si		8	6.1	0	0		
		Prevalencia en los últimos siete días					
No		126	94.0	1	100.0	.063	.801
Si		8	6.0	0	0		

Nota. f = frecuencia, % porcentaje, χ^2 Chi Cuadrada de Pearson, p =Valor de p

En la Tabla 17 se muestra que no existen diferencias significativas entre la ansiedad severa y las distintas prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, últimos treinta días y últimos siete días ($p>.05$), de acuerdo con la prueba Chi Cuadrada de Pearson, en todas las categorías, los participantes con ansiedad severa no reportan consumo de alcohol, sin embargo son muy pocos casos (9 participantes), por lo que no es suficiente para reportar diferencia significativa.

Tabla 18

Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de Síntomas de Ansiedad y Consumo de alcohol

	Variable n=43	1	2
	1.Síntomas de Ansiedad	1	.
	2. Consumo de Alcohol (AUDIT)	.067 .671	1
**. La correlación es significativa $p<.001$			

Para dar respuesta al objetivo general del presente estudio, que consistió en determinar la relación entre los síntomas de ansiedad y el consumo de alcohol en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, se presenta la Tabla 18. Los resultados indican que no existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($r_s = .067, p > .05$). Cabe señalar que este análisis se realizó con un número reducido de participantes que reportaron consumo de alcohol en el último año ($n = 9$), lo cual pudo haber limitado la potencia estadística del análisis y, en consecuencia, influido en la ausencia de una relación significativa entre las variables estudiadas.

Discusión

En este estudio la muestra estuvo conformada por 135 personas adultas en tratamiento de hemodiálisis, con una media de edad de 52.6 años ($DE=13.04$), lo cual coincide con lo reportado en investigaciones previas que describen a la población en hemodiálisis como predominantemente de mediana edad o adultos mayores (Mosleh et al., 2020; Páez et al., 2009; Amador Cannals et al., 2020). La distribución equilibrada entre hombres (49.6%) y mujeres (50.4%) es similar a la descrita en estudios latinoamericanos y de Medio Oriente de adultos con enfermedades renales crónicas, donde la prevalencia por sexo suele mantenerse cercana al 50-50. Asimismo, un alto porcentaje de los participantes contaba con pareja y apoyo familiar, especialmente de la pareja o de los hijos, lo cual coincide con lo encontrado por Amador Cannals et al. (2020), quienes identificaron que la red de apoyo es un elemento frecuente y potencialmente protector en personas con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo.

La presencia elevada de comorbilidades como hipertensión arterial (91.1%) y diabetes mellitus (56.3%) también refleja el patrón clínico ampliamente documentado en la población con ERC avanzada donde estas dos patologías constituyen las causas más frecuentes de progresión a diálisis, así como factores que incrementan la complejidad del manejo clínico (Amador Cannals et al., 2020; Mosleh et al., 2020). El hecho de que más de la mitad de los pacientes de hemodiálisis hubiera pasado previamente por diálisis peritoneal y que la mayoría asistiera a tres sesiones semanales de tres horas confirma la severidad y la cronicidad del proceso de enfermedad caracterizado por una trayectoria terapéutica prolongada, exigente y emocionalmente demandante.

Este conjunto de características sociodemográficas y clínicas permite situar los hallazgos del estudio dentro de un contexto de alta vulnerabilidad emocional. Por un lado, la media de edad, la elevada carga de comorbilidades y la dependencia de un tratamiento recurrente constituyen factores que pueden incrementar el riesgo de experimentar ansiedad; y, por otro lado, la presencia de redes de apoyo relativamente sólidas como tener pareja o cuidador primario, lo que puede atenuar parcialmente el malestar emocional, tal como lo sugieren Amador Cannals et al. (2020) y otros autores. En conjunto, estos elementos ayudan a comprender la distribución y magnitud de los

niveles de ansiedad encontrados en el estudio, y proporcionan un marco interpretativo para el análisis de los objetivos posteriores relacionados con la sintomatología ansiosa y el consumo de alcohol en esta población.

En base al objetivo uno, que establece describir la ansiedad en pacientes con hemodiálisis de acuerdo con el sexo, los resultados del presente estudio muestran que las mujeres presentan una mayor carga de ansiedad moderada y severa en comparación con los hombres, lo cual coincide con lo reportado por Mosleh et al. (2020) y Amador Cannals et al. (2020), quienes documentaron un mayor riesgo y severidad de síntomas ansiosos en el sexo femenino en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Estos autores atribuyen dichas diferencias a factores psicosociales y culturales, así como a la carga emocional asociada al tratamiento y a los roles familiares, lo cual resulta congruente con la mayor intensidad de ansiedad observada en las mujeres de esta muestra.

