



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA

REPORTE DE TRABAJO DE LA MAESTRÍA EN
PSICOLOGÍA CON RESIDENCIA EN MEDICINA
CONDUCTUAL:

**DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y
EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE
AUTOCONTROL PARA PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CAROLINA SANTILLÁN TORRES TORIJA

DIRECTOR DEL REPORTE:
DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ

COMITÉ REVISOR
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA
DRA. MA. ANTONIETA CALDERON
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
MTRA. BERTHA RAMOS DEL RIO
DRA. SANDRA ANGUIANO SERRANO

MÉXICO, D.F. 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A todos los que se han interesado
Y han apoyado mi trabajo, Vol. 2*

Índice	
Introducción.....	3
Parte I. Marco Teórico	
Capítulo I	
Psicología de la Salud	8
Capítulo II	
Insuficiencia Renal Crónica	14
La Diálisis Peritoneal Intermittente	16
Capítulo III	
Afectaciones psicológicas de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica	20
Trabajos realizados con pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica	23
Parte II. Investigación	
Objetivo	31
Método	32
Participantes	33
Materiales e Instrumentos.....	34
Procedimiento	34
Resultados	38
Análisis Estadístico	44
Discusión y conclusiones	46
Referencias	52
Índice de anexos	56

Resumen

La Insuficiencia Renal Crónica es un padecimiento derivado de padecimientos tales como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y otros padecimientos y representa uno de los tratamientos más costosos para el sistema de salud en México. Este padecimiento requiere de hospitalizaciones, cirugías y cambios en el estilo de vida de las personas como son su alimentación, su ingesta de líquidos, su higiene y toma de medicamentos. A estos cambios se le suman elevados niveles de ansiedad y depresión ante una enfermedad que los llevará a la muerte.

El presente documento es el Reporte de Experiencia Profesional que tiene como objetivo presentar un estudio que consistió en diseñar y evaluar el impacto de un programa de Psicoeducación y Autocontrol con seis pacientes recién aceptados en el programa de Diálisis Peritoneal Intermitente del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón - Daimler Chrysler” dentro del Área de Medicina Interna, que acudían semanalmente a esta institución para recibir tratamiento.

El trabajo incluye el rediseño en la evaluación de candidatos a DPCI y atender a los pacientes aceptados en el Programa proporcionándoles un Entrenamiento en Autocontrol que incluyó cinco sesiones de Psicoeducación sobre las conductas específicas a cuidar dentro de su enfermedad: Reducción en la ingesta de líquidos, alimentación para nefrópata, higiene, compra de bolsas con solución para diálisis, y toma de medicamentos. Dichas conductas son primordiales para ayudar a prolongar la vida de los pacientes con I.R.C. Este programa de Autocontrol incluyó un componente dedicado al manejo emocional a través de técnicas cognitivo conductuales enfocadas al manejo de la depresión y la ansiedad.

Se trabajó directamente con los pacientes para conocer su nivel de conocimientos sobre la I.R.C., y cómo estaban llevando a cabo el manejo de su enfermedad. Posterior a esta primera fase se rediseñó la evaluación de candidatos a DPCI, y se implementó un programa de Psicoeducación y Autocontrol a través de un Manual Para Pacientes con I.R.C. en un grupo de 6 pacientes. Este grupo de pacientes compartía diversas características: ser de nivel socioeconómico bajo, tener apoyo familiar, haber padecido una enfermedad crónica degenerativa (diabetes o hipertensión) de larga evolución, tener un antecedente de un bajo autocontrol de su enfermedad, poseer pocos conocimientos sobre la enfermedad y tener ideas distorsionadas sobre la etiología de la misma y su pronóstico.

Seis pacientes participaron a un Entrenamiento en Autocontrol y durante siete semanas, en sesiones de hora y media apoyados en el Manual de Autocontrol. Esta intervención se realizó en el Área de Diálisis, dentro del Piso de Medicina Interna. Los pacientes fueron evaluados con los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, así como una prueba de conocimientos sobre I.R.C. Durante esas cinco sesiones, a través de pruebas de laboratorio se midieron los electrolitos séricos para conocer si hubo cambios derivados de la intervención. Los resultados demuestran que los pacientes tienen una mejoría moderada en las conductas de autocuidado así como en los niveles de ansiedad y depresión.

Los resultados obtenidos se analizaron mediante las pruebas de Wilcoxon, Prueba de los Signos y McNemar, y estos muestran que los niveles de ansiedad, depresión en los pacientes mejoraron, sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas. Los niveles en sangre de glucosa, potasio y sodio también mostraron diferencias, pero no significativas estadísticamente, además de que se encontró posterior a la realización de este trabajo, que las medidas de estos electrolitos séricos no es un índice confiable para conocer si los pacientes tuvieron un buen cuidado de su alimentación y/o toma de medicamentos. Los resultados muestran que sí hubo diferencias estadísticamente significativas para la prueba de conocimientos.

En conclusión, es primordial continuar trabajando este tipo de programas en poblaciones de pacientes con I.R.C. pues el contar con conocimientos sobre el padecimiento así como estrategias para el manejo de las emociones, puede incrementar el tiempo de supervivencia en los pacientes, acrecentar la adhesión terapéutica, elevar su calidad de vida, evitar complicaciones del padecimiento así como, si es el caso, motivarlos a elegir otro tratamiento como el trasplante renal.

Introducción

La diabetes mellitus es la primera causa de muerte en México hoy en día, y las enfermedades hipertensivas son la novena. Debido a las características de la población mexicana, muchos pacientes ignoran que padecen estas enfermedades y/o no llevan un tratamiento adecuado de las mismas por lo que en el mediano plazo se encuentran enfrentándose a otros padecimientos relacionados con un manejo defectuoso de la enfermedad primaria. Suele entonces desarrollarse la Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.). La I.R.C. es uno de los padecimientos más caros, y que generan uno de los más altos deterioros en la vida de los pacientes y sus familiares. Las probabilidades de mejora son bajas debido a las condiciones económicas de los habitantes de nuestro país, a la dificultad que tienen a los servicios de salud, y a la falta de conocimiento de la propia enfermedad; pero sobre todo por que en la mayoría de los casos los pacientes que padecen I.R.C. se caracterizan por tener un pobre autocontrol de las conductas hacia el cuidado de la salud. Así que la transición de una enfermedad como diabetes mellitus o alguna enfermedad hipertensiva a la I.R.C. generalmente implica continuar con el patrón de falta de conocimiento e incumplimiento de las indicaciones médicas, lo cual termina en una muerte pronta.

Ante la noticia del diagnóstico de I.R.C. los pacientes y sus familiares empiezan a cursar en primer lugar un estado de negación ante un padecimiento que puede ser silencioso, y les causa disonancia cognitiva. A este estado se unen en el paciente episodios de ansiedad, tristeza, enojo, así como miedo frente al tratamiento: cambio en el estilo de vida que incluye un cambio riguroso en la dieta, limpieza, internamientos semanales al hospital, fuertes gastos económicos, y finalmente la expectativa de una muerte en el mediano plazo. Muchos de los pacientes conocen que han sido poco autoeficaces en el pasado para seguir el tratamiento. Los pacientes comienzan a tener una serie de pensamientos catastrofistas sobre el pronóstico de su enfermedad. Se culpabilizan con cogniciones del tipo debería / no debería, y en general empiezan a ver su entorno, su futuro y a ellos mismos de forma distorsionada y negativa. En relación con la ansiedad estas personas muy frecuentemente tienen que enfrentarse a un evento que no han experimentado

en su vida: una cirugía, y una hospitalización larga. A este respecto ya tienen creencias irracionales derivadas de la falta de información relacionadas con la anestesia, la recuperación, y el dolor; estas situaciones son disparadoras de la sintomatología ansiosa: dificultades para dormir, dolor de cabeza, miedo a que pase lo peor, taquicardia, entre otros.

La familia por su parte tiene que enfrentarse a que muchas de las veces hay falta de comunicación entre los integrantes, y es difícil que logren llegar a acuerdos equitativos sobre la distribución de los gastos, el tiempo que cada integrante puede brindar para el cuidado del paciente, y a estos problemas instrumentales se añan las creencias que cada familiar tenga sobre la información recibida por parte de los médicos, que en ocasiones es poca; en este sentido estas familias tienen poca habilidad para comunicarse con los médicos y tienen muchas dudas sobre el tratamiento de las que no se atreven a preguntar. Finalmente con mucha frecuencia los familiares comienzan a proponer diferentes tratamientos alternativos, que “les han recomendado” o de los que “han escuchado” e intentan convencer a la familia de llevarlos a cabo, en vez de lo que el médico ofrece.

Uno de los tratamientos utilizados en México para la I.R.C. es la Diálisis Peritoneal Continua Intermitente (DPCI), en este procedimiento al paciente se le coloca mediante una cirugía un catéter permanente en el abdomen, para limpiar su sangre y suplir el trabajo que el riñón realiza de forma limitada. Para llevar a cabo este procedimiento es necesario que asista al hospital una vez por semana para recibir el tratamiento durante dos días, generalmente acompañado de un familiar, así como un importante cambio en su higiene, alimentación, ingesta de líquidos, y toma de medicamentos. Finalmente la familia deberá estar preparada para realizar un gasto económico fuerte de forma permanente o indefinida pues probablemente el paciente no tenga acceso a otro tipo de tratamiento. Tomando en cuenta la dificultad que conlleva el diagnóstico de I.R.C. en una persona con pocos conocimientos sobre su enfermedad, pocos recursos económicos y a la que se le demanda un cambio radical en el estilo de vida surgen las siguientes preguntas de investigación, ¿qué impacto tendrá un programa de autocontrol y manejo emocional en los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes con I.R.C.? ¿El que el paciente cuente con mayores conocimientos sobre su enfermedad, aunado a técnicas cognitivo conductuales para el

manejo emocional hará que éste cuide más su alimentación e ingesta de líquidos lo cual a su vez incide en niveles más estables de glucosa, sodio y potasio en sangre?

El recibir un diagnóstico de diabetes mellitus o hipertensión arterial en México viniendo de una clase económica baja entraña un problema difícil de resolver. Padecerlas implica en primera instancia una serie de emociones, sobre todo aquellas relacionadas con la tristeza y la ansiedad, mismas que minarán en el autocuidado del paciente pues frecuentemente cae en desesperanza. Es muy posible que debido a la baja adhesión terapéutica los pacientes con diabetes mellitus o hipertensión arterial generen una insuficiencia renal crónica, uno de los más grandes problemas de salud en México y en otros países.

Además de la carga emocional, para el paciente y sus familiares, una enfermedad crónica degenerativa implica compra de medicamentos, el monitoreo médico frecuente, pero sobre todo un cambio en el estilo de vida: realizar ejercicio físico, mantener un peso adecuado, llevar un régimen alimentario y tener un buen manejo emocional.

Un factor adicional es que en México la población no cuenta con información suficiente sobre las enfermedades y los pacientes tienen ideas distorsionadas sobre el pronóstico de su padecimiento, así como ideas mágico – religiosas sobre la curación del mismo. Así que el paciente se enfrentará a que muchas de las veces sus familiares, amigos o vecinos le compartirán penosas historias sobre algún conocido que ya tuvo ese padecimiento y murió. Esta falta de información en los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas es un tema que se ha abordado desde el campo de la Psicología de la Salud, y aunque por sí mismo se ha demostrado que no tiene efectos sobre la adherencia terapéutica de los pacientes al tratamiento, debe ser un componente fundamental a incluirse en los programas de manejo de dichas enfermedades, sobre todo en países tan religiosos como el nuestro.

En México, la I.R.C., constituye un problema de salud frecuente en la población, que genera un alto costo social y económico. Actualmente existe un incremento de

pacientes, se estima que cada año son alrededor de 35 mil en todo el sistema de salud (Trujillo, Méndez, Sierra, 1999).

El INEGI reporta que a partir de 1998 el porcentaje de defunciones generales de 30 a 64 años por Insuficiencia Renal Crónica se ha ido incrementando de 1.8 a 2.1 por ciento al año 2005 (INEGI, 2008).

El presente trabajo se propone a partir de la necesidad de evitar las frecuentes complicaciones de los pacientes con I.R.C. en DPCI dentro del Hospital General de Atizapán. La mayoría de estos pacientes no han tenido adhesión terapéutica en el pasado y corren el riesgo de seguir con ese patrón de conductas: falta de seguimiento en la toma de medicamentos, bajo cumplimiento en el control nutricional, descontrol en la toma de líquidos, falta de higiene entre otros.

La adherencia al tratamiento es predictor medular en la evolución del padecimiento. Hotz, et. al. (2003) mencionan que a pesar de que para obtener resultados óptimos en la salud de la población se requieren tratamientos eficaces, igualmente importante es que los usuarios tengan la conducta de adherencia. Ser adherente determinará el establecimiento, curso y pronóstico del padecimiento.

El presente estudio surge de un programa previamente establecido en el área de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler” el cual consistió en evaluar a candidatos al tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente y seleccionar a aquellos que tuvieran mejores condiciones de vivienda, apoyo familiar y económico para poder mantenerse en el Programa de DPCI.

El presente Reporte de Trabajo está dividido en dos partes, la primera está formada por tres capítulos como marco teórico.

En el capítulo I se hablará del objetivo de la Psicología de la Salud en un ámbito médico, las contribuciones que ha hecho en enfermedades crónico degenerativas y la importancia de formar parte del equipo interdisciplinario de la salud.

En el capítulo II se explicará en qué consiste la I.R.C. tanto su etiología como su sintomatología, la prevalencia en México y las opciones de tratamiento que actualmente se utilizan para la misma, se profundizará en la DPCI pues es el tratamiento que tuvieron los participantes de este estudio.

En el capítulo III se describirán las afectaciones psicológicas con las que generalmente cursan los pacientes con I.R.C., y las intervenciones que se han realizado en este sentido.

La segunda parte del Reporte está conformada por la investigación que se realizó y ésta incluye el método (participantes, escenario, instrumentos, procedimiento y resultados). Finalmente se presenta la discusión y las conclusiones.

Capítulo I

Psicología de la Salud

Desde hace algunos años, el mundo ha sufrido una transición epidemiológica cambiando las principales causas de muerte de infecciones a enfermedades crónicas degenerativas, dentro de las cuales encabezan la lista la diabetes mellitus, y las enfermedades cardiovasculares. Esta transición se explica al observar cómo en primer lugar los países desarrollados empezaron a reducir la tasa de natalidad, realizaron avances tecnológicos en la fabricación de equipo médico avanzado y comenzaron a crear medicamentos más efectivos que les permitieron elevar su esperanza de vida, y reducir los niveles de mortalidad. Una vez que lograron el decremento en enfermedades infecto – contagiosas, esta industrialización trajo como costo una serie de enfermedades crónicas que están también relacionadas con un estilo de vida en contacto con las fábricas, la alimentación deficiente, y el estrés de la vida urbana. Este modelo de transición epidemiológica también es conocido como transición de la mortalidad o transición de la salud.

Aunque el modelo biomédico tuvo mucho éxito para resolver grandes problemáticas de salud contribuyendo con vacunas para prevenir epidemias, implementando alta tecnología dentro de las instituciones, o mejorando continuamente los medicamentos, la transición epidemiológica ha tenido resultados limitados pues, al encargarse de todo el trabajo, ha convertido a los usuarios ajenos a una serie de conductas que pueden mejorar su calidad de vida, evitar contraer enfermedades, o mantener el control de algún padecimiento. Los pacientes desde el modelo biomédico son agentes pasivos e incapaces de hacer más que lo que el médico les receta, que por lo general son medicamentos, pues el médico sabe que el paciente no cumplirá con algunas conductas que podrían ayudarlo como mejorar su dieta, regular su horario de sueño, bajar de peso, o hacer ejercicio. Este modelo no considera que muchos factores contribuyen a preservar, perder o recuperar la salud, principalmente cinco condiciones fundamentales que se han comprobado ser claves: la herencia, la nutrición, la calidad del ambiente, el acceso a los servicios de salud y la conducta. Sánchez-Sosa, J. J. (2002).

Ante esta transición epidemiológica es necesario que algún profesional de la conducta trabaje con las personas cambiando su estilo de vida, que es lo que con mayor probabilidad logrará que la población tenga un mejor pronóstico de salud. Estos profesionales son los psicólogos especializados en salud, quienes además de tener experiencia clínica en el tratamiento de diversos trastornos del estado de ánimo, de la ansiedad, por depresión, tienen entrenamiento para implementar programas específicos en usuarios con alguna enfermedad y pueden ayudar en: mejorar la adhesión terapéutica, conocer más acerca de su padecimiento, adquirir habilidades para tolerar el estrés que provocan las hospitalizaciones y manejar el dolor, entre otros.

La psicología clínica de la salud puede ser definida como un campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de las ciencias de la conducta, el cual se vuelve de vital importancia para la comprensión de la salud y la enfermedad física y su aplicación, es decir, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Reynoso y Seligson, 2005). Esta definición resalta cómo un psicólogo clínico en un escenario de salud debe tener siempre presente que al momento de intervenir con un paciente es importante evaluar su conducta, y ello implica que los programas que se trabajen con éste estarán relacionados con técnicas de modificación de la conducta. También la definición señala que este psicólogo especializado deberá tener habilidad para trabajar tanto con poblaciones en riesgo de contraer enfermedades y que pueda realizar cambios conductuales para evitarlas (prevención primaria), así como poder realizar intervenciones cuando el individuo ya tiene el padecimiento y puede evitar que éste se complique (prevención secundaria), por último el psicólogo de la salud podrá intervenir, como es el caso de este reporte de trabajo, con personas que ya tienen una enfermedad instalada y pueden tener una serie de conductas que les ayuden a llevarla de una mejor manera prolongando lo más posible el deterioro del sujeto (prevención terciaria). (Sánchez-Sosa, 1998).

Incluir a un profesional en el cambio de conducta es importante por que debido a varias condiciones médicas, especialmente cuando son crónicas en su naturaleza, pueden llevar a presiones y cambios de vida que a la mayoría de las personas les parecen por lo

menos desagradables. Estos cambio de vida no planeados pueden llevar a estrés, así que frecuentemente los pacientes se sienten peor de lo que anticipaban y el estrés agudo puede interferir con la recuperación física. Estos autores explican lo anterior en términos de un ciclo en el que la condición médica y los cambios que incluye, conllevan a estrés, lo cual lleva a un incremento de los síntomas médicos, lo cual lleva a un incremento de estrés, y así sucesivamente (Gatchel y Ourdt, 2003; Chur-Hansen, Carr, Bundy, Sanchez-Sosa, Tapanya & Wahass, 2008).

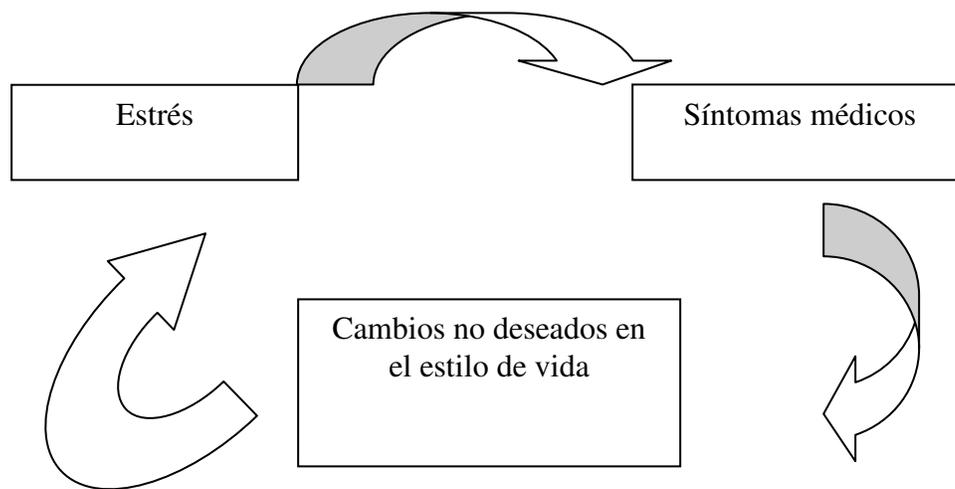


Fig. 2 Modelo El ciclo del estrés y síntomas médicos.

De este modelo se puede rescatar que por lo general las personas que son recién diagnosticadas con un padecimiento, se mostrarán resistentes al cambio. En este sentido entonces, será muy importante que un profesional les provea de información para que tengan todos los conocimientos sobre las razones por las que están presentando el problema de salud, y cómo las conductas que el médico sugiere pueden ayudar a tener un óptimo control de su padecimiento. También es importante que este profesional además de informar, entrene en la adquisición o consolidación de habilidades específicas que probablemente el paciente no tenga o tenga en déficit,. (Pues de haberlas poseído hubiera tenido un mejor control de su padecimiento en el pasado).

Un segundo punto que resalta el modelo es que inevitablemente las personas que son diagnosticadas con una enfermedad crónica sufren estrés pues imaginan o saben que su

vida podría acortarse o cambiar de manera radical. Muchas de las veces las personas no tienen suficientes habilidades para afrontar el estrés y al sentirse rebasados por el diagnóstico no son capaces de ocuparse de los cambios que es necesario hacer. El psicólogo de la salud ayudará a la persona a normalizar la reacción de estrés y promover conductas adaptativas hacia el padecimiento.