En contraste, los hallazgos difieren parcialmente de lo reportado por Alshelleh et al. (2022), quienes no identificaron diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre hombres y mujeres, y complementan lo descrito por Páez et al. (2009), quienes abordan la ansiedad como una experiencia emocional persistente vinculada a la cronicidad del tratamiento, sin centrar su análisis en el sexo. En este sentido, el presente estudio coincide con la literatura que reconoce a la ansiedad como un fenómeno frecuente en la hemodiálisis, pero aporta evidencia adicional al señalar que su intensidad puede variar según el sexo, particularmente con una mayor severidad en las mujeres.

Referente al segundo objetivo que buscaba determinar la prevalencia de consumo de alcohol de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica (prevalencia alguna vez en la vida, prevalencia en el último año, prevalencia en el último mes y la prevalencia en los últimos 7 días) de acuerdo con el sexo. Los resultados del presente estudio muestran una prevalencia global baja de consumo de alcohol en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, particularmente en el consumo reciente. Este hallazgo coincide con lo descrito por Fan et al. (2019), quienes señalan que en la ERC avanzada y, especialmente tras el inicio del tratamiento sustitutivo renal, el consumo de alcohol tiende a disminuir de manera importante debido a las restricciones clínicas, las recomendaciones médicas y la percepción de riesgo asociada a

esta práctica. De forma complementaria, aunque estudios como los de Moeinzadeh et al. (2023), Lee et al. (2021), Yuan et al. (2021) y Zhao et al. (2023) analizan poblaciones generales o en etapas tempranas de la enfermedad renal, sus hallazgos permiten contextualizar que los patrones de consumo observados fuera del ámbito de la hemodiálisis no son directamente extrapolables a pacientes con ERC avanzada, donde el comportamiento de consumo parece modificarse sustancialmente.

En cuanto a las diferencias por sexo, los resultados del estudio indican que el consumo de alcohol alguna vez en la vida y en el último año fue más frecuente en los hombres, lo cual coincide con la literatura epidemiológica general y con estudios previos en población renal no dializada. Investigaciones como las de Cheungpasitporn et al. (2015), Yuan et al. (2021), Lee et al. (2021) y Zhao et al. (2023) han documentado consistentemente una mayor prevalencia de consumo de alcohol en el sexo masculino en comparación con las mujeres. No obstante, los hallazgos del presente estudio difieren de estos reportes cuando se analiza el consumo reciente, ya que en el contexto de la hemodiálisis no se observaron diferencias por sexo, lo que sugiere que las condiciones clínicas y terapéuticas propias del tratamiento sustitutivo renal atenúan las diferencias tradicionales de consumo observadas entre hombres y mujeres. En este sentido, los resultados refuerzan la idea de que, en pacientes en hemodiálisis, el consumo de alcohol está más determinado por las restricciones del tratamiento y el estado de salud que por los patrones epidemiológicos habituales asociados al sexo.

De acuerdo con el objetivo 3, que consistió en identificar los tipos de consumo de alcohol de acuerdo con el sexo, el patrón de consumo de alcohol identificado en este estudio se caracterizó por consumo sensato siendo el 100% de los consumidores hombres, sin observarse casos de consumo dependiente o perjudicial. Este hallazgo es consistente con lo discutido por Fan et al. (2019), quienes describen que en la enfermedad renal crónica avanzada existe una tendencia hacia la reducción o suspensión del consumo de alcohol tras el diagnóstico, asociada a las restricciones clínicas, las recomendaciones médicas y a una mayor percepción de vulnerabilidad relacionada con el deterioro de la función renal.

En contraste, estudios realizados en población general han descrito una mayor variabilidad en la cantidad y frecuencia de consumo, así como diferencias por sexo,

particularmente en hombres. Investigaciones como las de Yuan et al. (2021) y Lee et al. (2021) reportan patrones de consumo más diversos y niveles de ingesta más elevados fuera del contexto de la hemodiálisis, lo que resalta el papel del contexto clínico en la modificación de las conductas relacionadas con el alcohol. En este sentido, la ausencia de consumo de riesgo observada en la población en hemodiálisis sugiere que el régimen terapéutico estricto y las limitaciones propias de la enfermedad influyen de manera decisiva en la adopción de conductas más conservadoras.

En relación con el cuarto objetivo orientado a determinar las diferencias que existen entre los síntomas de ansiedad y la prevalencia de consumo de alcohol de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, los resultados del estudio no evidencian una relación significativa entre los síntomas de ansiedad y la prevalencia de consumo de alcohol en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Este resultado difiere de lo ampliamente documentado en estudios realizados en otras poblaciones, donde la ansiedad se ha asociado de manera consistente con un mayor consumo de alcohol o con patrones de consumo problemático. Investigaciones en estudiantes universitarios y poblaciones jóvenes, como las de Correia Silva y Tucci (2018) y Fernández et al. (2021), han reportado que niveles elevados de ansiedad se vinculan con una mayor probabilidad de consumo de alcohol, especialmente como estrategia de afrontamiento emocional.

Asimismo, desde una perspectiva teórica, la literatura sobre la co-ocurrencia de ansiedad y consumo de alcohol describe que la ansiedad puede actuar como un factor de riesgo para el uso de alcohol, particularmente cuando esta sustancia se utiliza como mecanismo para regular emociones negativas o reducir el malestar psicológico. Anker y Kushner (2019) señalan que, en poblaciones sin restricciones clínicas, el consumo de alcohol suele emplearse como una forma de afrontamiento ante estados de ansiedad, favoreciendo la coexistencia de ambas condiciones.

No obstante, los hallazgos del presente estudio coinciden con la evidencia que sugiere que esta relación no se manifiesta de la misma manera en poblaciones con enfermedades crónicas avanzadas y tratamientos altamente regulados. En el contexto de la hemodiálisis, el consumo de alcohol se encuentra limitado por restricciones médicas estrictas, control clínico frecuente y una mayor percepción de riesgo, lo que puede

inhibir su uso como estrategia de afrontamiento emocional, incluso en presencia de síntomas de ansiedad. Esta situación ha sido descrita indirectamente en estudios sobre consumo de alcohol en ERC, donde se observa una reducción progresiva del consumo tras el inicio del tratamiento sustitutivo renal (Fan et al., 2019; Moeinzadeh et al., 2023).

Además, la ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis parece estar más vinculada a factores clínicos y existenciales, como la progresión de la enfermedad, la incertidumbre respecto al pronóstico, la dependencia funcional y el impacto del tratamiento en la vida cotidiana, que a conductas de afrontamiento basadas en el consumo de sustancias. Estudios como los de Páez et al. (2009), Mosleh et al. (2020), Alshelleh et al. (2022) y Amador Cannals et al. (2020) describen que la ansiedad en esta población tiene determinantes múltiples y complejos, lo que podría explicar por qué no se traduce necesariamente en un mayor consumo de alcohol.

En este sentido, la ausencia de asociación entre ansiedad y consumo de alcohol observada en este estudio no contradice la literatura existente, sino que amplía la comprensión del fenómeno al evidenciar que la relación entre ambas variables es altamente dependiente del contexto clínico y poblacional. Y, en el contexto de la hemodiálisis, el consumo de alcohol está determinado principalmente por factores clínicos y normativos del tratamiento, más que por el estado emocional de los pacientes. Esta información contribuye a matizar la evidencia previa sobre la co-ocurrencia de ansiedad y consumo de alcohol, destacando la necesidad de analizar esta relación considerando las particularidades de cada población y evitando extrapolaciones directas desde estudios realizados en contextos no clínicos.

Referente al objetivo general del presente estudio, que buscó determinar los síntomas de ansiedad y su relación con el consumo de alcohol en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, los hallazgos permiten identificar un perfil emocional y conductual particular, caracterizado por la presencia de sintomatología ansiosa y una baja expresión de conductas de consumo de alcohol. Considerados de manera conjunta, los resultados sugieren que ambas variables no se relacionan de forma directa en este contexto clínico específico.

Esta ausencia de relación puede explicarse por las características propias del tratamiento sustitutivo renal, el cual impone restricciones clínicas, seguimiento médico

continuo y un estilo de vida altamente regulado, limitando las conductas de consumo independientemente del estado emocional. Asimismo, la ansiedad en esta población parece vincularse principalmente a factores clínicos y psicosociales asociados a la progresión de la enfermedad y a la dependencia del tratamiento, más que a estrategias de afrontamiento basadas en el uso de sustancias, como ha sido descrito en estudios previos en pacientes con hemodiálisis (Mosleh et al., 2020; Amador Cannals et al., 2020).