El fenómeno de la adhesión a los regímenes médicos no son un fenómeno del ámbito médico, sino del conductual, estos autores resaltan que si el paciente o el familiar no tienen un claro entendimiento de el tratamiento recomendado, la adhesión al mismo no es posible (Boll & Raczynsky, 2004). En México, esta situación es bastante común, sobre todo cuando se trabaja con población con bajos recursos socioeconómicos. Los pacientes con estas características por un lado no comprenden la información proporcionada por el médico o por el otro no tienen las habilidades para pedir información adicional o preguntar sus dudas, estas dos fallas provocan que el seguimiento de las indicaciones médicas es en ocasiones sea nulo. El psicólogo de la salud podrá apoyar en dos sentidos, educando al paciente en todo lo relativo a su enfermedad, así como entrenándolo para poder hacer preguntas, o solicitar información adicional (Hotz, et al., 2003).

El modelo biomédico, como decíamos antes, se ocupa de la enfermedad, y concibe a la salud como ausencia de enfermedad. Sin embargo el modelo biopsicosocial integra a la persona, el medio en el que vive, y los pensamientos que tiene sobre su padecimiento.

Los psicólogos entrenados en psicología clínica tienen una serie de habilidades que combinan dentro de la práctica con sus colegas médicos en un esfuerzo para aplicar el modelo biopsicosocial hacia el cuidado del paciente (Cohen, McChargue y Collins, 2003). Este trabajo interdisciplinario en ocasiones puede ser difícil, pues el psicólogo de la salud tendrá que enfrentarse a la resistencia del mismo personal médico, pues este último considera que por su conocimiento y jerarquía es el responsable del paciente. Sin embargo, si el psicólogo de la salud y el equipo médico logran hacer una buena mancuerna, los resultados saltarán a la vista (Chur-Hansen, et al, 2008).

En general se ha demostrado que dentro del área de la salud, los mejores resultados los ha dado la terapia cognitivo – conductual, pues combina técnicas de modificación de conducta aplicadas a comportamientos específicos como toma de medicamentos, realización de ejercicio físico, asistencia a citas, relajación, entre otros, con técnicas de reestructuración cognitiva que ayudan a atender distorsiones en los pensamientos que las personas pueden tener durante el transcurso de su enfermedad y que de agravarse pueden generar algún episodio de depresión, a continuación se describen algunos ejemplos.

Se ha sugerido que las intervenciones cognitivo–conductuales son altamente confiables por que trabajan a través de una evaluación enfocada al problema, y pueden ser implementadas rápidamente usando folletos o cualquier otra ayuda instruccional, y tienen un fuerte apoyo empírico. Existe una relación importante entre una intervención cognitivo conductual y la labor que se hace hacia la educación para la salud (James y Kolen, 2005).

Es importante señalar que en México educar para la salud es un reto pues el profesional deberá partir de los recursos con los que cuenta la población a la que se dirige, en algunos casos esto puede incluir que la población no tenga habilidades de lecto – escritura, y sea necesario implementar otras estrategias para que los pacientes estén informados sobre su condición, a pesar de sus limitaciones.

Dos estudios realizados por Riveros, et. al, 2005, uno en poblaciones con hipertensión esencial y otro en pacientes diabéticos e hipertensos esenciales muestran la eficacia de la terapia cognitiva en la calidad de vida, la adherencia terapéutica y los índices de ansiedad y depresión través de programas que toman en cuenta déficits presentes en la población mexicana como la expresión de dudas hacia el personal médico. Estos programas incluyen la utilización de materiales como un “carnet” con pictogramas para hacer marcas simples que no requieren habilidades de lecto escritura, así como componentes cognitivo conductuales (entrenamiento en solución de problemas, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, entre otros) administrados y adecuados a necesidades particulares de cada caso.

En conclusión, los psicólogos de la salud tienen uno de los mayores retos de la transición epidemiológica, cambiar el estilo de vida. Rubio, Medina, Barriaga, Ballesteros y Herrera (2004) definen *estilo de vida* como “un conjunto de comportamientos adquiridos que comparten los miembros de una categoría social y que tienden a persistir en el tiempo”. El psicólogo de la salud ayudará a que el paciente conozca el fundamento de cuáles son los comportamientos y pensamientos que integran un estilo de vida saludable, pues probablemente no les haya dado el peso que merecen, le ayudará a adquirirlos y que los realice de forma indefinida por el bien de su salud. Y esta labor implicará luchar contra la falta de conocimiento, la falta de habilidad para comunicarse con el médico, el estrés que producen los cambios no deseados, y lo más importante, que el paciente se asuma como un participante responsable de su salud y reconozca que las conductas que él implemente serán las que lograrán que tenga un mejor control de su salud, pues la salud es el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del modelo biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo (Oblitas, 2004).

Capítulo II

Insuficiencia Renal Crónica

En México, la insuficiencia renal crónica terminal constituye un verdadero problema de salud; cerca de 53 mil pacientes se encuentran detectados y de 4 a 8 mil nuevos casos se descubren por año, pero de ellos sólo entre 13 y 18 mil están bajo tratamiento en los diferentes programas de diálisis. Porcentualmente su incremento ha sido mayor a 100% en los últimos ocho años. En cuanto a género, predominan los hombres en relación 1.12 a 1, y en el 80% de los casos se presenta en la etapa productiva de la vida de los 15 a los 64 años (Rivera y Sánchez, 1998).

Las cifras del I.M.S.S. del año 2006 reportan que la insuficiencia renal fue la quinta causa de egresos hospitalarios con un total de 76,660 casos, encontrándose la mayoría de estos en la edad adulta (I.M.S.S., 2006). Así mismo el Instituto reporta a la insuficiencia renal como la novena causa de mortalidad en el año 2006, siendo el 8.1 por ciento de la población la que fallece debido a este padecimiento (I.M.S.S., 2006).

Para el año 2005, la I.R.C. era la tercera causa de muerte hospitalaria para mujeres en México, así como la novena causa de egresos hospitalarios según datos proporcionados por la Secretaría de Salud. Esto hace de la I.R.C. una de las enfermedades más comunes en nuestra población, y en la que se le invierten muchos recursos humanos y económicos. Intervenciones para lograr que las complicaciones sean menores y esto incida en los ingresos hospitalarios así como en prolongar el tiempo de vida de los pacientes son parte de la justificación de este trabajo.

La experiencia de múltiples investigadores, reflejada en la bibliografía médica, señala que la detección oportuna y el manejo adecuado de la I.R.C., esencialmente con terapia nutricional conlleva a un retraso en la evolución progresiva y en el requerimiento de terapias sustitutivas, como lo es la diálisis peritoneal, misma que puede cursar con complicaciones graves como la peritonitis bacteriana secundaria. Por lo tanto es fundamental que los pacientes con I.R.C. cuenten con suficientes conocimientos sobre su padecimiento para ajustar sus conductas de autocuidado, el estricto control su alimentación

los cuales pueden propiciar cambios importantes tanto en la evolución de la enfermedad como en su sintomatología (Huerta, 1999).

La Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.) se define como una pérdida lenta, progresiva e irreversible del filtrado glomerular. Generalmente cursa asintomática, hasta que el filtrado glomerular desciende por debajo de 10 ml/min. Entonces, aparecen las complicaciones propias del síndrome urémico, y se manifiesta mediante alteraciones: digestivas, hematológicas, cardiovasculares, neurológicas y metabólicas (Secretaría de Salud, 2000). Entre estas alteraciones se incluyen una importante retención de líquidos, un cambio en la coloración de la piel, diarreas frecuentes, falta de apetito. Los pacientes comienzan a hincharse de forma desproporcionada, el color de su piel empieza a tornarse amarillo – verdoso y su aliento es metálico; empiezan a tener poca tolerancia a los alimentos cursando con náuseas así como problemas intestinales. También refieren calambres en las extremidades y problemas para dormir.

La insuficiencia Renal hace referencia a la reducción de la capacidad de los riñones para filtrar los productos de desecho en la sangre y excretarlos a través de la orina, regulando así el equilibrio corporal de agua, sal y presión arterial. Cuando esa excreción de desechos no se produce, se observa un conjunto de síntomas de intensidad variable que es lo que se conoce como *uremia* (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

La I.R.C. se puede producir como complicación de enfermedades: metabólicas, hereditarias, congénitas, obstructivas y vasculares. En México las causas de I.R.C. en orden de frecuencia, según el Boletín Práctica Médica Efectiva “Insuficiencia Renal Crónica”, S.S., 2000 son:

Etiología de I.R.C. en adultos:

1. Nefropatía diabética.
2. Glomerulopatías.
3. Hipertensión arterial.
4. Nefropatía gotosa.

5. Enfermedad renal poliquística.
6. Nefropatía secundaria a enfermedades sistémicas (L.E.S).
7. Infección crónica de vías urinarias

Por lo general los pacientes que llegan al área de Urgencias y que son diagnosticados con I.R.C. cuentan con los siguientes síntomas: anemia, anorexia, náuseas, vómito, fetor urémico, cambios estructurales en el sistema circulatorio, coloración cutánea característica, amarillenta-biliosa, prurito (definido como una sensación desagradable que provoca el deseo de rascarse), edema de cara y extremidades, entre otros (Avendaño, 2003). En numerosas ocasiones llegan inconscientes.

Un gran número de pacientes con diabetes mellitus (DM) o hipertensión de larga evolución y con un pobre autocuidado terminan padeciendo I.R.C. La nefropatía diabética es una complicación de la DM, tanto de la de tipo 1 como de la de tipo 2 y en un paciente diabético en ausencia de otros datos clínicos y de laboratorio de enfermedad renal o del tracto urinario puede evolucionar a la insuficiencia renal progresiva. Habitualmente, se acompaña de hipertensión arterial y de lesiones de retinopatía diabética proliferativa. Constituye la principal causa de insuficiencia renal terminal en nuestro medio (Op. cit, 2003).

La I.R.C. por lo tanto es un padecimiento que por lo general está relacionado con una enfermedad crónica previa, diabetes o hipertensión, y frecuentemente la padecen pacientes con un pobre autocontrol de su enfermedad. Es una enfermedad silenciosa lo cual dificulta que los pacientes acepten y comprendan el diagnóstico por lo sorpresivo que presenta un cuadro de síntomas que requieren hospitalización inmediata y una toma de decisiones oportuna por parte de la familia. (De los Ríos-Castillo, et. al, 2005).

Los tratamientos disponibles para tratar la I.R.C. son la Diálisis Peritoneal, la Hemodiálisis y el Transplante Renal.

La Diálisis Peritoneal Intermitente

La diálisis peritoneal es el tratamiento más usado en pacientes con IRC y se define como un proceso mediante el cual se intercambian bidireccionalmente el agua y los solutos entre dos soluciones de diferente composición y que están separadas entre sí por una membrana semipermeable. Esta membrana permite el paso de agua y moléculas de pequeño y mediano peso molecular (hasta 50.000 Daltons), pero impide el paso de la albúmina (69.000 Daltons) o moléculas de mayor peso molecular y células. Durante la diálisis, la sangre del paciente entra en contacto con una membrana, por cuya superficie opuesta circula un líquido de diálisis. La composición del líquido de diálisis favorece la depuración de las sustancias acumuladas en la sangre, a la vez que aporta al paciente otros elementos, como el bicarbonato (transporte bidireccional) (Op. cit, 2003).

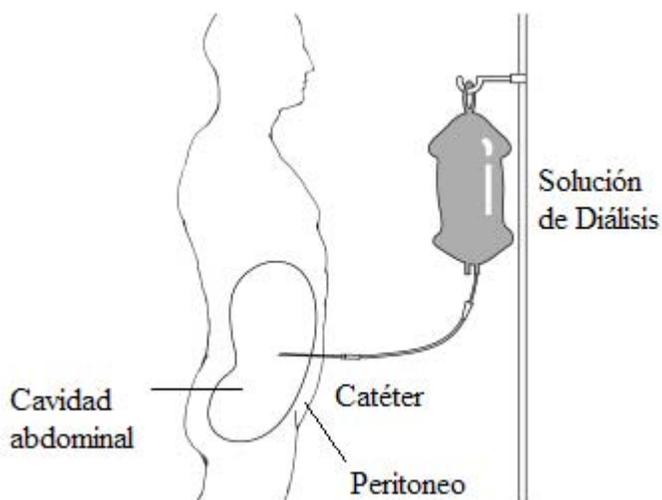


Figura 1 Tomada de: <http://kidney.niddk.nih.gov/spanish/pubs/yourkids/>

La diálisis se administra del siguiente modo: se introduce una mezcla de minerales y azúcar disueltos en agua, llamada solución de diálisis, en el abdomen a través de un tubo blando. El azúcar, llamado glucosa, extrae los desechos, sustancias químicas y exceso de agua de los diminutos vasos sanguíneos del peritoneo y los conduce al líquido de diálisis. Después de varias horas, se saca la solución con los desechos de la sangre del abdomen a

través del tubo. Luego se llena otra vez el abdomen con una nueva solución de diálisis y se repite el ciclo. Cada ciclo se llama intercambio (NIDDK, 2002).

Actualmente existen varias opciones de diálisis: la peritoneal continua ambulatoria (DPCA), la peritoneal intermitente (DPCI), la hemodiálisis y el trasplante renal. Estos tres tratamientos están disponibles en México dentro de los Hospitales de la Secretaría de Salubridad, así como en el I.M.S.S. e I.S.S.S.T.E. Estos tratamientos se caracterizan por ser muy costosos y por proporcionarse a pacientes que se comprometen a asistir puntualmente a sus citas, que cuentan con ciertos recursos económicos, pero sobre todo que cuenten con condiciones específicas de limpieza debido al elevado riesgo de contraer infecciones a través del catéter. En general en las instituciones de salud, para aceptar a un paciente con IRC en un programa de diálisis en cualquiera de sus modalidades se les evalúa tanto al paciente como a como su familia en las áreas de Trabajo Social, de Dietología y en caso de contar con el servicio, de Psicología.

En un programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, los pacientes comienzan a dializarse en el hospital y reciben un entrenamiento para hacerlo en su domicilio, siempre y cuando éste cuente con un cuarto únicamente para él y donde pueda tener una cama y un baño que no comparta con algún otro miembro de la familia, así como un horno microondas para calentar la solución de diálisis. Asimismo, los pacientes en DPA reciben tanto las bolsas con solución de diálisis como los medicamentos de forma gratuita.

Estos usuarios diariamente se dializan de la siguiente forma: la solución de diálisis permanece durante cuatro horas en su peritoneo en el día, y nueve por la noche, y posteriormente cambian esa solución por otra nueva, hasta completar diariamente de 4 a 5 cambios. Este procedimiento les permite estar eliminando todo el tiempo sustancias nocivas, tener los síntomas de la I.R.C. bajo control y mejor calidad de vida. Estos pacientes como los demás tienen que contar con condiciones de extrema limpieza, una alimentación para nefrópata, control riguroso de la ingesta de líquidos y adhesión al tratamiento médico. En México para poder acceder a este tratamiento en el sistema público del sector salud es necesario ser beneficiario del IMSS o el ISSSTE.

Cabe resaltar los aspectos específicos a los que se refieren estas conductas. En relación con la limpieza es necesario que los pacientes se bañarse diariamente en un baño que no sea compartido, que cambien su ropa de cama con frecuencia, que duerman solos, evitar tener animales en casa, y que realicen diariamente la limpieza de su catéter con soluciones especiales. La alimentación para nefrópata incluye la reducción en alimentos altos en potasio y sodio, así como alimentos ricos en agua, esta dieta tiene que ser elevada en calorías y restringida en proteínas; los pacientes deberán de tomar aportes adicionales de calcio y fósforo. En cuanto a la ingesta de líquidos éstos estarán restringidos a aproximadamente un litro al día. Por último los pacientes deberán de tomar los medicamentos de acuerdo con su padecimiento previos (hipertensión, diabetes), así como suplementos vitamínicos en caso de que así sea indicado.

La Diálisis Peritoneal Intermitente se realiza en dos circunstancias: a) Cuando el paciente no puede estar en un programa de diálisis por que no cuenta con los recursos o el apoyo familiar, y sólo acude al hospital cuando se “siente muy mal”, lo cual puede ser dependiendo del autocontrol cada 15 días, (pero muy probablemente en uno de los internamientos el paciente fallezca), o b) Cuando el paciente con IRC no tiene seguridad social, pero no tiene otra opción para atender su enfermedad y tras una evaluación es aceptado en un programa dentro del cual tendrá que cubrir el costo de la hospitalización, medicamentos, solución de diálisis, contar con condiciones de higiene en casa, y es citado cada semana en el hospital de forma estable.

El procedimiento de DPCI toma aproximadamente un día y medio y debe ser realizado en la Unidad de Diálisis del hospital con condiciones de higiene específicas como un lavabo, personal de enfermería altamente calificado, personal médico entrenado en pacientes con I.R.C., equipo especial para limpieza del catéter, un horno de microondas, y finalmente algunas normas sobre la restricción al acceso de visitas del paciente. En caso de que el paciente acuda al servicio por que cursa con infección, éste deberá ser aislado. Este tratamiento (DPCI) es el más comúnmente utilizado en los Hospitales de la Secretaría de Salud.

El tratamiento de la IRC a través de la DPCI lleva consigo una serie de posibles riesgos como las infecciones relacionadas con la técnica, anemia crónica, el atrapamiento del catéter (lo cual puede requerir cambio del catéter a través de otra cirugía), la pérdida de proteínas por el dializado, que contribuye a la malnutrición, hiperlipidemia, entre otras (Avendaño, 2003).

Capítulo III

Afectaciones psicológicas de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

Ingresar a un programa de DPCA o de DPCI, implica generalmente tener a un paciente en casa con un diagnóstico previo de HAS o de DM, que poco a poco va empeorando su estado, generalmente desempleado desde hace algún tiempo debido al deterioro de la enfermedad, pero que la familia no cuenta con recursos económicos para pagar un médico, sin embargo los síntomas se agravan hasta que es necesario hospitalizarlo. Una vez en el hospital el médico es quien informa a la familia que el pronóstico de el paciente es muy reservado y que en caso de que salga de la crisis que lo hizo acudir a la institución, deberá ser evaluado para ingresar aun programa de DPCA o de DPCI, con las implicaciones que esto tendrá para la familia. Así mismo, en caso de ser aceptado en el programa, el paciente requerirá de forma casi inmediata ser sometido a una cirugía para la colocación del catéter de Tenckoff para poder realizarle el procedimiento de diálisis cada semana. Este diagnóstico y la propuesta de tratamiento causan niveles elevados de ansiedad en las familias y en los pacientes, pues muchas de las veces los pacientes no tienen una buena comprensión de la información proporcionada por el médico (De los Ríos-Castillo, Sánchez-Sosa, Barrios-Santiago & Avila-Rojas, 2005).

La depresión es una de las alteraciones psíquicas que afecta a los pacientes con I.R.C. (Levenson y Glocheski, 1991). Se ha aceptado que dentro de los factores que afectan a los pacientes con I.R.C., la depresión y la desesperanza son los más importantes que inciden en la supervivencia y el pronóstico de la enfermedad cuando están en tratamiento con diálisis. Kim, Lee, Huh, et. al, 2002) realizaron un estudio con 96 pacientes en DPCA, y evaluaron los niveles de depresión con la escala CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depresión en Korea), los niveles de desesperanza con la escala de Desesperanza de Beck y el nivel de estrés de cada paciente con una escala de estrés individual interno. Encontraron que la mayoría de los pacientes en DPCA, en comparación con el resto de la población, estaban experimentando una depresión grave. La depresión fue explicada mejor por factores psicológicos como el estrés y el sentimiento de

desesperanza que por otros factores físicos o demográficos como edad, frecuencia de la diálisis o el género. Los autores concluyen que el tratamiento de la depresión en pacientes en DPCA puede ser posible a través de la modulación de los factores psicológicos.

Con el objetivo de evaluar la frecuencia e intensidad de los síntomas de ansiedad y depresión, Belkys, Nucette, Colina, Sumalave, Gómez, e Hinostraza, (2004) realizaron un estudio prospectivo, aleatorio y longitudinal en 62 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento con hemodiálisis, de ambos sexos, entre 17 y 66 años. A los pacientes se les realizó Historia Clínica con Examen Mental y Escalas de Hamilton para depresión y ansiedad y encontraron que el 27.42% de los pacientes estaban deprimidos al según el Examen Mental y Escala de Hamilton para depresión y el 79.03% cursaban con ansiedad. Los autores señalan que la depresión y ansiedad son más frecuentes en las mujeres que en los hombres: 70.59% y 51.02% respectivamente. Es interesante el hallazgo de que cuando se evalúa ansiedad, los pacientes ven sus síntomas como exclusivamente producidos por la IRC (palpitaciones, sequedad de la boca, disnea, náuseas, tensión muscular, parestesias, irritabilidad, insomnio). Los autores señalan que con respecto a la ocupación, la mayoría no realiza actividades económicas productivas y depende del grupo familiar, son desempleados o de oficios del hogar, lo cual agrava la situación económica producida por los gastos derivados de la enfermedad. Esto con frecuencia genera en el paciente, baja autoestima, sentimientos de minusvalía y ansiedad.

En general, la literatura médica concluye que: 1) la IRC es una enfermedad que evoluciona en forma progresiva e irreversible, altera el equilibrio del paciente en forma total y con frecuencia lleva a la aparición de síntomas psicológicos; la hemodiálisis como alternativa terapéutica, enfrenta al paciente a situaciones nuevas y estresantes que aumentan el riesgo de presentar esa sintomatología. 2) Aunque la prevalencia de ansiedad y depresión varía en los diferentes autores y seguramente son infradiagnosticadas en pacientes con trastornos somáticos, la ocurrencia de ansiedad y depresión, esta última como comorbilidad, es muy frecuente en los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis. Las mujeres y los adultos jóvenes son los más afectados. 3) La evaluación psicológica debe comprender el Examen Mental y alguna de las escalas de depresión y ansiedad de eficacia

comprobada, para precisar el diagnóstico debido a la abundante sintomatología somática que acompaña habitualmente estos cuadros. 4) El estado psicológico de los pacientes con IRC, se agrava por las limitaciones que acompañan esta afección en las actividades educativas, laborales, sociales, familiares, etc. 5) El antecedente personal de ansiedad y los antecedentes familiares de depresión o ansiedad son poco frecuentes. 6) Es fundamental evaluar integralmente los pacientes que ingresan a la Unidad de Diálisis y prestarles la ayuda psicológica necesaria para soportar las limitaciones que supone el trastorno somático y el tratamiento por hemodiálisis, con la finalidad de tratar los síntomas más importantes y proveerlos de recursos psicológicos que le permitan mejorar su calidad de vida. 7) El personal médico, paramédico, familiares y pacientes de la Unidad de Diálisis deben recibir información suficiente sobre mitos y realidades de la IRC y el tratamiento por hemodiálisis, y sobre las posibles repercusiones psicológicas de estos procesos, especialmente ansiedad y depresión, para formar un equipo de trabajo que ayude al paciente a aceptar su enfermedad y el tratamiento, reconocer y superar las posibles complicaciones, y detectar las reacciones psicológicas más frecuentes, para brindarle el soporte psicológico que necesitan.

Azcarate-García, Ocampo-Barrio, y Quiroz-Pérez (2006) realizaron un estudio en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) del IMSS con un diseño observacional, transversal y comparativo. Participaron 22 pacientes, 11 en DPCI y 11 DPCA de los cuales el cien por ciento de los pacientes en DPCA fueron portadores de DM e HAS, en el grupo de DPCI sólo el 36% presentó esta asociación. Se evaluó el funcionamiento familiar de pacientes con diagnóstico de I.R.C. obteniéndose un mejor funcionamiento familiar en el grupo de DPCA, en comparación al funcionamiento identificado en las familias integradas a DPCI. Esto pudiera deberse a que en dicho programa de manera indirecta el personal de salud ayuda a la familia ha tomar conciencia de la enfermedad y su evolución. El equipo de salud los involucra en el cuidado del paciente y en la reorganización de sus redes sociales de apoyo, tareas y funciones por medio de capacitación concreta y específica que involucra al paciente y su familia. Situación que consecuentemente propiciará una mejor comunicación entre los miembros de la familia y una expresión de afectos más abierta, al ser estos los dos únicos indicadores que mostraron diferencias a favor del grupo de DPCA.

Con el objetivo de identificar los factores de dependencia en los pacientes en programa de hemodiálisis, Ortega y Martínez (2002), del Hospital de Zona No. 1 en Tepic Nayarit realizaron una encuesta poblacional y una evaluación de niveles de ansiedad y depresión. Utilizaron través del inventario IDARE y la Escala de Depresión de Beck encontraron que el 71% de estos pacientes presentaba ansiedad y 40% depresión grave. Estos resultados llaman la atención pues se trata de pacientes que cuentan con seguridad social, y su insuficiencia renal crónica es manejada con uno de los tratamientos que mejor calidad de vida da a los pacientes con I.R.C.

En la Delegación del Instituto Mexicano de Seguro Social en Puebla, la Diabetes Mellitus Tipo 2 es la principal causa de insuficiencia renal crónica en los pacientes del programa de DPCA, que más de 50 % tiene mala calidad de vida (con mayor deterioro en la dimensión física). Al analizar las variables al interior de ambos grupos (buena calidad de vida y mala calidad de vida), se observó que el analfabetismo fue la condición más frecuente en el grupo con mala calidad de vida. Entre algunas de las propuestas que hacen está la relacionada con fortalecer la creación de los grupos de autoayuda, con guía del personal capacitado, para el apoyo psicosocial en las unidades médicas (Villegas y Castañeda, 1999).

Trabajos realizados con pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica

Otras disciplinas han realizado programas educativos con pacientes con Hipertensión. Por ejemplo Contreras, Puente, Garza et. al (1999) efectuaron una intervención educativa. Seleccionaron al azar 38 pacientes, entre 25 y 55 años de edad e implementaron una estrategia educativa durante de cinco días, tres horas diarias. Se efectuaron mediciones antes y después de la intervención, así como monitoreo de la tensión arterial cada mes. Y encontraron que hubo una diferencia en ganancia de conocimientos así como una diferencia en la tensión arterial diastólica. En ese trabajo el incremento en el

nivel de conocimiento sobre la enfermedad se asoció con niveles normales de presión arterial.

Riveros, et. al, 2005, realizaron un estudio para evaluar los efectos de una serie de intervenciones de tipo cognitivo – conductual sobre la calidad de vida, la adherencia terapéutica e índices de bienestar de pacientes hipertensos. Como parte de este estudio exploraron las propiedades psicométricas del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCa ViSa) el cual resultó ser sensible y confiable para detectar cambios antes y después de la intervención. La segunda parte de este estudio fue realizar una intervención cognitivo conductual que incluyó la evaluación de la calidad de vida con el InCa ViSa, así como la medición de la ansiedad, el afrontamiento y la adherencia terapéutica a través de autorregistros. Estos investigadores emplearon el protocolo de adherencia terapéutica de Safren, (1999), el cual revisa estrategias de solución de problemas para dificultades cotidianas que suelen interferir con el seguimiento de instrucciones terapéuticas. Los componentes cognitivo – conductuales que se incluyeron fueron la detección de pensamientos disfuncionales, la reestructuración cognitiva, la solución de problemas la autorregulación y el moldeamiento y modelamiento. Los resultados muestran incrementos en las cinco áreas del InCa ViSa, así como cambios en los índices de ansiedad y el bienestar.

Desde hace más de 10 años, en algunos hospitales, especialmente en los países del primer mundo, el personal encargado de la salud ha realizado intervenciones para pacientes con diálisis peritoneal enfocadas a elevar el cumplimiento del tratamiento. Estas intervenciones han sido realizadas por médicos, psicólogos y enfermeras.

Entre los primeros trabajos que se han realizado se encuentran el Programa de Educación para Pacientes (PEP), realizado en Missouri, EU que comenzó en 1983 con la hipótesis de que si un paciente es educado sobre las opciones de tratamiento antes de necesitar diálisis la persona probablemente elegirá un tratamiento menos costoso como la diálisis en casa o el trasplante. El programa fue un éxito y se extendió a St. Louis y Kansas y aunque idealmente se pretende que participen paciente antes de la iniciación de la diálisis,

ahora participan pacientes que han iniciado recientemente la diálisis así como otros pacientes que tienen otro tratamiento y les interesa conocer más sobre otras opciones.

Los objetivos del PEP son los siguientes: 1. Dar a los pacientes información objetiva y comprensible sobre las alternativas del tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC). 2. Dar educación a los pacientes en una forma abierta, dándoles amplias oportunidades para preguntar y discutir con el equipo médico y con otros pacientes, y así tomar decisiones informadas. 3. Reducir el estrés la ansiedad y la falta de información de los pacientes y familiares, durante la etapa de pretratamiento y así aumentar el cuidado del proceso del padecimiento, y conocer el régimen médico y dieticio, para que los pacientes puedan continuar sus actividades diarias y cumplan con el tratamiento. 4. Dar educación a pacientes que ya reciben tratamiento para la IRC, que puedan estar interesados en cambiar la modalidad de tratamiento o ampliar sus conocimientos. 5. Redistribuir pacientes a modalidades que sean mejores en cuanto costo y efectividad de su IRC. 6. Servir como un grupo de apoyo informal para los pacientes y sus familiares, y 7. Dar educación al equipo de salud que recién ingresaron a una unidad de diálisis o trasplante.

Este programa utiliza una pre y post evaluación para conocer si hubo algún impacto en los conocimientos de los pacientes. Además los pacientes evalúan qué tan beneficioso les resultó el Programa. El escenario que utiliza es una sala con una mesa y sillas donde los participantes se colocan formando un círculo para promover la apertura en la comunicación. Los temas que abordan en cada sesión son: Introducción a la Enfermedad del Riñón y su Tratamiento, Diálisis Peritoneal, Trasplante de Riñón, Dieta y la Enfermedad del Riñón y Recursos y Asuntos del seguro médico. En cada presentación se utiliza una presentación oral por un profesional de la unidad quien previamente tuvo una guía para hablar de un tema dentro del programa, se utilizan diapositivas como reforzamiento visual, material escrito que se les brinda a los pacientes, equipo como bolsas con solución de diálisis. El programa también incluye la asistencia de un paciente diferente para cada sesión, quien comenta su experiencia a los participantes y compara la información presentada por el personal de salud y su propia experiencia. Las sesiones son dirigidas por enfermeras renales y un nutriólogo renal. Este programa se enfoca

principalmente a informar a los usuarios sobre las opciones de tratamiento e incluye una parte conductual sobre el manejo de la enfermedad, sin embargo esto no es siempre suficiente.

Los autores concluyen que existen muchos beneficios potenciales al educar las personas antes de su iniciación de diálisis. Entre éstos se incluyen los relativos al costo-efectividad y pacientes menos demandantes del personal de salud. Sin embargo los más importantes son los beneficios que la educación misma proporciona a los pacientes. La experiencia del Programa de Educación sobre el Riñón para Pacientes de Missouri ha demostrado que la experiencia educativa como esta contribuye a mejorar el conocimiento sobre la IRC y sus tratamientos. Se anticipa que este conocimiento tendrá un efecto positivo en el ajuste psicológico. El PEP ha demostrado que los pacientes se apoyan más con sus compañeros, evitando los esperados sentimientos de aislamiento y alineación. Se cree que el PEP a través del proceso educativo mejora el afrontamiento y permite a los participantes sentirse con mayor control de ellos mismos y de la situación (Grumke y King, 1994). Sería interesante comparar la eficacia de este programa con otros que incluyen técnicas cognitivo conductuales para mejorar la adherencia e ir más allá de la información.

Klang, Björvel, Berglund, Sundstedt y Clyne, realizaron en 1998 un estudio cuyo objetivo fue evaluar los efectos de un programa educativo pre diálisis para 28 pacientes urémicos tanto en su funcionamiento y como en su bienestar. El programa consistió en cuatro sesiones grupales abordando los siguientes temas: enfermedad renal y restricción dietética, terapia activa de reemplazo renal, ejercicio físico, el impacto de la falla renal en la economía, familia y vida social. Los pacientes fueron evaluados de tres a nueve meses después de haber comenzado la diálisis, en relación con sus síntomas, salud percibida (Índice de Salud), estado funcional (SIP) y emocional (STAI). El grupo de comparación consistió de veintiocho pacientes que ya estaban en tratamiento de diálisis quienes proporcionaron información de acuerdo a las rutinas convencionales. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en relación con la edad, sexo, antecedentes educativos y sociales, antecedentes de la falla renal, elección de tratamiento para diálisis, causa de la falla renal y pruebas de laboratorio a excepción de la urea. En relación con el

grupo de comparación los pacientes que participaron en el programa educativo, puntuaron significativamente en mejor estado de ánimo, menor presencia en problemas de morbilidad (HI), mayores habilidades funcionales (SIP) y menores niveles de ansiedad (STAI). No hubo diferencias significativas entre los grupos en relación con los síntomas y la salud en general. Las diferencias entre los grupos permanecieron durante los seis primeros meses en el tratamiento de diálisis, y después de este tiempo las diferencias desaparecieron, lo cual puede atribuirse a que el programa fue breve. En el grupo de comparación la edad se correlacionó significativamente con la ansiedad y la SIP en general, lo cual no sucedió en el grupo experimental. En conclusión, el grupo experimental que participó en el programa educativo pre diálisis para pacientes, mostró un mejor bienestar funcional y emocional en relación con el grupo de comparación. Los efectos positivos de participar en un programa educativo permanecieron durante los primeros 6 meses del tratamiento de diálisis. Además, al parecer, los pacientes más jóvenes se benefician en mayor medida de un programa educativo pre diálisis. Los autores sugieren que el programa educativo para los pacientes debe comenzarse con pacientes con falla renal terminal e aplicarse en el periodo pre diálisis y continuarse después de la diálisis de permanencia se ha establecido. Es interesante notar que hay factores importantes como la duración del programa que pudieran haber logrado mejores efectos. Así mismo este programa tampoco incluye estrategias para el manejo de depresión y ansiedad, muy frecuentes en este padecimiento.

Law, et al (2001), quienes trabajan en el Departamento de Medicina y Terapéutica, en el Hospital Prince of Wales y la Universidad China de Hong Kong, realizaron un trabajo sabiendo que un programa educativo multidisciplinario es una aproximación atractiva para mejorar la calidad en los cuidados de pacientes pre-dializados. Sin embargo, mencionan que no se conoce si este tipo de programas pueden reducir la necesidad de una diálisis urgente y/o hospitalizaciones en pacientes quienes subsecuentemente reciben diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA). Estos autores realizaron un programa educativo multidisciplinario pre diálisis con 145 pacientes. Este programa incluyó una sola sesión intensiva que incluyó la presentación y discusión relacionada con iniciar la diálisis, elegir una modalidad de tratamiento, y el acceso al propio tratamiento. La estancia de estos pacientes se comparó con otros dos grupos: Un grupo de 51 pacientes que habían sido

tratados tres años antes, y habían recibido la atención tardía de un nefrólogo, y un segundo grupo que recibió cuidados estándar para pacientes de nefrología. Las comparaciones entre los grupos se hicieron en relación con su edad, sexo, enfermedad renal subyacente y condiciones comórbidas. El grupo que tuvo atención tardía del área de nefrología mostró una incidencia más alta en cuanto a requerir diálisis urgente y mayor número de hospitalizaciones durante los 6 primeros meses de diálisis. No encontraron diferencias significativas en el número de peritonitis, infecciones en el lugar de salida, niveles de hemoglobina, albúmina, fósforo ni hormona paratiroidea entre el grupo de sesión intensiva y el grupo de cuidados estándar. Los autores concluyen que aunque los pacientes conocieron a personal médico y paramédico durante el programa, la comprensión de su condición médica no fue óptima con una sola sesión. Además de que otros autores también coinciden en que la uremia puede afectar adversamente la habilidad de los pacientes para aprender y tomar decisiones sobre su salud (Moe, 1994 citado en Law et al, 2001). Finalmente los autores observaron que los pacientes frecuentemente se sienten frustrados cuando se les confronta con la necesidad de dializarse. Por lo cual será necesario repetir las explicaciones con el fin de pasar a través de sus “mecanismos psicológicos de protección”. Este estudio sólo se enfocó a los beneficios clínicos, y no se estimó el estado psicológico del paciente ni su calidad de vida, para conocer si aquellos pacientes que asistieron a las sesiones, tuvieron algún beneficio. Aunque este tipo de intervenciones son valiosas en el sentido de que proporcionan información que prepara a los usuarios para un tratamiento al que tendrán que someterse en el corto plazo, esta intervención también ignora el estado emocional de los pacientes los cuales están teniendo una pérdida importante en cuanto a su salud, y están enfrentando un evento vital altamente estresante.

La falta de cumplimiento con la prescripción terapéutica impacta significativamente el cuidado de pacientes en diálisis así como sus resultados. Es probable, según el autor, que por lo menos la mitad de los pacientes en hemodiálisis no cumplan con alguna parte de su régimen de tratamiento, y se cree que un tercio de los pacientes en diálisis peritoneal omitan los cambios prescritos. La bibliografía menciona que factores psicosociales, edad temprana y la conducta de fumar se han asociado a problemas en el cumplimiento. Pocas intervenciones han sido evaluadas rigurosamente, pero se ha encontrado que la educación

para pacientes, y/o la atención individualizada, la supervisión, la motivación, y el apoyo son estrategias que incrementan el cumplimiento de los pacientes (Kutner, 2001) Pp. 324

En un artículo donde se cuestiona si la educación para los pacientes hace alguna diferencia, se establece que es imperativo tener a los pacientes mejor preparados para tomar decisiones y participar activamente en su cuidado. El autor destaca que ya hay antecedentes de que la educación en la insuficiencia renal lleva a un incremento en la participación de los pacientes para su propio cuidado y esta participación puede impactar en la morbilidad y la mortalidad, reduce el costo de los cuidados, de las unidades, y del gobierno, además de que decreta el estrés tanto para los pacientes como para los familiares. Por ejemplo, cuando los pacientes entienden la importancia de tener el sitio de entrada del catéter limpio, es más probable que hagan un esfuerzo para hacerlo, lo cual, por supuesto, lleva a un decremento en el riesgo de infección. Por lo tanto la intervención educativa reduce el riesgo de salud al paciente y disminuye el costo asociado a la institución (Robinson, 2001). Como se comentó anteriormente, sin embargo, la educación no es suficiente, o bien, se podrían obtener mejores resultados en la reducción del estrés si los usuarios contaran con estrategias específicas para afrontarlo.

Este autor propone que las intervenciones que se han realizado a través de la educación, también tienen que ver con la modificación de conducta, pues influyen los cambios conductuales lo cuales llevan a mejores resultados para los pacientes. En cuanto a la reducción del estrés, este autor coincide en que los pacientes bien informados también se sienten menos ansiosos hacia la diálisis y tienen mayor confianza al momento de tomar decisiones.

La Asociación dentro del cual trabaja Robinson, es uno de las más populares en Estados Unidos, La Asociación de Pacientes Renales (AAKP, por sus siglas en inglés). En esta Asociación el Programa Educativo que se lleva a cabo está compuesto por cuatro fases: 1) Diagnóstico y Elección de Tratamiento, 2) Iniciación del Tratamiento Elegido, 3) Estabilización, 4) Seguimiento. Dentro de este Programa se utilizan recursos como libros

específicos para cada fase, hojas informativas, y un paquete próximo a publicarse para profesionales de la salud.

El autor concluye que la educación temprana sólo beneficia al paciente, sino a la comunidad entera. La educación permite realizar decisiones informadas sobre la terapia de reemplazo renal. Motiva la participación del paciente en la toma de decisiones y en su cuidado. Incrementa la posibilidad de trabajo continuo. Reduce la morbilidad, mortalidad, costos asociados y ansiedad. Pero lo más importante, es que un paciente activo y con conocimientos está equipado con las herramientas que necesita para obtener mejores resultados de salud.

En algunos países, como Estados Unidos actualmente existen disponibles algunos materiales en español publicados por distintos institutos: el Instituto de la Diabetes, y Enfermedades Digestivas y del Riñón (National Institute of diabetes and Digestive and Kidney Diseases, NIDDK) ha publicado el Manual “Lo que necesito saber sobre las piedras en los riñones”, el Manual “Coma bien para sentirse bien durante su tratamiento de hemodiálisis”, La Fundación Nacional del Riñón (National Kidney Foundation), ha publicado los siguientes Manuales: “Acerca de la insuficiencia renal crónica: Una guía para los pacientes y sus familias”, “Lo que necesita saber sobre la Anemia y la insuficiencia renal crónica”, “Hemodiálisis”, El Programa de Rehabilitación y Opciones de vida del Instituto de Educación Médica mantiene dos paginas de internet, una conocida como la Escuela Renal, en donde publican un periódico trimestral en donde insisten sus valores de las 5 E’s, por sus siglas en inglés, Motivación, Educación, Ejercicio, Empleo y Evaluación.

Este gran trabajo por parte de NIDDK y AAKP sería muy bien complementado si a todas estas estrategias de educación con una diversidad de materiales diseñados específicamente para este trastorno se aunara un equipo de psicólogos de la salud que introdujera a técnicas para el manejo emocional, que incidirían en una mayor adherencia terapéutica.

Planteamiento del problema

En diversos campos de la salud se ha comprobado que la terapia cognitivo conductual proporciona mejores resultados y a un menor plazo en el tratamiento de la depresión y la ansiedad. Diversos autores han realizado un análisis de su eficacia. En este trabajo se interviene a través de las herramientas de la terapia cognitivo conductual pues debido a la demanda de trabajo los pacientes deben recibir una intervención breve y altamente efectiva.

El presente trabajo busca aportar dos componentes relevantes relacionados con algunos de los factores que se han retomado en la bibliografía, y que son fundamentales para que los pacientes tengan un buen autocontrol de una enfermedad crónica. Se ha demostrado en programas de atención para personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus, e Insuficiencia Renal Crónica, por ejemplo, que un primer paso para la mejora en el cuidado del paciente es trabajar sobre el nivel de conocimientos de su padecimiento. En segundo lugar se ha resaltado la importancia de factores psicosociales como la depresión y ansiedad como determinantes indirectos de los niveles de adhesión terapéutica, a los cuales en el presente trabajo se les dio un papel importante.