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la necesidad de analizar la interacción entre factores emocionales y conductuales desde una perspectiva contextualizada, reconociendo que la relación entre ansiedad y consumo de alcohol puede variar según las condiciones clínicas de la población estudiada. El presente estudio aporta evidencia que contribuye a una comprensión más precisa del perfil psicoemocional de las personas en hemodiálisis y destaca la importancia de abordar la ansiedad como un problema relevante en sí mismo dentro de la atención integral de la enfermedad renal crónica.

Conclusiones

Los pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis presentaron sintomatología ansiosa en distintos grados, lo que confirma que el componente emocional forma parte inherente de la experiencia de vivir con una enfermedad crónica y someterse a un tratamiento sustitutivo continuo. Estos hallazgos evidencian la necesidad de considerar la salud mental como un eje fundamental dentro del cuidado integral de esta población.

Las diferencias observadas en la manifestación de los síntomas de ansiedad según el sexo sugieren que las mujeres podrían experimentar una mayor carga emocional frente al proceso de la enfermedad y al tratamiento de hemodiálisis, lo que resalta la importancia de incorporar una perspectiva sensible al género en la valoración y atención psicoemocional de los pacientes con enfermedad renal crónica.

En relación con el consumo de alcohol, los patrones identificados reflejan un bajo nivel de consumo en esta población, lo cual podría estar asociado a conductas de autocuidado, a las restricciones clínicas propias del tratamiento de hemodiálisis y a una mayor conciencia sobre los efectos adversos del alcohol en la salud renal. En este contexto, la ausencia de una relación entre los síntomas de ansiedad y el consumo de alcohol sugiere que ambos fenómenos responden a dinámicas distintas en pacientes

sometidos a hemodiálisis, posiblemente moduladas por factores clínicos, terapéuticos y contextuales.

En conjunto, los resultados del presente estudio aportan evidencia que permite comprender el perfil emocional y conductual de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, y refuerzan la importancia de implementar estrategias de atención integral que incluyan la evaluación y el acompañamiento emocional como parte del abordaje habitual en los servicios de salud renal.

Recomendaciones

Se recomienda realizar estudios con diseños longitudinales que permitan evaluar la evolución de los niveles de ansiedad y los patrones de consumo de alcohol a lo largo del tiempo en personas con ERC en HD, con el fin de identificar cambios y posibles tendencias que no pueden observarse en un estudio transversal.

Es conveniente ampliar el tamaño de la muestra y considerar la inclusión de participantes de diferentes unidades de salud o instituciones para incrementar la representatividad y fortalecer la validez externa de los hallazgos.

Futuras investigaciones podrían incorporar variables adicionales como estrategias de afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y presencia de sintomatología depresiva, con el propósito de comprender con mayor profundidad los factores emocionales que influyen en el bienestar de esta población.

Se sugiere emplear instrumentos complementarios o métodos mixtos (cuantitativos y cualitativos) que permitan explorar con mayor detalle las experiencias emocionales y el significado que los pacientes atribuyen al consumo de alcohol en el contexto de la hemodiálisis.

Se recomienda que futuras investigaciones analicen de manera específica a adultos jóvenes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, considerando que el amplio rango de edad de la muestra en el presente estudio puede implicar diferencias relevantes en el estado de salud, las comorbilidades, la percepción de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento, factores que podrían influir en los niveles de ansiedad y en los patrones de consumo de alcohol observados.

Referencias

- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., & Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510001>
- Alshelleh, S., Alhourri, A., Taifour, A., Abu-Hussein, B., Alwreikat, F., Abdelghani, M., Badran, M., Al-Asa'd, Y., Alhawari, H., & Oweis, A. O. (2022). Prevalence of depression and anxiety with their effect on quality of life in chronic kidney disease patients. *Scientific Reports*, 12(1), 17627. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-21873-2>
- Amador Cannals, A. C., Aborashed Amador, N. F., Vargas Rodriguez, L. J., Ariza Rodríguez, D. J., & Sierra Gil, L. B. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en dos unidades de diálisis de Boyacá, Colombia. *Revista Colombiana de Nefrología*, 7(2), 37-43. <https://doi.org/10.22265/acnef.7.2.386>
- Anker, J. J., & Kushner, M. G. (2019). Co-occurrence of anxiety and alcohol use disorders: Implications for treatment. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1), 1–16.
- Babor, T., Higgins, J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). *Cuestionario de Identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)*. Organización Mundial de la Salud.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2008). *Epidemiología básica*. Organización Panamericana de la Salud.
- Cheungpasitporn, W., Thongprayoon, C., Kittanamongkolchai, W., Brabec, B. A., O'Corragain, O. A., Edmonds, P. J., & Erickson, S. B. (2014). High alcohol consumption and the risk of renal damage: A systematic review and meta-