El presente trabajo aporta evidencias que proporcionan soporte empírico para trabajar con Terapia Cognitivo Conductual en este tipo de poblaciones.

El presente trabajo cobra importancia en el contexto de que, cuando una persona recibe el diagnóstico con IRC y requiere ingresar a un programa de DPCI y no cuenta con seguridad social, los gastos de dicho tratamiento son muy altos sobre todo debido la cirugía inicial, a las bolsas de diálisis, la hospitalización semanal y los medicamentos. Además los pacientes deberán llevar una dieta especial, y bañarse diariamente lo cual en esta población implica gastos para los que no están preparados.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los efectos del Programa de Intervención Educativa cognitivo-conductual sobre el autocontrol, la depresión, la ansiedad, los conocimientos, y los electrolitos séricos (glucosa, sodio y potasio) en pacientes pre-diálisis aceptados en el protocolo de DPCI?

Objetivo General

Diseñar y probar los efectos clínicos de un programa de intervención educativa cognitivo conductual para pacientes pre-diálisis aceptados en el protocolo de DPCI en los siguientes indicadores:

- a) autocontrol
- b) depresión
- c) ansiedad
- d) conocimientos sobre la enfermedad
- e) electrolitos séricos (glucosa, sodio y potasio)

Objetivos específicos

Diseñar y aplicar el programa de intervención Pre diálisis que incluya Material para pacientes.

Diseñar y aplicar un Manual Para Pacientes con I.R.C. a través de un entrenamiento de cinco sesiones.

Elevar los niveles de autocontrol en los participantes.

Reducir los niveles de depresión.

Reducir los niveles de ansiedad

Elevar el número de respuestas correctas en una prueba de Conocimientos sobre la I.R.C.

Mantener un nivel de glucosa en sangre entre los 80 y los 100 mg/dl

Mantener un nivel de sodio en sangre entre los 135 – 145 mEq/L

Mantener un nivel de potasio en sangre entre los 3.5-4.5 mmol/L

Comparar los efectos de programa en los niveles de ansiedad, depresión y electrolíticos séricos del pre test vs post test.

Hipótesis de trabajo

H₁ Los participantes elevarán su autocontrol.

H₂ Habrá diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de la Escala de Depresión de los participantes después del Entrenamiento en Autocontrol y Manejo Emocional.

H₃ Habrá diferencias estadísticamente significativas en los puntajes del Inventario de Ansiedad de los participantes después del Entrenamiento en Autocontrol y Manejo Emocional.

H₄ Habrá diferencias estadísticamente significativas en el número de respuestas correctas de los participantes en una prueba de Conocimientos sobre la I.R.C.

H₅ Los participantes mantendrán un nivel de glucosa en sangre entre los 80 y los 100 mg/dl

H₆ Los participantes mantendrán sus niveles de sodio en sangre entre los 135 – 145 mEq/L

H₇ Los participantes mantendrán sus niveles de potasio en sangre entre los 3.5-4.5 mmol/L

Método

Tipo de diseño: Pre-experimental Campbell, y Stanley, (1991)

Tipo de Investigación: Ensayo clínico no aleatorizado

Tipo de Estudio: De Campo

Participantes

Se trabajó con un grupo de seis pacientes con I.R.C., seleccionados no probabilísticamente en el Hospital General de Atizapán de abril a julio, 2004.

Las características sociodemográficas de los fueron las siguientes: Los seis participantes tenían como escolaridad la educación básica y pertenecían a un medio socioeconómico bajo, y se encontraban entre los 17 y los 65 años de edad. Tres de ellos con

un diagnóstico previo de diabetes mellitus de larga evolución. En el momento del estudio todos los participantes se encontraban desempleados.

Información sobre los participantes

<i>Participante</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Edo. Civil</i>	<i>Grado Escolar</i>
1	Femenino	65	Casada	Primaria trunca
2	Femenino	18	Soltera	Primaria trunca
3	Femenino	60	Casada	Primaria trunca
4	Femenino	62	Casada	Primaria trunca
5	Femenino	34	Casada	Primaria trunca
6	Masculino	53	Soltero	Secundaria terminada

Tabla 1. Descripción Sociodemográfica de la muestra

Criterios de selección

- Que fueran aceptados en el programa de D.P.I.
- Que supieran leer y escribir

Criterios de exclusión

- Que no supieran leer y escribir

Criterios de suspensión

- Que abandonaran el tratamiento

Escenario: Sala de diálisis del Hospital General de Atizapán, dentro de la División de Medicina Interna.

Materiales e Instrumentos

1. Consentimiento Informado (Anexo 1, pág. 27)
2. Encuesta sociodemográfica que evalúa edad, talla, peso, escolaridad, estado civil religión, fecha de diagnósticos y familiograma. (Anexo 1 pág. 20)

3. Escalas:
- a) Escala de Conocimientos sobre la Insuficiencia Renal Crónica (Anexo 3)
 - b) Escala de Depresión de Beck con 21 reactivos que representan un síntoma depresivo enunciado en cuatro grados de severidad, que señala según ha acontecido durante la última semana. (estandarizado para población mexicana Jurado et. al 1998) (Anexo 2)
 - c) Inventario de Ansiedad de Beck con 21 reactivos (Anexo 2) con 21 reactivos que evalúan síntomas de ansiedad según su severidad.
4. Pruebas de laboratorio (química sanguínea)
5. Recordatorio de higiene (Anexo 4)
6. Manual de Entrenamiento en Autocontrol (Anexo 5)
7. Láminas ilustrativas de la pirámide Nutricional, Los Riñones (Anexo 6)
8. Autoregistros (Anexo 7)

Procedimiento

- Intervención Pre- Diálisis para pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a ser evaluados para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI). (Anexo 1).

Esta intervención se realizó a partir de la necesidad de que los pacientes recién diagnosticados con I.R.C. conocieran más sobre su padecimiento. Este material se realizó con base a manuales disponibles para pacientes con I.R.C. en la Nacional Kidney Foundation (N.K.F).

Durante la Sesión 1 (Fase de entrevista inicial y exposición de la información con la familia). Se exponía la información sobre el funcionamiento de los riñones, la I.R.C., las opciones de tratamiento disponibles para este padecimiento y el tratamiento que se realizaba en la institución, aclarando las dudas pertinentes.

Se realizaron piloteos de la información y de las láminas, con pacientes y familiares, para verificar la claridad y pertinencia de las mismas, hasta que se observó que no se presentaran dudas.

Posteriormente durante la Sesión 2. (Fase de entrevista inicial y exposición de la información con el paciente y Fase de evaluación inicial al paciente y a la familia), se expuso la misma información al paciente y se le proporcionaban dos cuestionarios: Cuestionario Estructurado Breve de Estilos de Vida Específicos (Cuidador Primario) y Cuestionario Estructurado Breve de Estilos de Vida Específicos (Paciente) en el que se analiza la posibilidad de que el paciente ingrese al programa de D.P.I. (Anexo 1 págs. 21-26)

Finalmente en la Sesión 3. (Toma de decisión sobre el ingreso al programa), se decidía si el paciente sería aceptado o rechazado del programa. Si era aceptado firmaba un contrato conductual, y se le canalizaba al área de Dietología, si era rechazado se le explicaban las razones y se le daban indicaciones sobre cuidados generales del padecimiento.

- Láminas explicativas (Anexo 5)
- Manual de Entrenamiento en Autocontrol y Manejo Emocional (“Mi Manual de Autocontrol para el Programa de Diálisis Peritoneal” Anexo 3)

Este manual fue diseñado para la intervención con los pacientes aceptados en el programa del Hospital. Durante las sesiones se hablaba con los pacientes sobre la I.R.C., las cinco conductas de auto control para el cuidado durante la D.P.I.: Reducción en la ingesta de líquidos, alimentación para nefrópata, higiene, compra de bolsas con solución para diálisis, y toma de medicamentos. Finalmente el manual incluye una sesión sobre el manejo de las emociones y otro sobre las complicaciones de la D.P.I. Este manual se proporcionaba a los pacientes y se revisaba un capítulo cada sesión en donde se hablaba con mayor profundidad del tema.

- Inventario de Depresión de Beck
Administrado al inicio y al final de la intervención

- Inventario de Ansiedad de Beck

Administrado al inicio y al final de la intervención

- Cuestionario de conocimientos sobre la I.R.C.

Administrado al inicio y al final de la intervención

- Auto registros para cada una de las conductas a modificar.

Proporcionados a los pacientes durante cada hospitalización.

- Recordatorios sobre conductas de limpieza.

Proporcionados a los pacientes en la sesión “Higiene”

- Cartel de pirámide alimenticia

- Cartel de Aparato Excretor

- Pruebas de laboratorio en Sangre, en los que se medía semanalmente los niveles de Glucosa, Sodio (Na) y Potasio Sérico (K).

Con la versión final de la evaluación para ingreso al programa de D.P.I, y del Manual de Autocontrol, se seleccionó a seis pacientes recién aceptados en el programa de D.P.I. para llevar a cabo la intervención.

La intervención con este grupo de pacientes se llevó a cabo de forma grupal durante siete semanas, dos semanas para la pre y post evaluación, y cinco semanas para la intervención. La intervención tenía como duración una hora y media y se realizaba en la Unidad de Diálisis. En algunos casos durante la intervención estuvieron presentes algunos familiares de los pacientes.

Durante las sesiones se utilizaron como material de apoyo adicional carteles alusivos al tema. Al final de la intervención se recogieron los autorregistros de los pacientes y los pacientes se quedaron con el manual.

Análisis estadístico: Medidas de tendencia central y prueba de los signos, McNemar y Wilcoxon.

Definición conceptual y operacional de las Variables:

Variables Independientes

Atributivas:

- 1) Edad: Calculado en años, del nacimiento al momento de la intervención, variable continua.
- 2) Sexo: Se refiere a la anatomía de los individuos, dicotómica 1) Hombre 2) Mujer
- 3) Estado Civil: Se refiere a la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, nominal 1) soltero, 2) casado 3) divorciado 4) viudo
- 4) Educación: Nivel de estudios cursados, 1) sin estudios 2) primaria 3) secundaria 4) preparatoria

Activa:

Intervención Cognitiva – Conductual, la cual consiste en cinco sesiones (Ver Anexo 8).

Sesión de Pre evaluación

Sesión 1: El Funcionamiento de los Riñones

Sesión 2: Alimentación Renal y reducción en la ingesta de líquidos

Sesión 3: Limpieza e Higiene

Sesión 4: Toma de Medicamentos y Compra de Bolsas

Sesión 5: Técnicas Cognitivo Conductuales para el Manejo de la Ansiedad y la Depresión

Sesión de Post Evaluación

Variables dependientes con dos niveles antes y después del entrenamiento:

- 1) Autocontrol: Aplicación personal y sistemática de estrategias de cambio conductual que resultan en la modificación deseada de la conducta de uno mismo. Se registra en los niveles de electrolitos séricos los cuales se espera que se normalicen gracias al control de la dieta e ingesta de líquidos. Se tomarán los datos del expediente clínico.
- 2) Depresión: estado psicológico caracterizado por aflicción, desconfianza, pérdida de interés por el mundo y melancolía persistente, puede acompañarse de llanto, sentimientos de minusvalía y, en ocasiones intentos de suicidio. Medido con la Escala de Beck.
- 3) Ansiedad: Estado de angustia y desasosiego producido por temor ante una amenaza o peligro. La ansiedad puede ser normal, ante la presencia de estímulos amenazantes o que suponen riesgo, desafío, ... o patológica, que caracteriza a diferentes trastornos psicológicos. Medido con la escala de Beck.
- 4) Nivel de Conocimientos sobre la IRC: Número de respuestas correctas a la prueba.
- 5) Resultados de laboratorio: Glucosa, Sodio y Potasio en sangre. Medidos en la Química Sanguínea.

Resultados

Se comparó el nivel de Conocimientos sobre la I.R.C. de los pacientes antes y después de ingresar al programa, así como los niveles de ansiedad y depresión.

Además se compararon los niveles de Glucosa, Sodio y Potasio en sangre para conocer si hubo un cambio significativo en el cuidado de su alimentación.

La Tabla 2 muestra los resultados en Depresión y Ansiedad y los puntajes de la Cuestionario de Conocimientos sobre Insuficiencia Renal Crónica.

Sujeto	BAI Pre	BAI Post	BDI Pre	BDI Post	Conocimientos sobre IRC Pre	Conocimientos sobre IRC Post
1	8	6	46	38	7	14
2	6	6	48	35	8	19
3	32	25	15	10	8	15
4	22	13	21	16	7	15
5	20	14	12	12	10	17
6	12	9	18	10	10	18

Tabla 2. Comparación de puntajes pre test – postest

Nivel de conocimientos

Durante el Pre test el promedio de respuestas correctas de los participantes fue de 8.33 con una mediana de 8. Durante el pos test el promedio de respuestas correctas fue de 16.33 con una mediana de 16. Se observa que todos los participantes incrementaron el número de respuestas correctas.

Depresión

Durante el Pre test el promedio del puntaje para la Escala de Depresión de Beck en los participantes fue de 26.67 con una mediana de 14. (Este nivel es considerado como depresión moderada). Durante el Pos test el promedio del puntaje para esta Escala fue de 20.17 con una mediana de 14. (Este nivel es considerado como depresión moderada).

Ansiedad

Durante el Pre test el promedio del puntaje para el Inventario de Ansiedad de Beck en los participantes fue de 16.67 con una mediana de 16. (Este puntaje está dentro de la media para sujetos normales). Durante el Pos test el promedio del puntaje para esta Escala fue de 12.17 con una mediana de 14. (Este nivel es considerado como normal, sin patología).

En la Tabla 3 se muestran los niveles de Glucosa, Sodio (Na) y Potasio Sérico (K) en Sangre de los participantes.

Sujeto	Glucosa Pre	Glucosa Post	Sodio Pre	Sodio Post	Potasio Pre	Potasio Post
1	81	165	135	138	4.7	4.8
2	95	90	139	144	4	7.1
3	138	159	130	129	5.5	5.2
4	96	103	138	131	4.8	5.7
5	90	88	133	130	4.5	5.3
6	78	90	134	131	4.2	6.1

Tabla 3. Comparativo de niveles en sangre

Glucosa

Durante el Pre test el promedio de glucosa en sangre de este grupo de pacientes fue de 96.33 con una mediana de 92.5. (Estos valores implican un buen control de la glucosa, valores normales 80 - 100). Durante el Pos test los niveles de glucosa fueron de 115.83 con una mediana de 96.5. (Este nivel es considerado ligeramente alto).

Sodio (Na)

Durante el Pre test el promedio para la presencia de sodio en sangre de los participantes fue de 134.83 con una mediana de 134.5. (Valores normales de sodio: 135-145). Durante el Pos test el promedio del puntaje para el sodio fue de 133.83 con una mediana de 131. (Este nivel es considerado como normal).

Potasio (K)

Durante el Pre test el promedio del potasio en sangre de los pacientes fue de 4.62 con una mediana de 4.60, ligeramente altos. (Valores normales 3.5 a 4.5). Durante el Pos test el

promedio del puntaje fue de 5.7 con una mediana de 5.5. (Este nivel es considerado como ligeramente alto).

Ganancias relativas

Conocimientos

Sujeto	Pre Test	Post Test	Ganancias Relativas
1	7	14	+7
2	8	19	+11
3	8	15	+7
4	7	15	+8
5	10	17	+7
6	10	18	+8

Tabla 4. Ganancias relativas sobre los Conocimientos de I.R.C.

En la Tabla 4 se observa que todos los participantes mostraron incrementos en los conocimientos sobre IRC posteriores al entrenamiento, lo cuales fueron mínimo en 7 puntos.

Depresión

	Sujeto	Pre Test	Pos Test	Ganancias Relativas
	1	46	38	-8
	2	48	35	-13
	3	15	10	-5
	4	21	16	-5
	5	12	12	0
	6	18	10	-8

Tabla 5. Ganancias relativas sobre la Escala de Depresión de Beck.

En la Tabla 5 se observa que excepto un caso todos los participantes redujeron sus niveles de depresión, y el 66 por ciento de la población redujo sus niveles de depresión a Depresión Leve.

Ansiedad

Sujeto	Pre Test	Pos Test	Ganancias Relativas
1	8	6	-2
2	6	6	0
3	32	25	-7
4	22	13	-9
5	20	14	-6
6	12	9	-3

Tabla 6. Ganancias Relativas en el Inventario de Ansiedad de Beck

En la Tabla 6 se observa que excepto un caso todos los participantes redujeron sus niveles de ansiedad.

Glucosa

	Sujeto	Pre Test	Post Test	Ganancias relativas
	1	81	165	84
	2	95	90	5
	3	138	159	21
	4	96	103	7
	5	90	88	-2
	6	78	90	12

Tabla 7. Ganancias relativas en los índices de glucosa en sangre.

En la Tabla 7 se observa que un caso redujo sus niveles de glucosa y la mayoría de los pacientes incrementaron sus índices en comparación con el pre test.

Sodio

	Sujeto	Pre Test	Post Test	Ganancias Relativas
	1	135	138	3
	2	139	144	5
	3	130	129	-1
	4	138	131	-7
	5	133	130	-3
	6	134	131	-3

Tabla 8. Ganancias relativas en los índices de sodio en sangre.

En la Tabla 8 se observan decrementos de los índices de sodio en la mayoría de los participantes.

Potasio

Sujeto	Pre Test	Post Test	Ganancias relativas
1	4.7	4.8	.10
2	4	7.1	3.10
3	5.5	5.2	-0.30
4	4.8	5.7	0.90
5	4.5	5.3	0.08
6	4.2	6.1	1.9

Tabla 9. Ganancias relativas en los índices de potasio en sangre.

En la Tabla 9 se observa decremento en los índices de potasio en un participante mientras que en los demás hubo un aumento.

Análisis Estadístico

Con objetivo de explorar la probabilidad asociada a la posible efectividad del Programa en los niveles de ansiedad, depresión, nivel de conocimientos, y los niveles de electrolitos séricos (potasio, sodio y glucosa), se realizaron las siguientes pruebas estadísticas no paramétricas: Wilcoxon, Prueba de los signos, y McNemar, ya que se tratan variables cualitativas ordinales y las dos muestras son relacionadas o pareadas. El nivel de significación utilizado fue de 0.05 (5%), donde las diferencias se consideran significativas si $p < 0.05$ y muy significativas si $p < 0.01$.

Una vez recogida la información se creó una base de datos para lo cual se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistic Package for Social Sciences), versión 13.0, el procesamiento de las variables se realizó a través de dicho paquete. Para resumir la información se utilizaron las tablas y que se muestran a continuación.

Para el tratamiento estadístico de los valores de la Escala de Depresión de Beck, del Inventario de Ansiedad de Beck y la Prueba de Conocimientos se les asignó un rango de acuerdo con el puntaje antes y después del tratamiento.

A continuación se muestra que con base a la prueba de Wilcoxon, Prueba de los signos y McNemar únicamente los datos que mostraron diferencias estadísticamente significativas son los de Conocimientos con un valor de .026, 0.31, y 0.31 respectivamente.

	AnPost - AnPre	ConPost - ConPre	DepPost - DepPre	GluPost - GluPre	NaPost - NaPre	Kpost - KPre
Z	-1.000 ^a	-2.232 ^b	-1.000 ^a	-1.572 ^b	-.530 ^a	-1.782 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.317	.026	.317	.116	.596	.075

a. Based on positive ranks.

b. Based on negative ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

Tabla 10. Prueba de Wilcoxon

Test Statistics^b

	ConPost - ConPre	GluPost - GluPre	NaPost - NaPre	Kpost - KPre
Exact Sig. (2-tailed)	.031 ^a	.688 ^a	.688 ^a	.219 ^a

a. Binomial distribution used.

b. Sign Test

Tabla 11. Prueba de los signos

Test Statistics^b

	ConPre2 & ConPos2	DepPre2 & DepPos2	AnPre & AnPost
N	6	6	6
Exact Sig. (2-tailed)	.031 ^a	1.000 ^a	1.000 ^a

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

Tabla 12. Prueba de Mcnemar

Discusión

Los resultados muestran que hubo cambios en el nivel de conocimientos sobre la IRC en un sentido positivo siendo estadísticamente significativos. Los decrementos en los niveles de ansiedad y depresión no fueron significativos. En los índices de depresión, ansiedad y conocimientos sobre IRC no se encuentra tampoco el efecto de que el Entrenamiento haya elevado estos indicadores, o generado mayores niveles de ansiedad o depresión en los participantes.

En el área de conocimientos sobre la IRC algunos participantes duplicaron el nivel de conocimientos y todos tuvieron mejores puntajes durante el pos test, en ningún caso se mantuvo la misma puntuación que el pre test. Estos resultados son importantes por que además de que fueron estadísticamente significativos, hay que tomar en cuenta que los pacientes con esta enfermedad por lo general padecen de anemia crónica por lo que a menudo están fatigados y duermen mucho, sin embargo durante el entrenamiento hicieron un esfuerzo por estar atentos y cooperadores para lograr comprender la información que se les proporcionaba, también esto puede estar relacionado con el interés que tienen en la información cuando está a su alcance.

También es importante señalar que los participantes de este estudio son personas con educación primaria que tienen poca estimulación en su medio hacia el conocimiento, y el haber elevado sus puntajes a casi el doble puede indicar que fue benéfico que el Entrenamiento incluyera un Manual e información a través de material didáctico e imágenes que facilitaron la comprensión, estos resultados reafirman la necesidad de adaptar el material educativo depende de la población a la que se dirija.

El impacto del programa puede analizarse mejor a través de las ganancias relativas que obtuvieron los participantes. En el caso de la depresión, el cambio promedio de los participantes estuvo a dos puntos de pasar de depresión moderada a depresión leve, y el 66% de los participantes sí logro cambiar o mantener a este nivel de depresión.

La intervención en la depresión de las personas con IRC y en tratamiento con diálisis es fundamental. Estos pacientes además de contar con problemas personales derivados de la enfermedad (disfunción sexual, tener un catéter permanente en su abdomen que nadie puede tocar, cambios en la coloración de su piel, anemia constante, y tener aliento urémico entre otros) tienen que lidiar con la posibilidad de morir en el corto plazo. En algunos casos los pacientes pueden tener episodios depresivos mayores y pueden intentar y en algunos casos consumar una forma de suicidio al retirarse del programa de diálisis, como lo comenta Christensen, 1998 (citado en Hailey et. al 2001), lo cual es causado por la depresión. Al sentirse desesperanzados los pacientes empiezan a faltar a las citas semanales, a veces intentando ser suspendidos del programa, o en algunos casos no permiten que sus familiares los lleven al hospital pues los pensamientos distorsionados de corte depresivo hacen que no quieran continuar viviendo así. Al ser la depresión un indicador importante de la falta de adhesión terapéutica quizá sería importante trabajar con ésta primero antes de proporcionar Educación sobre la Enfermedad pues puede lograr que los usuarios no abandonen el programa al sentirse abrumados por tantos cambios que deben realizar.

Por otro lado existe un problema ético, pues no es poco frecuente que un paciente ingrese al programa de DPCI y una vez aceptado deje de seguir las indicaciones médicas, y la institución está autorizada para negarle el servicio o expulsar al paciente del programa. Por ello como lo menciona Coger (1995), el equipo de salud debería educar, negociar, tratar de establecer contratos o hacer lo que esté en sus manos para modificar la conducta de los pacientes, antes de expulsarlos del programa. Y esto podría incluir a entrenamiento a los familiares del paciente, pues son éstos los que muchas veces están encargados de preparar la alimentación especial, cuidar la limpieza del paciente, apoyar en la compra y toma de medicamentos, entre otros.

Para el caso de la ansiedad, aunque ésta se encontraba dentro de los límites de la normalidad, excepto un caso que contaba con muy poca ansiedad, los participantes redujeron sus niveles aunque en una menor proporción a la reducción de la depresión. Lo

anterior puede sugerir que aunque es importante incidir en el manejo emocional sin dejar a un lado la ansiedad, sería la depresión el trastorno a atacar en primer lugar.

En relación con la evaluación de los cambios en la alimentación y en la ingesta de líquidos, parece ser que es útil seguir utilizando la terapia cognitiva como herramienta en este tipo de pacientes, sin embargo sería importante incluir la medición el peso corporal como un indicador más confiable de la adhesión terapéutica. Aparentemente los niveles químicos no dan mucha información sobre los cambios que pueda tener el paciente en cuanto a su alimentación o la ingesta de líquidos y el peso corporal pre diálisis y post diálisis sí lo es. En este sentido Sagawa, et. al (2001) mencionan que, “la terapia cognitiva (que incluye el reforzamiento, los contratos conductuales, y el automonitoreo) han logrado diferencias estadísticamente significativas relacionadas tanto con el peso diario de los pacientes comparando la línea base con la fase de intervención y la fase de seguimiento (citado en Campbell, (2001).” Pp. 573

La glucosa en sangre fue uno de los indicadores que mostró alzas importantes las cuales aunque no pueden atribuirse en su totalidad al Entrenamiento, por las razones que se expondrán más adelante, son un dato a tomarse en cuenta pues el control de esta sustancia en sangre es de vital importancia para la sobrevivencia de los pacientes, su esperanza de vida, y la calidad de la misma.

El potasio en sangre de los participantes se comportó de forma similar pues la mayoría de los pacientes mostró un decremento.

Tomando en cuenta estas ganancias relativas puede decirse que el impacto del programa de autocontrol y manejo emocional en los niveles de ansiedad y depresión tuvo efectos positivos, sin embargo, no puede afirmarse que en los participantes de este trabajo el aumento en el nivel de conocimientos provocara un mayor cuidado de su alimentación e ingesta de líquido y que esto a su vez incida en los índices en sangre.

Una posible explicación podría ser a partir de otros factores que afectan más que los conocimientos sobre la enfermedad, por ejemplo los pocos recursos económicos con los que cuenta esta población. En el caso del control de la glucosa, específicamente, los pacientes además de controlar su alimentación, deben tomar por indicación del especialista medicamentos que muchas de las veces no pueden pagar. Algunos de los pacientes comentaban que sólo podían pagar la hospitalización y por ello a su llegada a la cita semanal contaban con niveles elevados de azúcar en sangre, y estos se estabilizaban una vez tomando el medicamento dentro del hospital.

Otra posible razón del pobre control de la glucosa es la falta de conocimientos sobre el funcionamiento de la propia enfermedad primaria (diabetes o hipertensión) así como de la acción de los medicamentos. Probablemente sería importante dedicar una sesión adicional a explicar los pacientes cómo funcionan los medicamentos para controlar el azúcar o la presión arterial, pues muchos pacientes con IRC padecieron previamente Hipertensión Arterial o Diabetes, pero no recibieron ninguna información sobre su padecimiento y no han comprendido los beneficios de tomar los medicamentos. “Un paciente cumplido acepta que la causa por la que le recetan un tratamiento es real y que existen beneficios de salud derivados de cumplir con estas indicaciones” Lundin, (1995) pp. 1.

Otro factor que afecta más que los conocimientos son algunas ideas mágico – religiosas que el medio social en el que vive esta población influye en el tratamiento médico. Es el caso de uno de los participantes a quien un familiar le recomendó bebiera un té en grandes cantidades para mejorar, y debido al exceso de agua que acumuló en su cuerpo y posteriormente en sus riñones, tras una serie de complicaciones, este paciente falleció. Esta experiencia coincide con lo que encontró Guz, Ozckan y Akpolat (2003), quienes estudiaron a pacientes con falla renal crónica y las razones por las que buscaban ayuda en otro tipo de tratamientos. Estos autores concluyen que la desesperanza fue la razón más común para cambiar de tratamiento buscando la cura. Este dato nuevamente cobra importancia pues el presente trabajo trabajó también con la depresión, que en muchos de los casos está ligada a la desesperanza, por lo tanto si se logra que los pacientes tengan

niveles bajos de tristeza este tratamiento puede funcionar como un factor protector de la búsqueda de tratamientos alternativos tan comunes en nuestra población, y esto aunado al conocimiento puede mantener al paciente más adherente.

Una mejora que se puede hacer a este Programa de Entrenamiento es llevarlo al área de Consulta Externa dentro de la misma División de Medicina Interna. Sería posible desarrollar un programa educativo que trabajando interdisciplinariamente con médicos internistas ayudara a detectar a aquellas personas que en el mediano plazo requerirán diálisis. Así, con anticipación podrían empezar a realizar cambios en su estilo de vida para alargar el proceso de ingresar al programa, así como tener previamente conocimientos de aquellos cambios a los que deberán de irse adaptando y así podrían aceptar mejor la enfermedad y pensar en opciones una vez que llegue el momento de tomar la decisión, es decir tener un paciente mejor preparado para el futuro. Russell (1997) menciona que estos programas educativos pre-diálisis han sido muy efectivos para lograr que los pacientes ingresen a programas de diálisis en casa, y al saber las opciones que existen para el tratamiento, cuando sea inminente iniciarlo tomarán decisiones más informadas.

Otro punto a tomar en cuenta en cuanto a estas intervenciones puede ser la duración del entrenamiento. Es posible que cinco sesiones no sean suficientes para mantener al paciente actualizado y que mantenga presente la información importante sobre su padecimiento. Quizá sería interesante incluir más temas dentro del Entrenamiento, por ejemplo en el Hospital se sugirió que el área de Dietología pudiera trabajar una sesión con los pacientes y sus familiares proporcionando recetas para la preparación de los alimentos. En otros países como Estados Unidos existen recetarios para pacientes con IRC, boletines informativos, folletos informativos y páginas de Internet útiles para que los pacientes las revisen en su visita al hospital y se mantengan informados y participativos.

El campo de la Psicología de la Salud tiene todavía mucho trabajo que hacer en cuanto al entrenamiento para el manejo de las enfermedades crónicas que son las que más gastos causan a la población, y esta tendencia permanecerá en los próximos años. También hay trabajo que hacer en relación con la atención de trastornos del estado de ánimo que

surgen a partir de que una persona es diagnosticada con un padecimiento crónico y a este respecto la terapia cognitivo conductual sigue mostrando los mayores niveles de eficacia.

En cuanto a los resultados de este trabajo en general fueron positivos aunque no hubo diferencias significativas en las medidas evaluadas, sin embargo el análisis de ganancias relativas refleja que todos los pacientes mejoraron su nivel de conocimientos, y tuvieron reducciones en sus niveles de ansiedad y depresión.

En el Entrenamiento en Autocontrol para esta población sería importante comenzar con el manejo emocional específicamente en el de la depresión, pues ésta si no es atendida puede ser la causante del abandono de tratamiento, más que la falta de recursos económicos inclusive.

Es importante realizar el entrenamiento incluyendo un mayor número de temas o profundizando más en el funcionamiento de las enfermedades primarias como la Diabetes y la Hipertensión y ligando cómo estas detonan la IRC. Probablemente también sería útil explicar a los pacientes el funcionamiento de los medicamentos para que el conocimiento aumentara la adhesión. También se sugiere trabajar con los pacientes desde un año antes de ser diagnosticados con IRC para que contaran con mayor información al ingresar al programa. Finalmente se sugiere incluir la medida de peso corporal pre y post diálisis como una medida más confiable de adhesión.

Referencias

Amigo, I., Fernández, C.R., Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Avendaño, H.I. (2003). *Nefrología clínica*. México: Editorial Panamericana.

Belkys, J., Nucette, E., Colina, J., Sumalave, H., Gómez, F., e Hinostroza, D. (2004). Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología* 36 (50) 35 – 41

Boll, T. y Raczynsky, J. (2004). *Handbook of Clinical Health Psychology*. Washington: APA

Bower, J.D. (1995). The Issue: The Role of the Professional in the Management of Noncompliant or Problem Dialysis Patients. Vol. 24 (4).

Campbell, D. y Stanley, J. (1991). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Argentina: Amorrortu.

Christensen, A.J. y Moran, P.J. (citados en Hailey, B.J., Moss, S.B., Street, R., Gersh, A.H., Calabrese, A.A., y Campbell, C. (2001). *Mental Health Services in an Outpatient Diálisis Practice*.

Chur-Hansen, A., Carr, J. E., Bundy, C., Sanchez-Sosa, J. J., Tapanya, S. & Wahass, S. H. (2008). An international perspective science education in medical schools. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. DOI 10.1007/s10880-008-9092-0 (Springer Verlag).

Cohen, M., McChargue, D., Collins, F. (2003). *The Health Psychology Handbook*. EUA: Sage Publications.

Contreras, J., Puente, G., Garza, M., Salinas, A., Villareal, E., Albarrán, T., Elizondo, R. (1999). Impacto de un programa educativo para el control del paciente hipertenso. *Revista de Enfermería* 7 (2), 89-92

De los Ríos-Castillo, J. L., Sánchez-Sosa, J. J., Barrios-Santiago, P. & Avila-Rojas, T.L. (2005). Quality of life in patients with diabetic nephropathy. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 30-43.

Gatchel, R.J., Ourdt, M. (2003). *Clinical Health Psychology and Primary Care*. Washington : APA

Grumke, J., y King, K. (1994). Missouri Kidney Program's Patient Education Program: A 10-Year Review. *Dialysis & Transplantation*, 23(12), 691 - 699

Guz, H., Ozkan, A., Akpolat, T., (2003). Search for Medical Treatment by Hemodialysis patients with Chronic Renal Failure. *Dialysis and Transplantation* Vol. 32 (5) 238 - 241

Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sanchez-Sosa, J. J. & Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. In WHO (Eds.) Adherence to long term therapies: Evidence for action (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.

Huerta, L.E. (1999). Programa para la Detección y tratamiento temprano del paciente con insuficiencia renal crónica. México: Medicina y Cultura págs.7-15.

IMSS, (2008) Egresos hospitalarios, página web consultada el 3 de enero, 2008
http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Celula.aspx?ID=SC06_00_00_07&OPC=opc07&SRV=A2006

IMSS, (2008) Índices de Mortalidad, página web consultada el 3 de enero, 2008:
http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Celula.aspx?ID=SC08_PRO_G0&OPC=opc08&SRV=A2006

INEGI, (2008) Causas de Mortalidad en la población mexicana, página web consultada el 3 de enero, 2008:
<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob50&s=est&c=3227>

James, J.C. y Kolen, R.A. (2005). The Primary Care Consultant. Washington: APA

Jung Ah Kim, Yung Kee Lee, Woosong Huh, Yoon-Goo Kim, Dae Joong Kim, Ha-Young Oh, Soon Ah Kang, Yangha Kim Moon, Han-Woo Kim, Ji-Hae Kim. (2002). Analysis of Depression in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients Journal of Korean Medical Science 17, 790-794

Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R., (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México Salud Mental;21(3):26-31, mayo-jun.

Klang,B., Björvel,H., Berglund, J., Sundstedt,C., y Clyne,N.,(1998). Predialysis patient education: effects on functioning and well-being in uraemic patients. Journal of Advanced Nursing, 28 (1), 36 – 44.

Kutner, N. (2001). Improving Compliance in Dialysis Patients: Does Anything Work? Seminars in Dialysis 14 (5), 324-327.

Levenson J & Glocheski S (1991). Psychological factors affecting end-stage renal disease. A review. Psychosomatics. 32 (4), 382-389.

López R. La transición epidemiológica. Ciencia Médica. 1994; 1,26,11-17, citado en Azcarate-García E, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Pérez JR. (2006). Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria Archivos en Medicina Familiar. 8 (2), 97-102

- Lundin, P.A. (1995). Causes of Noncompliance In Dialysis Patients. Archive: Dialysis & Transplantation, Vol. 24 (4)
- Moe, 1994 (citado en Law, M.C., Szeto, C.C., Wang A.Y., Leung, C.B, Poon, Y.L., Wong, T.Y.H, Lui, S.F., Yu, A.W.Y., Li, P.K.T, 1994). Single-Session Pre-Dialysis Counseling Program Does Not Improve Short-Term Outcomes of CAPD patients. Dialysis & Transplantation, 30 (19), 666-675
- NIDDK, (2008). Folleto informativo, Eligiendo Tratamiento en la IRC, página web consultada el 3 de enero, 2008:
<http://kidney.niddk.nih.gov/spanish/pubs/choosingtreatment/index.htm>
- Oblitas, L.A. (2004). Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Thomson
- Ortega, M.N., Martínez, M.A. (2002). Bienestar psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis. Rev. Enferm. IMSS; 10 (1): 17-20.z
- Reynoso, L., y Selligson, I., (2005). Psicología Clínica y de la Salud, un enfoque conductual. México: Manual Moderno.
- Rivera, BC., Sánchez, H.V. (1998). Sistema de actualización médica. Medicina Interna. México, Intersistemas, págs. 477-494
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcázar, L. F. & Sánchez Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. International Journal of Clinical & Health Psychology, 5(3), 445-462.
- Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R., Sánchez-Sosa, J.J., (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: Efectos de una intervención cognitivo-conductual. Revista Latinoamericana de Psicología, 37(3), 493-507.
- Robinson, K. (2001). Does Pre-ESRD Education Make a Difference? The Patients' Perspective. Dialysis & Transplantation. 564 – 567
- Rubio, J.M., Medina, S, Barriaga, S., Ballesteros, R., Herrera, S.M., Psicología de la Salud y Calida de Vida. (2004). Barcelona: Ed. UOC.
- Russell, K. (1997). Freestanding Home Dialysis Clinics and Pre-Dialysis Education: A prescription for Success. Dialysis & Transplantation. Vol. 2 (2).
- Sagawa, M. Oka, M., Chaboyer, W. Sato, W., Yamaguichi, M., Cognitive behavioural therapy for fluid control in hemodialysis patients. Citado en Campbell, D., (2001). Dialysis & Transplantation Vol. 30 (9). (571 -575)
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Health Psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health. UNESCO Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Psychology. Oxford, UK,
<http://www.eolss.net>

Sánchez-Sosa, J.J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz, intervención-investigación en Psicología de la Salud. En: G. Rodríguez y M. Rojas (Dir.). La Psicología de la salud en América Latina. México: M. A. Porrúa. Pp. 33-44.

Secretaría de Salud (Junio, 2000). Boletín Práctica Médica Efectiva “Insuficiencia Renal Crónica”. ISSN. México: Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Vol. 2 Núm. 6.

Trujillo-Gutierrez J.J., Méndez-Gaona J.A., Sierra-Palomino R. de la Cruz. (1999). Diagnóstico situacional de las afecciones de vías urinarias en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Comunitaria*, 3(1).

Villegas, C., Castañeda, L. (1999). Calidad de vida del paciente diabético con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Revista de Enfermería* 7 (2), 83-87

<http://kidney.niddk.nih.gov/spanish/pubs/yourkids/> consultada el 15 de abril, 2008

Índice de anexos

Intervención Pre- Diálisis para pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a ser evaluados para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI). (Anexo 1).

Manual de Entrenamiento en Autocontrol y Manejo Emocional “Mi Manual de Autocontrol para el Programa de Diálisis Peritoneal” (Anexo 2).

Inventario de Ansiedad de Beck e Inventario de Depresión de Beck (Anexo 3)

Cuestionario de Conocimientos Sobre la Insuficiencia Renal Crónica (Anexo 4)

Recordatorio de Limpieza (Anexo 5)

Láminas Explicativas (Anexo 6)

Reporte Hospitalario (Anexo 7)

Intervención del Residente de Medicina Conductual en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a ser evaluados para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) en el Hospital General de Atizapán Herrejón – Chrysler (HGA). (Anexo 8)



ANEXO 1

Intervención del Residente de Medicina Conductual en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a ser evaluados para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) en el Hospital General de Atizapán Herrerón – Chrysler. (HGA)

Introducción

La insuficiencia Renal Crónica es una de las enfermedades que se encuentra clasificada entre las 10 causas más comunes de muerte en nuestro país. Para esta enfermedad existen tres tratamientos: la diálisis peritoneal, en tres modalidades, la hemodiálisis, y el trasplante renal. Desde hace más de 5 años el Hospital General de Atizapán Herrerón – Chrysler, dentro del Servicio de Medicina Interna, mantiene un Programa de tratamiento para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), a través de la Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI).

Para este programa se tienen dos salas especializadas, médicos y enfermeras capacitados para la atención de estos pacientes, y a partir de que los alumnos de la Maestría en Psicología, con Área de Residencia en Medicina Conductual, una residente quien atiende a estos pacientes.

Las características de estos pacientes, similares al resto de la población atendida en el Hospital General de Atizapán Herrerón – Chrysler, son las siguientes: muy bajos recursos económicos, escolaridad primaria y en muchos casos analfabetismo, pocos conocimientos sobre su enfermedad, pocas habilidades de comunicación para hacer preguntas a los médicos, entre otras.

Gran parte de los pacientes que acuden a este hospital solicitando el ingreso a un programa de tratamiento a través de la DPI son pacientes con diabetes y/o hipertensión de más de 5 años de evolución, con poco o ningún apego al tratamiento, y el resto son pacientes cuya etiología de la falla renal es para ellos y para el personal médico desconocida. El promedio de edad de estos pacientes son los 50 años.



Aunque anualmente el Hospital General de Atizapán Herrerón – Chrysler recibe aproximadamente 100 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, que necesitan ingresar a un Programa de Tratamiento con diálisis peritoneal, solamente son aceptados aproximadamente el diez por ciento de ellos. El ingresar a un tratamiento con diálisis implica cambios en el estilo de vida muy importantes tanto para el paciente como para su familia, además de gastos económicos importantes.

Kutner (2001) menciona “que el la falta de cumplimiento con la prescripción terapéutica impacta significativamente el cuidado de pacientes en diálisis así como sus resultados. Es probable que por lo menos la mitad de los pacientes en hemodiálisis no cumplan con alguna parte de su régimen de tratamiento, y se cree que un tercio de los pacientes en diálisis peritoneal omitan los cambios prescritos. ... Pocas intervenciones han sido evaluadas rigurosamente, pero se ha encontrado que la educación para pacientes, y/o la atención individualizada, la supervisión, la motivación, y el apoyo son estrategias que incrementan el cumplimiento de los pacientes”. Pp.324

El presente documento describe de manera detallada la intervención que el Residente de Medicina Conductual habrá de realizar cuando el personal médico solicite que un paciente con IRC sea evaluado para su ingreso al Tratamiento con DPI. Este programa de trabajo retoma la importancia de que el paciente y el familiar estén informados sobre su enfermedad y sobre las conductas de autocontrol que deberán seguirse. Es posible que de no existir buena comunicación por parte del personal médico y/o un déficit en la comprensión de la información por parte del paciente o del familiar, ésta sea la única oportunidad que tenga el paciente de que un profesional de la salud tome un tiempo para explicar el padecimiento, las opciones de tratamiento y esté abierto a contestar cualquier duda o pregunta. Este programa está constituido por cinco fases de trabajo a saber:

1. Fase de entrevista inicial y exposición de la información con la familia
2. Fase de entrevista inicial y exposición de la información con el paciente
3. Fase de evaluación inicial al paciente y a la familia
4. Toma de decisión sobre el ingreso al programa, y
5. Programa de Entrenamiento en Autocontrol



Criterio de inclusión

De acuerdo con los resultados obtenidos en las primeras tres fases del Programa, es importante recalcar que la mayoría de los pacientes y sus familias NO son aceptados para su ingreso al programa de DPI, por lo que no continuarán con la fase 5, sin embargo es muy importante que todos los pacientes reciban la información básica sobre su padecimiento.