- analysis. *QJM: An International Journal of Medicine*, 108(7), 539-548.
<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcu247>
- Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2017). *Normatividad de la CNDH (NOR-20)*. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR20.pdf>
- De la Fuente, J. R., & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51.
- Elashoff, J. D. (2007). *nQuery Advisor: Version 7.0 User's Guide*. Los Angeles, CA: Author.
- Fan, Z., Yun, J., Yu, S., Yang, Q., & Song, L. (2019). Alcohol consumption can be a “double-edged sword” for chronic kidney disease patients. *Medical Science Monitor*, 25, 7059-7072. <https://doi.org/10.12659/MSM.916121>
- Fernandez, M. dos S., Vieira, I. S., Silva, N. R. da, Cardoso, T. de A., Bielavski, C. H., Rakovski, C., & Silva, A. E. R. da. (2021). Anxiety symptoms and alcohol abuse during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study with Brazilian dental undergraduate students. *Journal of Dental Education*, 85(12), 1793–1808.
<https://doi.org/10.1002/jdd.12760>
- Gámez-Medina, M. E., Guzmán-Facundo, F. R., Ahumada-Cortez, J. G., Alonso-Castillo, M. M., & Da Silva Gherardi-Donato, E. C. (2017). Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *Nure Investigación*, 14(88), 1–9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278118>
- Grove, S & Grey, J. (2019). *Investigación en enfermería, Desarrollo de la práctica basada en evidencia*. ELSEVIER.
- Hall, Y. N., Larive, B., Painter, P., et al. (2012). Effects of six versus three times per week hemodialysis on physical performance, health, and functioning: Frequent Hemodialysis Network (FHN) randomized trials. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 7(5), 782–794.

- Hegde, A., Veis, J. H., Seidman, A., Khan, S., & Moore, J. (2000). High prevalence of alcoholism in dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 35(6), 1039-1043. <https://doi.org/10.1053/ajkd.2000.7455>
- Hernández Cantú, E. I., & Maldonado Saucedo, M. (2019). Calidad de vida en pacientes nefrópatas con distintos tratamientos en un hospital de segundo nivel de atención en Nuevo León. *Enfermería Global*, 18(53), 255-267. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.322491>
- Hernández Hernández, V. A., Marrufo, R. M., Esparza Del Villar, O. A., & Robles Ramírez, A. J. (2022). Validación de las escalas de Beck (ansiedad y depresión) en población fronteriza (norte de México) durante la pandemia por COVID-19. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(5). <https://doi.org/10.2675/9780>
- Huang, C. W., & Wee, P. H. (2021). Prevalence and risk factors of anxiety disorders and symptoms in patients with chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 69, 27-40. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.12.003>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Encuesta Nacional de Bienestar y Salud (ENBIARE) 2021*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo>
/
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM] 2011; Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Secretaría de Salud [SSA]. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*.
- International Society of Nephrology. (2019). *ISN biennial report 2019*. https://www.theisn.org/wp-content/uploads/2020/09/ISN_biennial_report_2019.pdf
- Lee, Y. J., Cho, S., & Kim, S. R. (2021). Effect of alcohol consumption on kidney function: Population-based cohort study. *Scientific Reports*, 11(1), Article 2381. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81777-5>

- Moeinzadeh, F., Shahidi, S., Seirafian, S., Rouhani, M. H., Mortazavi, M., Maghami-Mehr, A., & Vahdat, S. (2023). Association of alcohol consumption with the prevalence and various stages of chronic kidney disease. *Journal of Research in Medical Sciences*, 28(1), 1-10. https://doi.org/10.4103/jrms.jrms_152_22
- Mosleh, H., Alenezi, M., Al Johani, S., et al. (2020). Prevalence and Factors of Anxiety and Depression in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis: A Cross-sectional Single-Center Study in Saudi Arabia. *Cureus*, 12(1), 48-56. <https://doi.org/10.7759/cureus.6668>
- Moya Ruiz, M. A. (2017). Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(1), 48-56. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842017000100007>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2018, enero). *Hemodiálisis*. NIDDK. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/espanol/enfermedades/riñones/hemodialisis>
- National Kidney Foundation. (2002). *KDOQI clinical practice guidelines for nutrition in chronic kidney disease: 2000 update*. <https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/2002-2000-nutrition-ckd-guidelines.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Páez, A. E., Jofre, M. J., Azpiroz, C. R., & De Bortoli, M. A. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*, 8(1), 117-124. Recuperado de: v8n1a9.pdf (scielo.org.co)
- Pikulicka, A., Świercz, K., Kulbat, M., Majcher, M., Kulbat, A., Górska, D., Majcher, M., Sierpień, M., Karwańska, A., & Brzywczy, P. (2023). Consumo excesivo de alcohol y trastornos de ansiedad. *Journal of Education, Health and Sport*. <https://doi.org/10.12775/jehs.2023.36.01.004>.

- Puddephatt, J., Irizar, P., Jones, A., Gage, S., & Goodwin, L. (2021). Associations of common mental disorder with alcohol consumption. *Adicción*, 117(6), 1543 - 1572. <https://doi.org/10.1111/add.15735>.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211–218.
- Secretaría de Salud. (1987). *Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud*. (Última actualización 2016). México, D.F. Diario Oficial de la Federación
- Secretaría de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Diario Oficial de la Federación. <https://www.dof.gob.mx>
- Secretaría de Salud. (2022). *¿Por qué el abuso en el consumo de alcohol perjudica nuestra salud?* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/promosalud/es/articulos/por-que-el-abuso-en-el-consumo-de-alcohol-perjudica-nuestra-salud>
- Secretaría de Salud. (2022). *Enfermedad renal en México: Prevención, promoción, atención y seguimiento*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/119-enfermedad-renal-en-mexico-prevencion-promocion-atencion-y-seguimiento>
- Secretaría de Salud. (2022). *Uso nocivo de bebidas alcohólicas asociado con más de 200 problemas de salud física y mental*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/598-uso-nocivo-de-bebidas-alcoholicas-asociado-con-mas-de-200-problemas-de-salud-fisica-y-mental>
- Semaan, V., Nouredine, S., & Farhood, L. (2018). Anxiety and depression among hemodialysis patients in Lebanon: A cross-sectional study. *Applied Nursing Research*, 43, 80–85. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.05.001>
- Silva, E. C., & Tucci, A. M. (2018). Correlación entre ansiedad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista Psicología: Teoría y Práctica*, 20(2), 93–106. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n2p93-106>

- Tafoya, R., Gómez, P., Ortega, S. y Ortiz, L. S. (2006). Inventario de ansiedad de Beck: validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM. *Psiquis*, 15, 82-87.
- Yuan, H. C., Yu, Q. T., Bai, H., Xu, H. Z., Gu, P., & Chen, L. Y. (2021). Alcohol intake and the risk of chronic kidney disease: Results from a systematic review and dose-response meta-analysis. *European Journal of Clinical Nutrition*, 75(11), 1555-1567. <https://doi.org/10.1038/s41430-021-00873-x>
- Zhao, J., Stockwell, T., Naimi, T., Churchill, S., Clay, J., & Sherk, A. (2023). Association between daily alcohol intake and risk of all-cause mortality: A systematic review and meta-analyses. *JAMA Network Open*, 6(3), e236185. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.6185>

Anexos

Anexo 1

Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Síntomas de Ansiedad y su relación con el Consumo de Alcohol en pacientes Adultos con Enfermedad Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis

Autores: Dra. Karla Selene López García, Lic. Margia Denisse Badillo Campos

Introducción/Objetivo del estudio/

Estimado participante estamos interesados en recabar información acerca de la ansiedad y el consumo de alcohol en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Lo cual nos pudiera dar el panorama sobre estas dos características para poder generar algún programa que apoye a la disminución de la ansiedad y el consumo de alcohol.

Los datos sociodemográficos que proporcionará serán utilizados con fines científicos. Este estudio se realiza como requisito para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería del autor principal. Para que pueda decidir si desea participar es importante que lea detenidamente el propósito del estudio, procedimiento, descripción de su participación voluntaria y los posibles riesgos y beneficios para usted.

El propósito del estudio será conocer la relación que existe entre la ansiedad y el consumo de alcohol en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Descripción del Estudio/Procedimientos:

Si acepta participar en esta investigación, la participación será completamente anónima y confidencial.

1. Primero el autor principal del estudio te pedirá que leas y firmes este consentimiento informado.
2. Después se te aplicarán dos cuestionarios, de ansiedad y consumo de alcohol, el tiempo estimado de esta participación es de 25 minutos. Se seleccionará un lugar en la

institución hospitalaria donde pueda contestar de manera tranquila y con la mayor privacidad posible.

3. La información que Usted proporcione será anónima, los resultados pueden ser publicados en revistas científicas, pero se realizará de manera grupal, Su nombre ni datos de identificación aparecerán en estos.