Para poder comenzar la intervención el residente deberá citar a la familia del paciente (familiares más cercanos) avisándoles que deberán disponer de por lo menos una hora y media para la intervención.



Intervención del Residente de Medicina Conductual con pacientes diagnosticados con IRC, canalizados para ser evaluados para su ingreso en el DPI.

Sesión 1. Fase de entrevista inicial y exposición de la información con la familia.

Material

Hoja de Datos Personales

- Cuestionario 1 (Incluida de este anexo)
- Láminas Ilustrativas de la IRC, y de la DPI (Anexo 5)
- Información inicial 1 (Incluida en este anexo).
- Lista checable de información inicial (Incluida en este anexo)
- Si es posible:
 - Reynoso – Erazo, L. y Seligson, I.(2004). Manual Para Conocer la insuficiencia renal. México, Facultad de Psicología, UNAM, CONACyT.
 - Nacional Kidney Foundation. Folleto informativo: Acerca de la insuficiencia renal crónica: Una guía para los pacientes y sus familias. (disponible en www.nkf.org)

1. El Residente recibirá a todos los miembros de la familia de preferencia en un consultorio, y llenará la hoja de datos personales, incluyendo el familiograma, señalando en él las personas que asistieron a esta primera sesión. Comenzará por hacer preguntas generales sobre la familia y el paciente. (Ver ejemplo, Cuestionario 1 incluido en este anexo). Una de las ventajas de realizar esta entrevista, se observará cuando la familia y el paciente reciban la información de su enfermedad, y puedan relacionar las preguntas iniciales con la información expuesta.
2. El Residente explicará a los miembros de la familia en qué consiste esta intervención, su utilidad y la importancia de la evaluación. El Residente deberá de realizar esta intervención tomando en cuenta que la mayoría de las familias cuentan con nulos conocimientos sobre la IRC, o la Diabetes Mellitus, la Hipertensión y respectivas complicaciones, por lo que deberá presentar la información de manera muy concreta, proporcionando muchos



ejemplos y contestando a todas las dudas de la familia. El Residente utilizando las láminas ilustrativas de la IRC, y de la DPI, explicará a la familia de forma general en qué consiste la enfermedad, las opciones de tratamiento que existen, en qué consiste cada tratamiento, haciendo énfasis en aquellos tratamientos que sí hay en el Hospital y aquellos que tienen otras instituciones como el IMSS, el ISSTE, el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital Juárez. (Ver ejemplo, Información Inicial 1.)

3. El Residente hará una inter consulta en el formato correspondiente solicitando valoración nutricional y sugerencias de dieta a la Dietóloga Griselda Ramírez Bravo, con la cual el paciente acudirá al Servicio de Dietología de este Hospital para recibir un Plan de Alimentación de acuerdo con sus necesidades.

De tener disponible, se entregará a la familia algún folleto informativo sobre la IRC. (<http://kidney.niddk.nih.gov/spanish/pubs/choosingtreatment/index.htm>)

Sesión 2. Fase de entrevista inicial y exposición de la información con el paciente y Fase de evaluación inicial al paciente y a la familia

Material

- Cuestionario 1
- Láminas Ilustrativas de la IRC, y de la DPI
- Información inicial 1
- Lista checable de información inicial
- Cuestionario Estructurado Breve de Estilos de Vida Específicos (Cuidador Primario)
- Cuestionario Estructurado Breve de Estilos de Vida Específicos (Paciente)
- Hoja de Consentimiento Informado (Incluida en este anexo)
- Si es posible:
 - Reynoso – Erazo, L. y Seligson, I.(2004). Manual Para Conocer la insuficiencia renal. México, Facultad de Psicología, UNAM, CONACyT.
 - Nacional Kidney Foundation. Folleto informativo: Acerca de la insuficiencia renal crónica: Una guía para los pacientes y sus familias. (disponible en www.nkf.org)



1. Esta entrevista se realiza de manera separada a la de la familia, sobre todo para permitir que el residente evalúe la disposición del paciente a realizar cambios importantes en su estilo de vida, así como para evaluar su estilo de afrontamiento, el nivel de aceptación ante el diagnóstico, su estado de ánimo, y qué tan de acuerdo está al aceptar el tratamiento. Es fundamental tomar en cuenta si el paciente una vez proporcionada la información NO acepta el tratamiento, pues es su DERECHO y la familia deberá comprenderlo.
2. El Residente evaluará de forma general el estado de ánimo del paciente ante la noticia, y explicará al paciente en qué consiste esta intervención, su utilidad y la importancia de la evaluación. El Residente deberá de realizar esta intervención tomando en cuenta que la mayoría de los pacientes cuentan con nulos conocimientos sobre la IRC, o la Diabetes Mellitus, la Hipertensión y respectivas complicaciones, por lo que deberá presentar la información de manera muy concreta, proporcionando muchos ejemplos y contestando a todas las dudas de la familia. El Residente utilizando las láminas ilustrativas de la IRC, y de la DPI, explicará al paciente de forma general en qué consiste la enfermedad, las opciones de tratamiento que existen, en qué consiste cada tratamiento, haciendo énfasis en aquellos tratamientos que sí hay en el Hospital y aquellos que tienen otras instituciones como el IMSS, el ISSTE, el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital Juárez. (Ver ejemplo, Información Inicial 1.)
3. Se le informará al paciente que tendrá que evaluar junto con su familia la posibilidad de ingresar al programa, y deberá tener en cuenta del compromiso que se adquiere al ingresar al mismo, y deberá informar al Residente junto con su familia su decisión. En este tiempo el Residente deberá estar muy pendiente de cualquier duda por parte de la familia.
4. Para garantizar la veracidad de la información proporcionada, se contestarán los Cuestionarios Estructurados Breves de Estilos de Vida Específicos por separado, paciente y familia los, en ocasiones la familia tiene poca escolaridad, y habrá que ayudar en su llenado.



Sesión 3. Toma de decisión sobre el ingreso al programa

Material

- Cuestionario Estructurado Breve de Estilos de Vida Específicos (Cuidador Primario) ya contestado por el paciente
 - Cuestionario Estructurado Breve de Estilos de Vida Específicos (Paciente) ya contestado por el paciente
1. Una vez proporcionada la información inicial, se ha evaluado qué tan dispuesto está el paciente a ingresar al programa, se ha considerado la honestidad con la que ha proporcionado la información, se ha tomado en cuenta el apoyo de la familia para el paciente, se ha entregado contestados los Cuestionario Estructurado Breve de Estilos de Vida Específicos tanto del cuidador primario como del paciente, la familia informará al Residente si pueden comprometerse a ingresar al programa, teniendo en cuenta el cumplimiento de las conductas de autocontrol, y valorando sus posibilidades económicas que se generarán al ingresar al programa.
 2. En caso de que la familia acepte ingresar al programa, y el Residente considere que el interés que han mostrado será un predictor para llevar a cabo un buen tratamiento, se procederá a firmar la carta compromiso (Ejemplo, Ver Carta Compromiso).
 3. El Residente reunirá todos los documentos y los integrará en el expediente, y escribirá una nota clínica en el expediente describiendo el proceso de evaluación, la información encontrada y la decisión tomada. (Ver ejemplo nota clínica). En el caso de que el paciente sea rechazado, podrá seguir teniendo servicio pero sólo en caso de urgencias.
 4. Si el paciente es aceptado será intervenido quirúrgicamente para la colocación del catéter blando y no estará en condiciones de ingresar al entrenamiento en autocontrol hasta su próxima hospitalización.
 5. El Residente entregará al paciente o a su familiar cuatro Autorregistros: Alimentación, Limpieza, Toma de medicamentos y consumo de líquidos. Estos registros serán llenados por el paciente o su familiar diariamente y serán la línea base, deberá entregarlos en la siguiente sesión. Aproximadamente en 8 días se continuará el programa con la sesión 4.



Sesión 4. Programa de Entrenamiento en Autocontrol

Material

- Mi Manual de entrenamiento en Autocontrol para el Programa de Diálisis Peritoneal
 - Cuestionario de Conocimientos sobre la IRC
 - Inventario de Depresión de Beck (BDI)
 - Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
 - Autorregistros
 - Últimas pruebas de laboratorio del paciente
1. Una vez que al paciente se le haya colocado un catéter blando y haya tenido tiempo para su recuperación, acudirá a su primera hospitalización. En esta el Residente acudirá a verlo, hará preguntas generales sobre su estado de ánimo y sobre sus cambios en el estilo de vida.
 2. El Residente recogerá los autoregistros y preguntará al paciente y/o al familiar si hubo alguna duda al llenarlos.
 3. El Residente comentará al paciente que, si éste lo autoriza, a partir de esta hospitalización y durante 5 semanas recibirá un entrenamiento en autocontrol para conocer mejor su enfermedad, así como para aprender algunas técnicas para mejorar su estado de ánimo. Si el paciente acepta, se procederá iniciar con la evaluación. Se explicará al paciente que este entrenamiento tomará una hora en cada hospitalización, y podrá estar acompañado de algún familiar.
 4. El Residente evaluará al paciente aplicando los siguientes instrumentos: Cuestionario de Conocimientos sobre la IRC, Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
 5. Una vez concluida la evaluación el Residente le entregará al paciente su Manual de entrenamiento en Autocontrol para el Programa de Diálisis Peritoneal para que le ponga su nombre y se leerá la hoja de Bienvenida.



Cuestionario 1. Sesión 1. Fase de entrevista inicial y exposición de la información con la familia.

1. Para la evaluación de conocimientos

- ¿Hasta el día de hoy, ustedes qué saben de la Insuficiencia Renal Crónica?
- ¿En este momento qué saben que tiene su paciente?
- ¿Qué les han dicho los médicos de la enfermedad de su paciente?
- ¿Conocen a alguien que haya tenido la misma enfermedad?
- ¿Tienen algún vecino o conocido que se haya hecho diálisis? ¿Cómo fue su tratamiento? ¿Qué ha pasado con él?
- ¿Saben si la IRC de su familiar está relacionada con otra enfermedad como Diabetes / Azúcar Alta o Hipertensión/ Presión Alta?

1. Para la evaluación del estilo de afrontamiento

- ¿Cómo se sienten con esta noticia?
- ¿Están preocupados por su familiar?
- ¿Cómo ha cambiado su estado de ánimo con esta situación?
- ¿Qué han hecho para ayudar a resolver esta situación?
- ¿Hace cuánto tiempo su familiar se sentía mal?

2. Para la evaluación de la comunicación con el médico

- ¿Le han preguntado al médico qué es lo que tiene el paciente?
- Cuando tienen alguna duda sobre el tratamiento, ¿qué hacen?, ¿a quién le preguntan?
- ¿Qué tal es la comunicación con el médico? ¿es comprensible?
- ¿Le han entendido al médico cuando les informa cómo va su paciente?

3. Para la evaluación de las expectativas del tratamiento

- ¿Creen que esta enfermedad sea curable?
- ¿Qué se imaginan que le va a pasar a su paciente?
- ¿Cuánto tiempo creen que va a vivir su paciente?
- ¿Conocen qué le puede pasar a su paciente con esta enfermedad?

4. Para la evaluación del estilo de vida

- ¿Qué tanto se cuidaba su familiar su Diabetes?
- ¿Llevaba alguna alimentación especial?
- ¿Cada cuánto iba al médico su familiar?
- ¿Su familiar se baña todos los días?

5. Evaluación sobre los síntomas

- ¿Qué síntomas empezó a tener su familiar?
- Para evaluar anemia e hipertensión. ¿Se sentía cansado? ¿le dolía su cabeza? ¿dormía mucho? ¿el color de la piel de su paciente ha cambiado? ¿Ha notado que su paciente está un poco amarillo?
- Para evaluar Síndrome Urémico. ¿Su familiar volvía mucho el estómago? ¿Tenía náuseas? ¿Tenía diarrea? ¿Su familiar olía la comida y le daban ganas de vomitar?
- Para evaluar retención de líquidos. ¿Su familiar se empezó a hinchar? ¿Su familiar tiene dificultad para respirar? ¿Su familiar siente que le falta el aire?



Información Inicial. Sesión 1. Fase de entrevista inicial y exposición de la información con la familia.

Se sugiere que el residente al terminar cada lámina pregunte a la familia si existe alguna duda, o quieren hacer algún comentario. También se sugiere preguntar en el caso de los síntomas, cuáles de ellos ha presentado su paciente.

Lámina 1.

Comenzaremos partiendo de que no sabemos nada sobre los riñones o sobre la insuficiencia renal crónica. Todas las personas nacemos con dos riñones. Los riñones son dos órganos con forma de frijol, del tamaño de nuestro puño. Los riñones tienen muchas funciones. La función más importante del riñón es mantener limpia nuestra sangre.

Este es un dibujo de nuestros riñones, como pueden ver los riñones están conectados con la vejiga. Cuando una persona se toma, por ejemplo un vaso con agua de limón, lo traga, pasa por su esófago, su estómago, y llega por fin a la sangre. El riñón es como un policía que se dedica a revisar si la sangre está limpia. Volviendo al ejemplo si el riñón detecta que de ese vaso con agua de limón no nos sirve en ese momento, o algo del agua de limón es tóxico, lo manda a la vejiga, y así el riñón de todo lo que nos comemos y nos tomamos, manda lo que no sirve a la vejiga y mantiene nuestra sangre limpia.

Todos los alimentos que nos comemos tienen sustancias que no necesitamos, y el riñón no descansa, trabaja de día y de noche. Si nos comemos un bistec, también limpia lo tóxico, y lo manda a la vejiga.

El riñón también limpia las sustancias que producen los músculos, por ejemplo cuando ustedes caminan mucho, les pueden doler sus piernas, eso es por que en el músculo se acumulan ciertas sustancias, y el riñón también limpia las sustancias de los músculos.

Hasta el momento hemos visto la función principal que realiza el riñón, sin embargo no es lo único que hace. El riñón también ayuda a que se produzca unas sustancias que están en la sangre que se llaman glóbulos rojos. Seguramente han escuchado sobre los glóbulos rojos, son una parte muy importante pues hacen que la sangre esté fuerte.

La tercera función que tienen nuestros riñones es ayudar a mantener nuestros huesos fuertes. El riñón ayuda a que nuestros huesos no se rompan y a que puedan absorber el calcio.

Entonces, podemos decir que los riñones tienen tres funciones principales: limpieza de la sangre, producción de los glóbulos rojos y mantener nuestros huesos fuertes.

Ustedes saben que ahora hay mucha promoción hacia la donación de riñones, esto es porque cuando una persona tiene sus dos riñones sanos, puede donar uno y vivir bien sólo con un riñón. Sin embargo cuando un paciente llega aquí es por que tiene dañados los dos riñones, si sólo estuviera dañado uno, no tendría muchos síntomas. Los riñones generalmente tardan en dañarse, y la mayoría de las veces es la diabetes y la hipertensión mal cuidadas, quienes dañan a los riñones, pues las



altas y bajas de azúcar, las altas y bajas de presión arterial dañan al riñón poco a poco, estas enfermedades por eso son consideradas como “enfermedades silenciosas” por que los pacientes NO sienten dolor en sus riñones, en ocasiones empiezan a orinar menos, pero pueden no sentir síntomas hasta que la enfermedad está ya muy avanzada. Por eso es importante que los pacientes sigan las indicaciones del médico por que pueden no darse cuenta de que dentro de su cuerpo están “pasando cosas” que pueden ser muy peligrosas y pueden poner en riesgo su vida.

Como se les comentaba, los riñones se van dañando poco a poco y aunque cada cuerpo es diferente, los pacientes empiezan a sentir una serie de síntomas. NO tienen que sentir todos los síntomas para que el médico esté seguro de que tienen IRC. Lo que sucede es que el riñón que al principio funcionaba un 100% empieza a funcionar el 80%, el 60% el 40% hasta que llega a menos del 30% y es cuando el paciente llega aquí, por que cuando el riñón está dañado y funciona más de la mitad, el paciente no se siente tan mal, sin embargo cuando funciona menos del 30% empieza a sentir algunos de los siguientes síntomas: náuseas, vómito, diarrea, asco al oler la comida, dolor de cabeza, se empieza a hinchar (generalmente de los pies hacia arriba: sus pies, sus tobillos, sus piernas, sus rodillas y su cara, sus párpados), empiezan a sentirse desde tiempo atrás cansados, duermen mucho, se fatigan pronto, y el color de su piel se vuelve más amarillo. Todos estos síntomas tienen que ver con la falla de sus riñones.

Insuficiencia Renal Crónica es el nombre de la enfermedad de su familiar y significa que el Riñón trabaja de forma insuficiente y que ya no se va a mejorar.

Lámina 2

Este es un riñón sano, visto de cerca. Como ustedes pueden ver en él hay venas, arterias y muchas partes. Cuando un riñón se daña, las células del riñón se van muriendo de forma irreversible, eso quiere decir que no nacen células nuevas.

Es importante conocer la diferencia entre un riñón infectado y un riñón que ya no funciona. Cuando un riñón tiene alguna infección, los médicos como tratamiento utilizan antibióticos para destruir a los microbios. Es como si el riñón estuviera sucio. Si la infección es muy fuerte, los médicos dan un medicamento más fuerte, y el riñón se limpia.

Cuando un riñón deja de funcionar, NO está sucio, NO hay que lavarlo, la que está sucia es la sangre por que el riñón ha dejado de limpiarla, y esos riñones que eran del tamaño de un puño cuando estaban sanos, se empiezan a encoger, “como una pasita” es “como si se apagaran”, y están vivos, pero funcionan muy poco y hay que hacer algo para limpiar la sangre, NO a los riñones.

Antes habíamos comentado que los riñones sanos sirven para limpiar nuestra sangre, cuando los riñones dejan de funcionar la sangre empieza a quedarse con sustancias que son tóxicas, y el cuerpo almacena ese líquido, y el cuerpo se hincha, el riñón en vez de sacar todo lo que uno come o bebe, guarda en el cuerpo agua, mucho agua, esa agua incluso puede llegar a guardarse en los pulmones.



Lámina 3

Los pulmones son dos bolsas que sirven para purificar el aire, pero cuando un paciente tiene IRC, empieza a retener muchos líquidos, que incluso se guardan en los pulmones. Es por eso que a veces los pacientes sienten que no pueden respirar, y realmente no pueden hacerlo por que sus pulmones están llenos de agua y hay que dar un tratamiento tanto para limpiar la sangre como para sacar el agua que está en ella y en los pulmones, EN CASO de que el paciente tenga agua en los pulmones.

Otro de los síntomas que tienen los pacientes son las náuseas, y el vómito, los cuales se deben a que en la sangre hay una sustancia muy tóxica que el riñón no ha expulsado que se llama urea. Los pacientes empiezan a tener niveles muy altos de urea en su sangre y eso causa muchos trastornos en el organismo. Los pacientes también guardan dos minerales que normalmente las personas que están sanas desechan: el potasio y el fósforo. Por ejemplo si una persona se come cuatro plátanos, su riñón se da cuenta de que el plátano tiene mucho potasio que está circulando en la sangre y que el potasio hace que el corazón lata más rápido, así que enseguida lo limpia, lo manda a la vejiga y la persona saca ese potasio. A diferencia de un paciente con IRC, el cual si se come un plátano, empieza a circular el potasio en la sangre y el corazón late más rápido, y eso puede ser muy peligroso, por que si el corazón empieza a latir con mucha fuerza, se puede detener. Este proceso de tener muchos tóxicos en la sangre como la urea, también hace que el aliento del paciente cambie, cuando habla, huele diferente, parecido a un olor metálico.

También los pacientes sienten cansancio, dolor de cabeza o duermen mucho, estos síntomas a veces los familiares los confunden con que los pacientes “están deprimidos”, o “están cansados” pero en realidad lo que está sucediendo es que como sus riñones ya no ayudan a producir glóbulos rojos, los pacientes empiezan a tener un padecimiento que se llama anemia. Como ustedes saben las personas que no comen bien les da anemia. Pero a estos pacientes aunque coman bien, les hacen falta glóbulos rojos, y como el riñón “está como apagado” se sienten débiles y muy cansados y su piel se torna de color amarillo.

Hasta ahora hemos revisado qué hacen los riñones cuando están sanos, y qué hacen los riñones cuando dejan de funcionar. Ahora se expondrá qué tratamientos existen para esta enfermedad.

Lámina 4

En general existen cuatro tratamientos para este padecimiento: diálisis peritoneal (en por lo menos tres modalidades), hemodiálisis, trasplante renal y no tratamiento. En este hospital sólo realizamos tres de estos tratamientos: la diálisis peritoneal, de la cual existe la diálisis de emergencia o en agudo, la diálisis intermitente, que es cada semana y el no tratamiento.

La opción de tratamiento por hemodiálisis se realiza en hospitales más especializados y generalmente se hace cuando el paciente es candidato a trasplante, o de emergencia. (Por ejemplo, en el Hospital Juárez de México, En el Instituto Nacional de Cardiología, o en hospitales privados). La hemodiálisis es un tratamiento muy caro.



La opción de tratamiento por trasplante renal es la MEJOR opción, pero no la realizamos en este hospital. La mejor manera de ayudar a un paciente es colocándole un riñón nuevo, de preferencia de un familiar cercano, aunque también puede ser de un cadáver. Esta opción generalmente se utiliza con pacientes jóvenes y que no tengan hipertensión arterial o diabetes mellitus, ya que la enfermedad tiende a dañar el riñón nuevo.

En este hospital se hacen dos tipos de diálisis. La diálisis peritoneal en agudo o de emergencia, y la diálisis peritoneal intermitente.

Lámina 5

La diálisis peritoneal en agudo o de emergencia consiste como lo muestra esta ilustración en hacer un corte en el estómago del paciente, aproximadamente a dos dedos de su ombligo y luego se perfora una capa de músculo llamada peritoneo. Este procedimiento se hace bajo anestesia, y en la cama del paciente. A través de este corte se inserta un tubo “duro” o catéter rígido este catéter va conectado a una bolsa de agua de uno o dos litros. Esta no es agua común y corriente, es una solución especial que podemos decir que actúa como un imán una vez que entra al cuerpo.

En esta capa del estómago (señalar el peritoneo), los médicos han descubierto que hay unas venas muy delgadas, por las cuales esta solución entra y así empieza como un imán a limpiar la sangre del paciente. Estos dos litros de líquido se mantienen dentro del estómago del paciente durante media hora y posteriormente se saca esa agua. Esa agua que entra transparente y limpia, sale amarilla como la orina. Pues esta haciendo algo muy parecido a lo que el riñón hace. En esto consiste la diálisis, en introducir agua al estómago del paciente, que esta agua limpie la sangre y sacar esa agua. Este procedimiento de meter una bolsa y sacar el líquido se repite, aproximadamente 25 veces, y el médico así va observando cómo el paciente se deshinchas, y la mayoría de los síntomas van cediendo, su presión alta, sus náuseas, vómito, y además el médico puede ir viendo cómo la sangre del paciente a través de estudios de laboratorio se va limpiando.

Una vez que se finaliza la diálisis en agudo se retira ese catéter y el paciente se va a su casa.

Láminas 6 y 7

En estas láminas se observa nuevamente en qué consiste el proceso de diálisis, se introduce líquido en el peritoneo, el cual permanece ahí 30 minutos, y ese líquido se llena de tóxicos y después de 30 minutos se retira.

Sin embargo ese paciente regresa a su casa, y tendrá que comer y tomar líquidos pues todas las personas tienen que comer para vivir. Y la diálisis lo que hizo fue limpiar la sangre, NO curar a los riñones, es por ello que la sangre del paciente comenzará a llenarse de nuevo de sustancias tóxicas, y volverán todos los síntomas: la hinchazón, el vómito, la náusea, lo cual puede ser muy peligroso para el corazón, y entonces volverá el paciente de forma urgente a dializarse de nuevo, esto puede ser a los 8 ó 15 días, dependiendo de cada paciente, aun cuando esté llevando una alimentación especial, y esté tomando pocos líquidos.



Lámina 8

Para evitar que el paciente acuda “a Urgencias”, si el paciente así lo ACEPTA, y si cuenta con las características que el Hospital EXIGE, se le coloca un catéter que traerá de forma permanente, es decir de por vida, NO traerá bolsas colgando, solo un tubo blando el cual se coloca del lado derecho o izquierdo del paciente, para que cada semana acuda al hospital a limpiar su sangre. Así el paciente estará más o menos dos días a la semana en el hospital, en los cuales le harán 25 recambios de agua. A esto se le llama Diálisis Peritoneal Intermitente. Esta opción de tratamiento hace que el paciente viva más tiempo, tomando en cuenta que esta enfermedad, es una enfermedad terminal, aproximadamente viven 2 años.

Lámina 9

En otras instituciones IMSS, ISSTE, y hospitales privados, existe otro tratamiento de diálisis el cual se realiza diario. Después del transplante, es el MEJOR tratamiento, pues el paciente aprende a ponerse las bolsas de agua, y en vez de limpiar su sangre cada semana, la limpia diario, es lo más cercano a lo que el riñón hace. En esta opción es el hospital quien proporciona las bolsas de agua, los medicamentos, y los pacientes tienen una mejor calidad de vida. Pueden vivir hasta más de 8 años. Además de la ventaja de que el material se lo otorga el hospital, estos pacientes no tienen que estarse hospitalizando cada semana, lo cual en la mayoría de los casos causa que el paciente se deprima.

*(Es muy **importante** motivar a las familias a que busquen la posibilidad del IMSS, por costos económicos y por calidad de vida del paciente, incluso se les sugiere que en algunos casos los pacientes empiezan a dializarse en este hospital mientras consiguen la prestación del IMSS).

Lámina 10

Por último se expondrán los requisitos que se solicitan para que su familiar pueda ingresar al programa de diálisis de este hospital.

Para que su familiar pudiera ingresar al programa de este hospital lo más importante es que el o ella acepte. Partimos de que la mayoría de los pacientes que padecen esta enfermedad son pacientes que tuvieron hipertensión arterial o diabetes mellitus y no se cuidaron adecuadamente. El ingresar a un programa de DPI, como el que aquí se ofrece, implica que el paciente y su familia realicen una serie de cambios de vida muy importantes. Así mismo este tratamiento demanda costos económicos altos, teniendo en cuenta que este es un hospital que atiende a personas de bajos recursos. **Por lo cual lo más importante es que el paciente teniendo en cuenta su edad, su patrón de conducta, y qué tan dispuesto esté a cambiar acepte a ingresar al programa.** Desde luego que es muy importante que la familia apoye al paciente, sin embargo, es solamente el paciente quien podrá saber qué está dispuesto a cambiar para mejorar su salud, y solamente a él vivirá este tratamiento, llevará una alimentación monótona, estará sujeto a múltiples inyecciones y estudios incómodos. Aun cuando tanto él como la familia sepan que



este tratamiento será para alargar su vida, y probablemente el paciente fallezca en el mediano plazo, será el paciente quien tendrá que valorar los costos y beneficios de adquirir la responsabilidad de ingresar al programa.

(Es muy importante hacer énfasis en este punto, pues muchos pacientes aceptan por que sus familias los presionan y en realidad ellos quieren “morir en paz” y teniendo en cuenta que entre los derechos del paciente está tomar una decisión este será uno de los puntos más importantes antes de iniciar a evaluar a la familia, sobre todo con pacientes mayores. Además pacientes con antecedentes de poco apego al tratamiento, son pacientes que probablemente no tendrán apego, o les será muy difícil realizar el cambio).

El Hospital para que su paciente pueda ingresar al programa les pide que cumplan las siguientes cinco conductas: asistencia puntual a las citas, alimentación renal y reducción en la ingesta de líquidos, compra de bolsas, toma de medicamentos, limpieza e higiene.

Para que su familiar pudiera ingresar al programa de este hospital lo más importante es que él o ella acepte. Partimos de que la mayoría de los pacientes que padecen esta enfermedad son pacientes que tuvieron hipertensión arterial o diabetes mellitus y no se cuidaron adecuadamente. El ingresar a un programa de DPI, como el que aquí se ofrece, implica que el paciente y su familia realicen una serie de cambios de vida muy importantes. Así mismo este tratamiento demanda costos económicos altos, teniendo en cuenta que este es un hospital que atiende a personas de bajos recursos. **Por lo cual lo más importante es que el paciente teniendo en cuenta su edad, su patrón de conducta, y qué tan dispuesto esté a cambiar acepte a ingresar al programa.** Desde luego que es muy importante que la familia apoye al paciente, sin embargo, es solamente el paciente quien podrá saber qué está dispuesto a cambiar para mejorar su salud, y solamente a él le vivirá este tratamiento, llevará una alimentación monótona, estará sujeto a múltiples inyecciones y estudios incómodos. Aun cuando tanto él como la familia sepan que este tratamiento será para alargar su vida, y probablemente el paciente fallezca en el mediano plazo, será el paciente quien tendrá que valorar los costos y beneficios de adquirir la responsabilidad de ingresar al programa.

(Es muy importante hacer énfasis en este punto, pues muchos pacientes aceptan por que sus familias los presionan y en realidad ellos quieren “morir en paz” y teniendo en cuenta que entre los derechos del paciente está tomar una decisión este será uno de los puntos más importantes antes de iniciar a evaluar a la familia, sobre todo con pacientes mayores. Además pacientes con antecedentes de poco apego al tratamiento, son pacientes que probablemente no tendrán apego, o les será muy difícil realizar el cambio).

El Hospital para que su paciente pueda ingresar al programa les pide que cumplan las siguientes cinco conductas: asistencia puntual a las citas, alimentación renal y reducción en la ingesta de líquidos, compra de bolsas, toma de medicamentos, limpieza e higiene.

La primera conducta a la que debe comprometerse un paciente aceptado en el Programa de DPI, es asistir puntualmente a las citas. Una vez que el paciente ingresa al programa firma una carta compromiso en la que tanto él como su familia se comprometen a cumplir con las cinco conductas, por lo que esta primera deberá



cumplirse tomando en cuenta que el paciente deberá acudir puntualmente cada semana. El paciente será citado cada ocho días y deberá llegar a las siete de la mañana. Teniendo en cuenta que el proceso de diálisis toma tiempo “entre más temprano ingrese el paciente, más rápido se va a su casa” por lo que el paciente y su familia deberán considerar la forma de traslado para acudir puntualmente a las citas. En caso de que el paciente sea citado, por ejemplo el lunes, y no acude “por que no quiso, o por que hacía frío” en ese momento el médico pierde la responsabilidad de lo que le pueda suceder al paciente por que no está cumpliendo con lo que éste le indicó. Las citas siempre serán de lunes a viernes que es cuando el hospital cuenta con mayor personal, y se le proporcionará una mejor atención, sin embargo si el paciente se siente mal, podrá acudir a urgencias cuando él lo necesite.

La segunda conducta a la que debe comprometerse un paciente aceptado en el Programa de DPI, es llevar una alimentación especial. Como se comentó anteriormente los pacientes con este padecimiento deben cuidarse de ciertos minerales especialmente del potasio, del fósforo y de la sal. El potasio en altos niveles provoca que el corazón del paciente lata más rápido, la sal hace que se hinche más, y el fósforo impide que el calcio se fije en los huesos, por lo tanto el paciente deberá llevar una alimentación Renal, la cual será proporcionada por el servicio de Dietología y deberá ser seguida al pie de la letra. Los médicos pueden corroborar si un paciente está cumpliendo o no con la dieta, pues los pacientes quienes no la cumplen tienen más complicaciones, se hinchan más, viven menos tiempo, o constantemente llegan a urgencias, por que se “sienten mal”. En caso de que los médicos noten que el paciente en ocasiones repetidas no está cumpliendo con su dieta, pueden darlo de baja del programa. Otra parte del plan de alimentación con estos pacientes es la reducción en la ingesta de líquidos. Como se ha mencionado, estos pacientes tienden a hincharse, pues su riñón no elimina el exceso de líquido, por lo tanto deberán reducir la ingesta de líquidos a MENOS de un litro al día, para evitar al máximo que se hinchen. Todos los líquidos que consuman se toman en cuenta: sopas, caldos, atole, leche, fruta como sandía, tunas o toda aquella que contenga mucho agua.

La tercer conducta a la que deben comprometerse los pacientes aceptados en el Programa de DPI, es la compra de bolsas. Las bolsas de agua o solución de diálisis, que se utilizan cada semana son parte fundamental del tratamiento. Muchas veces el hospital recibe donaciones por parte de un laboratorio y el hospital regala estas bolsas a los pacientes, pero muchas de las veces son los pacientes quienes deben comprar estas bolsas, ya sea en la farmacia, o con pacientes que las reciben de otra institución y las revenden. El hospital no se compromete a proporcionarle bolsas a los pacientes, se las da siempre que las tiene, pero en caso de que no sea así, el paciente deberá adquirirlas y traerlas en el internamiento.

La cuarta conducta a la que deben comprometerse los pacientes aceptados en el programa de DPI es la compra y toma de medicamentos. Este hospital al ser público NO proporciona medicamentos a los pacientes de forma gratuita. Por lo que además de pagar semanalmente los costos de hospitalización y en ocasiones de bolsas de diálisis, el paciente deberá comprar y tomar sus medicamentos según la indicación del médico.

La quinta conducta, pero no por ello menos importante, a la que deben comprometerse los pacientes es la Limpieza. Como ustedes observaron en las láminas el catéter blando que tienen los pacientes está colocado en una parte



profunda del estómago llamada peritoneo, por lo cual si a ese tubo le entrara un microbio, pelo de animal, o polvo, causaría una infección llamada peritonitis. Esta infección implica más de ocho días de estancia hospitalaria, antibióticos y mucho dolor en los pacientes, por lo que es muy importante que los pacientes tomen medidas de limpieza como baño diario (no importando las condiciones ambientales), cambio diario de ropa interior y exterior, cambio cada tercer día de su ropa de cama, limpieza de cobertores cada semana, y limpieza del catéter diaria. (Es importante señalar a la familia que en caso de infecciones repetidas, el peritoneo podría dejar de realizar su función adecuadamente y el paciente podría NO dializarse).

Como cualquier tratamiento médico, existen algunas complicaciones que pudieran complicarse aun cuando el paciente ingrese al programa de diálisis. La primera de ellas es la anemia. Se ha mencionado que la función principal de la diálisis es limpiar la sangre, pero la diálisis no hace que la sangre esté fuerte, solamente la limpia, por lo tanto, más o menos cada dos meses el paciente tendrá que recibir transfusiones de sangre para tenerla fuerte. Como familia deberán saber que cuando se le transfunde sangre a su familiar, éste sentirá un poco más de energía, y más ánimo, y en cuanto esté más alejado de la fecha en la que le pusieron sangre se sentirá más decaído, y esto es por que realmente su cuerpo presenta anemia crónica, es decir, siempre tendrá anemia, pero se irá controlando. Por lo cual los familiares NO deberán confundir el que el paciente se sienta débil y cansado a que esté deprimido, por que en realidad esta enfermedad les quita la fuerza y la vitalidad.

Una segunda complicación que es común entre estos pacientes es que el catéter blando al estar colocado cerca de los intestinos en algunas ocasiones ya colocado, éste se mueve y no permite que el líquido entre, y es necesario cambiarlo. Es decir, es necesario que el paciente nuevamente sea intervenido en el quirófano y se le coloque otro catéter. Esta situación NO depende del paciente, es una reacción que algunas personas tienen ante un cuerpo extraño, pero es importante que el paciente lo sepa.

La tercer complicación más común entre los pacientes son las infecciones por peritonitis. En ocasiones los pacientes se infectan por que no tienen los cuidados adecuados en casa, que anteriormente se mencionaron. Sin embargo en ocasiones los pacientes pueden infectarse dentro del mismo hospital. Aunque la familia observe que los pacientes se someten a la diálisis en salas especiales para evitar contaminaciones en ocasiones por alguna situación el paciente se contamina dentro del hospital. Es importante que cuando el paciente se esté dializando por ningún motivo el familiar o el paciente toque el catéter puede contaminarlo. Se deberá mencionar que otra de las ventajas de atenderse con un tratamiento de Diálisis Peritoneal Ambulatoria es que como se realiza en casa, los pacientes están expuestos a menos microbios comparado con la hospitalización semanal, por lo cual los pacientes que se realizan diálisis diariamente si mantienen condiciones de limpieza se contaminan menos que los pacientes que se dializan en un hospital.

Otra de las complicaciones más comunes que puede tener un paciente es una consecuencia de no tomar los medicamentos adecuados. Si un paciente no toma sus medicamentos de forma constante y en los horarios indicados puede sufrir altas en su presión arterial, lo cual podría poner en peligro su vida.



Una complicación adicional que puede tener un paciente es cuando éste consume líquidos en exceso. Si un paciente no lleva un control estricto de los líquidos que consume, puede hincharse y hacer que su corazón trabaje más, además de que también puede hacer que sus pulmones se llenen de agua y tenga dificultad al respirar, estas dos situaciones combinadas podrían poner en serio peligro la vida del paciente.



Lista checable de información inicial 1.

Al terminar la sesión 1, el residente deberá revisar si describió los siguientes aspectos con la familia del paciente o con el paciente.

Sobre la función renal

Relación del riñón con el desecho de sustancias y agua
Relación del riñón con sangre fuerte
Relación del riñón con huesos fuertes
Daño en ambos riñones
Diferencia entre infección de riñón y destrucción irreversible de células
Tamaño de riñones sanos y tamaño de riñones enfermos

Sobre la relación entre la función renal y los síntomas

Retención de líquidos
Nauseas, vómito, diarrea, aliento urémico
Falta de aire
Debilidad, cansancio, dolor de cabeza, sueño excesivo
Sobre el color de la piel

Sobre las opciones del tratamiento

Diálisis en Agudo o de Emergencia

Catéter rígido a dos dedos del ombligo
Colocación del catéter en su cama
Esperanza de vida (corto plazo, menos de 1 año)
Tiempo de hospitalización (5 días aproximadamente)
Complicaciones del catéter (disfunción y recolocación)
Cumplimiento de la Dieta (Baja en sodio, potasio, calcio y líquidos)
Retiro del catéter
Esperanza de Vida
Número de veces que puede recurrir a este tratamiento

Programa de Diálisis Ambulatoria

Catéter blando, flexible, Tenckhoff o “cola de cochino” en el abdomen
Colocación del catéter en el quirófano
Esperanza de vida (más de 8 años)
Tiempo de hospitalización (si se dializa en casa muy poco)
Costos, muy bajos
Contaminación baja
Menos anemia con la eritropoyetina

Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente del HGA

Catéter blando, flexible, Tenckhoff o “cola de cochino” en el abdomen
Colocación del catéter en quirófano
Esperanza de Vida (aproximadamente 2 años)
Tiempo de hospitalización (cada semana 2 días, de por vida)
Costos, altos: bolsas de diálisis, medicamentos, hospitalización, estudios
Asesoramiento por parte del Servicio de Dietología
Calidad de vida del paciente
Complicaciones (infecciones, movimiento del catéter, recolocación)
Cumplimiento de la dieta
Monitoreo de sustancias en sangre
Baja del programa por incumplimiento

No tratamiento, el paciente tiene DERECHO a no aceptar tratamiento



HOJA DE DATOS PERSONALES

Diseñada por Lic. Jennifer Aguirre
Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente
MEDICINA CONDUCTUAL

HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN "HERREJÓN-CHRYSLER"

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Talla: _____ Peso: _____ Escolaridad _____

Estado Civil: _____ Religión: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico(s) (Dx): _____

Fecha del Dx. De Diabetes mellitus tipo 2: _____

Fecha de Dx. De Hipertensión Arterial: _____

Fecha del Dx de Insuficiencia Renal Crónica: _____

Familiograma: (Usar el siguiente espacio para trazar familiograma)

Cuidador(a) primario(a)

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Parentesco: _____ Otro: _____



CUESTIONARIO ESTRUCTURADO BREVE DE ESTILOS DE VIDA ESPECÍFICOS

Diseñada por Lic. Jennifer Aguirre
CUIDADOR PRIMARIO

Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente
MEDICINA CONDUCTUAL
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN "HERREJÓN-CHRYSLER"

Nombre: _____ Edad: ____ Sexo: ____ Fecha: _____

A continuación se le pide anotar información sobre su paciente, se le pide también que sea lo más honesto(a) posible ya que ésta ayudará a que el paciente tenga un mejor manejo de su enfermedad. Gracias.

Dieta.

1. ¿Me puede decir por favor en un día normal qué es lo que come su paciente y en qué cantidad en él]

a) Desayuno

b) Comida

c) Cena

d) Entre comidas:

2. ¿Su paciente evita come algún alimento? ¿Cuál o cuáles?

3. ¿Su paciente lleva algún tipo de dieta? Descríbala

¿la cumple al pie de la letra? (si) (no)

4. ¿En qué consiste la dieta para diabético de su familiar?

5. ¿Su familiar come alimentos con azúcar? (si) (no) ¿come alimentos con sal?

(si) (no)

Medicamentos

6. ¿Cuál es el nombre del medicamento que usa su paciente para controlar su Diabetes?



7. ¿Cómo los toma o los tomaba?
8. ¿Alguna vez ha olvidado tomarlos o ha tomado otra cantidad?
9. ¿Desde hace cuánto tiempo los toma?
10. ¿Cuál es el nombre del medicamento para controlar su hipertensión?
11. ¿Cómo los toma o los tomaba?
12. ¿Alguna vez ha olvidado tomarlos o ha tomado otra cantidad?
13. ¿Desde hace cuánto tiempo los toma?