4. Una vez contestados los cuestionarios se le agradecerá su participación en el estudio.

5. Aun firmando este consentimiento, Usted podrá retirarse en el momento que lo desee.

Riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio:

La participación en el estudio podría evocar emociones negativas relacionadas con la ansiedad, el consumo de alcohol o la enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Es importante que esté consciente de que podría experimentar momentos de incomodidad emocional durante la aplicación de los instrumentos, en caso de ser así, si usted lo desea podremos canalizarlo al servicio de psicología, sin implicar ningún costo.

Beneficios esperados:

El beneficio de su participación será conocer su estado de ansiedad y consumo de alcohol con el resultado de los cuestionarios. Sin duda su participación contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud que ayudarán a realizar intervenciones con enfoque preventivo.

Autorización para uso y distribución de la investigación:

Las únicas personas que conocerán su participación en el estudio serán usted y los responsables de la investigación; de ninguna forma se dará información a otras personas. Los resultados de la encuesta podrán ser publicados en artículos científicos, pero únicamente de manera general, nunca se presentará información individualizada del participante. Recuerde que la encuesta será anónima y la información es totalmente confidencial.

Derecho de retractar:

Su participación es voluntaria. Esta decisión de participar o no participar no afectará su relación actual con las autoridades de la institución. Si usted se siente indispuesto o no desea seguir hablando de estos temas, podrá dejar de contestar en el momento que así lo decida, sin afectar en nada sus derechos.

Preguntas:

Si tiene alguna duda o cuestionamiento con respecto a su participación por favor comuníquese al Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) en un horario de 9:00 a 14:00 hrs, ya sea al teléfono 8183481847 o bien acudiendo al domicilio en Av. Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro en Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Yo, voluntariamente concedo participar en el estudio y que se recolecte información sobre mi persona. Se me ha explicado que este estudio es para determinar la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas, accedo a participar en este estudio, sin renunciar a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el mismo.

Compromisos del Investigador:

La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Cualquier duda que surja al leer este consentimiento o durante su participación será aclarada en el momento que la haga saber.

Firma: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Testigo 1 _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección

Testigo 2: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección

Fecha:

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Día / Mes / Año

Anexo 2

Cédula de Datos Personales

Cédula de Datos Personales	
1.Edad (años cumplidos)	
2.Sexo	Hombre: _____ Mujer: _____
3.Ocupación	Trabaja: _____ No trabaja _____
4.Estado civil	Soltero: _____ Casado: _____ Divorciado: _____ Viudo: _____ Unión Libre: _____
5.Tiempo de tratamiento de hemodiálisis (años)	

Anexo 3

Prevalencia de Consumo de Alcohol (PCA)

A continuación, se le realizarán preguntas sobre el consumo de alcohol, a lo cual usted podrá contestar Si o No según sea el caso.

12. ¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida?	SI	NO
13. Si contestó “Si” ¿A qué edad consumió alcohol por primera vez?		años
14. ¿Ha consumido alcohol en los últimos 12 meses?	SI	NO
15. ¿Ha consumido alcohol en los últimos 30 días?	SI	NO
16. ¿Ha consumido alcohol en los últimos 7 días?	SI	NO
17. ¿Qué tan frecuente consume alcohol?	a) Diario b) 2-3v. por semana c) >4 v. por semana d) 1 v. al mes e) 2-4v. al mes f) Cada 2 meses g) Cada 3 meses h) No consumo	

1. Cuál ha sido el hábito de consumo de bebidas alcohólicas durante el tratamiento de ERC (Hemodiálisis)

- a) Inicie el consumo durante mi tratamiento de ERC
- b) Consumo más de lo que consumía antes de haber sido diagnosticado con ERC
- c) Actualmente consumo igual que lo que consumía antes de haber sido diagnosticado con ERC
- d) Consumo menos que lo que consumía antes de haber sido diagnosticado con ERC
- e) He dejado de consumir por completo cuando fue diagnosticado con ERC
- f) No he consumido, ni antes, ni durante mi tratamiento de ERC

2. Antes de haber sido diagnosticado con ERC ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumías en un día típico? _____(número de bebidas)

3. Durante mi tratamiento ¿Cuántas bebidas alcohólicas has consumido en un día típico? _____(número de bebidas)

Anexo 4

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Pregunta	No	Leve	Moderado	Bastante
1-. Torpe o entumecido	0	1	2	3
2-. Acalorado	0	1	2	3
3-. Con temblor en las piernas	0	1	2	3
4-. Incapaz de relajarse	0	1	2	3
5-. Con temor a que ocurra lo peor	0	1	2	3
6-. Mareado, o que se le va la cabeza	0	1	2	3
7-. Con latidos del corazón muy fuertes o acelerados	0	1	2	3
8-. Inestable	0	1	2	3
9-. Atemorizado o asustado	0	1	2	3
10-. Nervioso	0	1	2	3
11-. Con sensación de bloqueo	0	1	2	3
12-. Con temblores en las manos	0	1	2	3
13-. Inquieto	0	1	2	3
14-. Inseguro	0	1	2	3
15-. Con sensación de ahogo	0	1	2	3
16-. Con temor a morir	0	1	2	3
17-. Con miedo	0	1	2	3
18-. Con problemas digestivos	0	1	2	3
19-. Con desvanecimientos	0	1	2	3
20-. Con rubor facial	0	1	2	3
21-. Con sudores fríos o calientes	0	1	2	3

Anexo 5

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT]

Instrucciones: Responda las preguntas. Las “bebidas alcohólicas” son consideradas la cerveza, vino, vodka, entre otras. En términos de “bebidas estándar”. Por favor coloque la respuesta que más se apega a la realidad.	
1. ¿Con qué frecuencia tomas alguna bebida que contenga alcohol? (0) Nunca (1) Mensualmente o menos (2) 2 a 4 veces al mes (3) 2 a 3 veces por semana (4) 4 o más veces por semana	6. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un primer trago o bebidas alcohólica por la mañana para recuperarse después de una del consumo excesivo de alcohol del día anterior? (0) Nunca (1) Menos de mensual (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi diario
2. ¿Cuántas bebidas que contienen alcohol toma en un día normal cuando bebe? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8 o 9 (4) 10 o más	7. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha tenido sentimiento de culpa o remordimiento después de beber? (0) Nunca (1) Menos de mensual (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi diario
3. ¿Con qué frecuencia tomas seis o más bebidas en una ocasión? (0) Nunca (1) Menos de mensual (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi diario	8. ¿Con qué frecuencia durante el último año no has podido recordar lo que pasó la noche anterior porque habías estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de mensual (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi diario
4. ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha dado cuenta de que no podía dejar de beber una vez que había empezado? (0) Nunca (1) Menos de mensual (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi diario	9. ¿Usted o alguien más ha resultado herido como resultado de su consumo de alcohol? (0) No (2) Sí, pero no en el último año (4) Sí, durante el último año
5. ¿Con qué frecuencia durante el último año no logró hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida? (0) Nunca (1) Menos de mensual (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi diario	10. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro trabajador de la salud se ha preocupado por su consumo de alcohol o le ha sugerido que lo reduzca? (0) No (2) Sí, pero no en el último año (4) Sí, durante el último año
Puntuación total:	

Resumen Autobiográfico

Lic. Margia Denisse Badillo Campos

Candidata para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: Síntomas de ansiedad y su relación con el consumo de alcohol en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas lícitas e ilícitas

Biografía: Nacida en Monterrey, Nuevo León, México. El día 7 de marzo de 1992, hija de Bertha Alicia Campos Cantú y Juan José Badillo González. Hermana menor de Karen Michelle y madre de Melanie Denisse de Ossio Badillo.

Formación personal: Egresada de la Escuela de Enfermería del IMSS, incorporada a la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de Licenciada en Enfermería en el año 2014. Diploma de postécnico de Nefrología con beca del Instituto Mexicano del Seguro Social, siendo la Universidad Autónoma de México aval en el año 2023 con duración de doce meses, obteniendo segundo lugar de aprovechamiento académico. Becada de Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) para realizar estudios de posgrado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el periodo Enero 2024-Diciembre 2025. Estancia de Investigación en la Universidad Autónoma del Carmen, Campeche, en junio 2025. Miembro de Asociación Mexicana de Enfermeras en Nefrología (AMENAC) A.C. No. 1272. Diplomado de Nefrología con énfasis en hemodiálisis en AMENAC.

Experiencia profesional: Enfermera General Clínica en Instituto Mexicano del Seguro Social en Hospitales Generales de Zona de 2018 a 2024 en áreas como urgencias, terapia intensiva, quirófano, tococirugía y ginecología. Enfermera Especialista en Nefrología de Abril 2024 a la actualidad en Unidad Médica de Alta Especialidad No.25 del Instituto Mexicano del Seguro Social en área de trasplante renal.

Correo electrónico: licmargiabadillo@gmail.com