Ejercicio

14. ¿Su paciente realiza algún tipo de Actividad física que durante 30 minutos continuos?. ¿Qué actividad realiza, cuántas veces a la semana y durante cuánto tiempo, desde cuándo?

Hábitos higiénicos

15. ¿Cada cuánto se baña su paciente? , (si no lo hace diario: ¿por qué razón?)
16. ¿Cada cuánto se cambia de ropa interior por ropa limpia?, ¿y la exterior?
17. ¿Cada cuánto tiempo es aseada su casa?

¿ y su baño?

18. ¿Cada cuánto tiempo cambia las sábanas de su cama por otras limpias?, ¿y sus cobijas por otras limpias?
19. ¿Cada cuánto se lava los dientes su paciente?, ¿y las manos?

Citas médicas

20. ¿Cada cuánto tiempo va al médico su paciente?
21. ¿Cuándo el médico le hace una cita a su paciente, él o ella asiste a su cita?
22. ¿Cada cuánto tiempo se checaba su azúcar su paciente? ¿y su presión?



Condición de vivienda

23. Material de la casa de su paciente: Piso: _____,
paredes: _____, techo: _____-baño: _____ ¿tiene
regadera? (si) (no), tiene taza (si) (no).

24. ¿Cuántos cuartos tiene su casa?

25. ¿Cuántas recámaras?

26. ¿Cuántas personas viven con su paciente?

27. ¿Con cuántas personas duerme en el mismo cuarto con su paciente?

28. ¿Con cuántas personas duerme el paciente en la misma cama?

29. ¿Tiene mascotas o animales en casa? ¿Cuántas?



CUESTIONARIO ESTRUCTURADO BREVE DE ESTILOS DE VIDA ESPECÍFICOS

Diseñada por Lic. Jennifer Aguirre
PACIENTE

Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente
MEDICINA CONDUCTUAL
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN "HERREJÓN-CHRYSLER"

Nombre: _____ Edad: ____ Sexo: ____ Fecha: _____

A continuación se le pide anotar información sobre su paciente, se le pide también que sea lo más honesto(a) posible ya que ésta ayudará a que el paciente tenga un mejor manejo de su enfermedad. Gracias.

Dieta.

1. ¿Me puede decir por favor en un día normal qué es lo que come y en qué cantidad?
 - a) Desayuno
 - b) Comida
 - c) Cena
 - d) Entre comidas:

2. ¿Evita come algún alimento? ¿Cuál o cuáles?

3. ¿Lleva usted algún tipo de dieta? Describala

¿La cumple al pie de la letra? (si) (no)

4. ¿En qué consiste la dieta para diabético que lleva?

5. ¿Come alimentos con azúcar? (si) (no) ¿come alimentos con sal? (si) (no)

Medicamentos

6. ¿Cuál es el nombre del medicamento que usa para controlar su Diabetes?



7. ¿Cómo los toma o los tomaba?
8. ¿Alguna vez ha olvidado tomarlos o ha tomado otra cantidad?
9. ¿Desde hace cuánto tiempo los toma?
10. ¿Cuál es el nombre del medicamento para controlar su hipertensión?
11. ¿Cómo los toma o los tomaba?
12. ¿Alguna vez ha olvidado tomarlos o ha tomado otra cantidad?
13. ¿Desde hace cuánto tiempo los toma?

Ejercicio

14. ¿Usted realiza algún tipo de Actividad física que durante 30 minutos continuos?. ¿Qué actividad realiza, cuántas veces a la semana y durante cuánto tiempo, desde cuándo?

Hábitos higiénicos

15. ¿Cada cuándo se baña? , (si no lo hace diario: ¿por qué razón?)
16. ¿Cada cuánto se cambia de ropa interior por ropa limpia?, ¿y la exterior?
17. ¿Cada cuánto tiempo es aseada su casa?

¿ y su baño?

18. ¿Cada cuánto tiempo cambia las sábanas de su cama por otras limpias?, ¿y sus cobijas por otras limpias?
19. ¿Cada cuándo se lava los dientes?, ¿y las manos?

Citas médicas

20. ¿Cada cuánto tiempo va al médico?
21. ¿Cuándo el médico le hace una cita asiste a ella?
22. ¿Cada cuánto tiempo se checaba su azúcar? ¿y su presión?



Condición de vivienda

23. Material de su casa: Piso: _____, paredes: _____,
techo: _____ -baño: _____ ¿tiene regadera? (si) (no), tiene
taza (si) (no).

24. ¿Cuántos cuartos tiene su casa?

25. ¿Cuántas recámaras?

26. ¿Cuántas personas viven con usted?

27. ¿Con cuántas personas duerme en el mismo cuarto?

28. ¿Con cuántas personas duerme usted en la misma cama?

29. ¿Tiene mascotas o animales en casa? ¿Cuántas(os)?



Carta Compromiso / Consentimiento informado

Atizapán de Zaragoza, Estado de México a ___ de ____, 200_.

Dra. Ma. Antonieta Calderón Márquez
Jefa de la División de Medicina Interna
Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN

Estimados señores: La presente carta compromiso, describe las cinco conductas a las que Yo _____, con número de expediente _____ y mi familia nos comprometemos a realizar para poder ingresar al Programa de Diálisis Peritoneal de este Hospital.

Las conductas de autocontrol son:

- a) Asistencia puntual a las citas según las programe el área de enfermería o el médico correspondiente (cada 8 días) a la hora señalada.
- b) Reducción en la ingesta de líquidos a menos de un litro al día, seguir la alimentación renal, conforme a lo indicado por el Servicio de Dietología
- c) Compra de los medicamentos y su consumo de acuerdo con el horario establecido por el médico
- d) Compra de bolsas de diálisis cuando el hospital no pueda donármelas
- e) Limpieza e higiene, conductas que consisten en baño diario, cambio de ropa interior y exterior, limpieza del ambiente, y permanecer lejos de cualquier animal.

Acepto que tanto Yo, como mi familia, hemos recibido información sobre la Insuficiencia Renal, las opciones de tratamiento, los cuidados necesarios y aceptamos que en caso de que no cumplamos con las conductas anteriores seremos dados de BAJA del programa. Estamos de acuerdo en que una psicóloga asista nuestras visitas proporcionando información sobre la enfermedad, y apoyo emocional.

Atentamente,



Ejemplo de Nota clínica, para pacientes aceptados en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente.

Aceptado

- S. El paciente refiere sentirse _____ (bien, no procede pues está inconsciente, Molesto, etc.)
- O. El paciente está orientado, es congruente y cooperador con la entrevista, está acompañado por su familia.
- A. Se interviene con el paciente para conocer la decisión que tanto él como su familia han tomado con respecto a su ingreso al programa de Diálisis Peritoneal Intermitente de este Hospital. Con anterioridad a la familia y al paciente se les explicó en qué consiste la Insuficiencia Renal Crónica, las opciones de tratamiento que existen (DPI, DPA, Transplante Renal, Hemodiálisis y No tratamiento) así como el programa que ofrece este Hospital. La familia conoció las ventajas y desventajas de cada una de estas opciones y fue informada a detalle de las conductas necesarias para ingresar al programa de este Hospital (asistencia puntual a las citas, alimentación renal, reducción en la ingesta de líquidos, compra de bolsas, limpieza del catéter, de la vivienda). También se le informó a la familia y al paciente de las complicaciones más comunes de este padecimiento (anemia, peritonitis, descontrol de la presión arterial, hinchazón) y se les explicó aquellas complicaciones que ellos pueden tratar de prevenir. La familia se mostró interesada en la intervención haciendo comentarios y planteando sus dudas, y aunque refieren contar con muy pocos recursos económicos para poder asistir semanalmente al programa, refieren que sus condiciones de vivienda son aptas para el manejo del catéter / o se comprometen a cambiar aquellas que impedirían el éxito del tratamiento, como tener animales, mejorar la limpieza de su casa, bañarse diariamente etc.

La familia de este paciente ha mostrado apoyo hacia él, y sabe la responsabilidad que implica ingresar al programa. Hasta el momento tomando en cuenta la información recabada en el proceso de evaluación, se decide que el paciente SI ingresará al programa de DPI. Se le informó a la familia y al paciente que en caso de incumplimiento de alguna conducta podrá ser dado de baja del programa.

- P. Cita en 8 días para comenzar con el entrenamiento en autocontrol, se entregan autorregistros.

Psic. Areli Fernández Uribe PB Psic. Carolina Santillán Torres Torija R2MC



Nota clínica, para pacientes rechazados en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente.

- S. El paciente refiere sentirse _____ (bien, no procede pues está inconsciente, Molesto, etc.)
- O. El paciente está orientado, es congruente y cooperador con la entrevista, está acompañado por su familia.
- A. Se interviene con el paciente para conocer la decisión que tanto él como su familia han tomado con respecto a su ingreso al programa de Diálisis Peritoneal Intermitente de este Hospital. Con anterioridad a la familia y al paciente se les explicó en qué consiste la Insuficiencia Renal Crónica, las opciones de tratamiento que existen (DPI, DPA, Transplante Renal, Hemodiálisis y No tratamiento) así como el programa que ofrece este Hospital. La familia conoció las ventajas y desventajas de cada una de estas opciones y fue informada a detalle de las conductas necesarias para ingresar al programa de este Hospital (asistencia puntual a las citas, alimentación renal, reducción en la ingesta de líquidos, compra de bolsas, limpieza del catéter, de la vivienda). También se le informó a la familia y al paciente de las complicaciones más comunes de este padecimiento (anemia, peritonitis, descontrol de la presión arterial, hinchazón) y se les explicó aquellas complicaciones que ellos pueden tratar de prevenir. La familia se mostró interesada en la intervención haciendo comentarios planteando sus dudas, sin embargo, (tomar alguna opción)
- a) refieren contar con muy pocos recursos económicos para poder asistir semanalmente al programa.
 - b) el paciente ha preferido no aceptar el tratamiento.
 - c) Sus condiciones de vivienda no son aptas para el manejo del catéter (tienen muchos animales, su piso es de tierra, no se bañan diariamente, no tienen regadera)
 - d) Están buscando la opción de que el paciente sea atendido en otra institución.
 - e) Quieren tomar más tiempo para tomar la decisión

Tanto el paciente como sus familiares conocen que aunque muy probablemente esta enfermedad lo llevará a la muerte en el mediano plazo, el paciente necesitará pronto este tratamiento, por lo cual se les explica la importancia de reflexionar sobre su decisión, o pedir ayuda a otros familiares. Hasta el momento tomando en cuenta la información recabada en el proceso de evaluación, se decide que el paciente NO ingresará al programa de DPI por el momento.

- P. Cita en caso de la familia quiera reconsiderar el ingreso del paciente al programa, o las condiciones de vivienda, hayan cambiado.

Psic. Areli Fernández Uribe PB Psic. Carolina Santillán Torres Torija R2MC

Mi Manual de Autocontrol Para el Programa de Diálisis Peritoneal



Hospital General de Atizapán
Dr. Salvador Herrejón
González
Daimler - Chrysler



Nombre: _____

¡Bienvenido al Programa de Diálisis Peritoneal del Hospital de Atizapán!

Como usted sabe, para ser parte de este programa el paciente debe de contar con algunas condiciones específicas para poder llevar a cabo el tratamiento con éxito y tener una mejor calidad de vida. Usted fue evaluado, y ahora forma parte de este programa.

El Área de Medicina Conductual de este Hospital ha preparado este manual que es suyo, y le será útil para conocer el padecimiento de la Insuficiencia Renal Crónica y le enseñará técnicas para controlar por usted mismo las 5 conductas que son indispensables que a partir de hoy cambie:

- a) reducción en la ingesta de líquidos
- b) alimentación adecuada
- c) limpieza e higiene de su catéter y su ambiente
- d) toma de medicamentos
- e) compra de bolsas



El manual está estructurado para que en cada hospitalización se revise un capítulo, así que no se preocupe, poco a poco irá adquiriendo las habilidades necesarias para cambiar las conductas antes mencionadas.

El que usted esté leyendo este manual indica que usted está interesado en su salud, así que adelante, y comencemos.

Índice

¿Qué es la insuficiencia renal?

5 Conductas de Auto control

Alimentación adecuada

Ingesta de líquidos

Higiene

Toma de medicamentos

Compra de bolsas

Cómo manejar mis emociones

Complicaciones

Auto registros

¿Qué es la insuficiencia renal?

Para poder llevar un buen autocontrol de su enfermedad, es necesario contar con ciertos conocimientos sobre la misma. Esta parte del manual está dedicada a darle información.

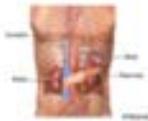
Se comenzará por exponer de manera general qué hacen los riñones en su cuerpo, para después comprender qué sucede cuando fallan.

En este momento, ¿usted qué sabe de la Insuficiencia Renal?

¿Para qué sirven los riñones?

Normalmente las personas nacen con dos riñones. Los riñones son órganos con forma de frijol del tamaño de su puño. Los riñones sanos limpian la sangre filtrando los desechos del producto de la desintegración de la comida, la actividad muscular normal, el exceso de agua y otros químicos como el sodio, potasio, fósforo y el calcio.

También producen hormonas que contribuyen a la fuerza de los huesos y producir glóbulos rojos, y regular la presión sanguínea.



Capítulo 1 ¿Qué es la insuficiencia renal?

¿Qué es la insuficiencia renal?

La insuficiencia renal crónica (IRC), aparece como resultado de la destrucción progresiva e irreversible de las nefronas. (Células de los riñones).

Las causas más comunes de esta destrucción son la diabetes, y la hipertensión, pero se puede deber a otras causas como daños en el propio riñón (glomerulonefritis, enfermedades hereditarias malformaciones, lupus, obstrucciones e infecciones urinarias constantes). Cuando se diagnostica la IRC implica que ya ha habido síntomas dentro de los últimos 3 a 6 meses. Generalmente la falla renal toma algunos años.

¿Usted sabe qué causó su IRC? _____

Capítulo 1 ¿Qué es la insuficiencia renal?

¿Qué es la insuficiencia renal?

La insuficiencia renal crónica (IRC), aparece como resultado de la destrucción progresiva e irreversible de las nefronas. (Células de los riñones).

Las causas más comunes de esta destrucción son la diabetes, y la hipertensión, pero se puede deber a otras causas como daños en el propio riñón (glomerulonefritis, enfermedades hereditarias malformaciones, lupus, obstrucciones e infecciones urinarias constantes). Cuando se diagnostica la IRC implica que ya ha habido síntomas dentro de los últimos 3 a 6 meses. Generalmente la falla renal toma algunos años.

¿Usted sabe qué causó su IRC? _____

Capítulo 1 ¿Qué es la insuficiencia renal?

Síntomas de la IRC

Ahora se expondrán los síntomas de la Insuficiencia Renal Crónica, por favor marque una X en aquellos síntomas que usted haya tenido.

- Presión Alta
- Estar inconsciente
- Dolor en los huesos
- Alteraciones inmunológicas
- Nauseas, dificultad para retener el alimento, vómito
- Diarrea
- Comazón en la piel
- Calambres o hormigueos en las piernas
- Sentirse mareado, débil
- Anemia
- Ressequedad en la piel
- Hinchazón

•Usted pudo haber tenido alguno de estos síntomas, no es necesario tenerlos todos para estar seguros que se trata de una IRC.

Capítulo 1 ¿Qué es la insuficiencia renal?

¿Qué es la Diálisis?



Cuando fallan ambos riñones, el cuerpo retiene líquido. La presión sanguínea sube. Se acumulan desechos nocivos en el cuerpo. El cuerpo no produce suficientes glóbulos rojos. Si esto sucede, es necesario recurrir a tratamiento para sustituir el trabajo que los riñones ya no pueden cumplir. La Diálisis consiste en introducir al abdomen a través de un catéter una solución especial, que absorbe los desechos, sustancias químicas y el exceso de agua de su flujo sanguíneo utilizando una membrana llamada peritoneo.

Capítulo 2 Alimentación adecuada

Cinco conductas de autocontrol

A través de este manual usted aprenderá que el tratamiento de la IRC será más exitoso si usted cumple con las cinco conductas de autocontrol:



Cada conducta es igualmente importante. Usted puede lograr cambiarlas con ayuda de este manual y de lo comentado en las sesiones. Los cambios que usted realice tendrán un efecto directo en su calidad de vida.

Alimentación adecuada

La primer conducta de la que hablaremos es la alimentación

¿Conoce la pirámide Nutricional?

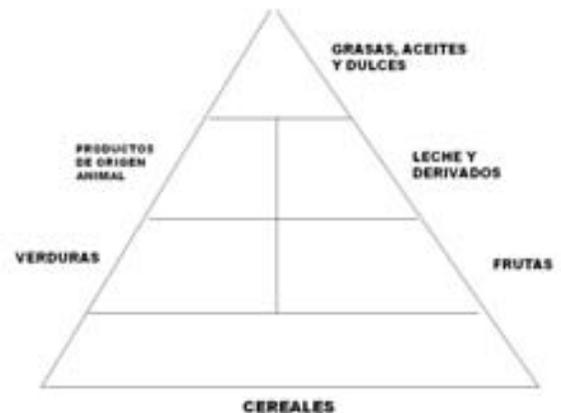


Como puede ver, los alimentos están divididos en seis grupos. Para estar nutridos, todos los días debemos consumir las porciones indicadas en la pirámide. ¿Usted lo hace?

Capítulo 2 Alimentación adecuada

Ejercicio sobre tu alimentación

Recuerde qué comió el día de ayer y escriba cada alimento en el grupo correspondiente.



Capítulo 2 Alimentación adecuada

Cuidados especiales en su alimentación

Es importante que cuide su alimentación para poder reducir los productos desecho que se acumulan en su cuerpo.

Hay dos minerales de los que debe de cuidarse: el Potasio y el Fósforo.

El consumo excesivo del potasio puede ser nocivo para su corazón, por lo que debe reducir el consumo de plátanos, aguacates, kiwis, peras, naranjas, melones y frutas secas.

El consumo excesivo de fósforo produce que éste absorba el calcio de sus huesos, lo cual los debilitará y puede producir fracturas. El exceso de fósforo produce comezón en la piel. Los alimentos ricos en fósforo son leche, queso, frijoles, refrescos, nueces, y crema de cacahuete.

Por otro lado es importante que consuma proteínas de alta calidad que le ayudarán a mantener sus músculos y a reparar sus tejidos. Ejemplos de proteínas de alta calidad son: carne, pescado, aves de corral y huevos (especialmente las claras).

Por último le hablaremos de la sal. Si la consume en exceso tendrá sed y que tome más líquidos, y en consecuencia que suba su presión arterial, así que su alimentación deberá estar libre de sal.

Capítulo 2. Alimentación Adecuada

Limpieza e Higiene

Como usted ha visto en las ilustraciones el cateter que tiene en su abdomen puede estar expuesto a muchas sustancias contaminantes, por lo que es necesario evitar que se contamine.

Cuando el cateter se contamina por el polvo, microorganismos, o cualquier sustancia en el aire, usted puede contraer peritonitis, por lo cual es importante realice las siguientes conductas:

Baño Diario.

Limpieza del cateter con agua, jabón e Isodine.

Cubrir el cateter con una gasa.

Mantener su vivienda limpia, especialmente el baño.

Cambio de ropa interior y exterior diario.

Lavar su ropa de cama cada tercer día

Lavar sus cobertores cada semana.

No tener animales en su casa.

Capítulo 3. Limpieza e Higiene

Estrategias de autocontrol para la limpieza e higiene

Algunas estrategias que pueden ayudarle a mantener la limpieza de su cateter y su casa son las siguientes:

Hable con su familia, o amigos y pídale que le ayuden a barrer y trapear su casa. Busque quién puede hacerse cargo de sus animales.

Si hace mucho frío, báñese a medio día.

Si duerme acompañado, pídale a su compañero(a) que mantenga los mismos cuidados en su higiene.

¿Qué otras estrategias ha pensado que podrían ser útiles?

Capítulo 3. Limpieza e Higiene

Toma de medicamentos

Puede ser que en el pasado usted haya tomado medicamentos de manera constante, para su enfermedad, pero también puede ocurrir que a partir de ahora deberá tomar medicamentos todos los días y en diferentes horarios.

Es muy importante que cumpla al pie de la letra las dosis que le indiquen, pues esto prevendrá complicaciones como que suba su presión arterial, que se descalcifiquen sus huesos, entre otras.

Si usted puede hacerse cargo de la toma de medicamentos, puede aplicar algunas estrategias para que sea más fácil. Si necesita ayuda, estas estrategias le serán útiles a las personas que lo cuidan.

Capítulo 4. Toma de Medicamentos

Ingesta de líquidos

Para evitar hincharse y subir de peso a partir de ahora disminuirá la cantidad de líquidos que consume. Esto ayudará para que su presión arterial se mantenga estable y su corazón no trabaje tan duro.

Su peso ideal es el que tiene después de dializarse, es importante que lo conozca.

Los líquidos se encuentran en la sopa, las bebidas, las gelatinas. Algunas frutas y verduras tienen mucho agua por lo que deberá ser cuidadoso al ingerirlas.

La cantidad de líquidos totales que puede consumir al día es _____.

¿Cuál es su peso después de dializarse?
_____ kg



Capítulo 3 Ingesta de líquidos

¿Qué puedo hacer para tomar menos líquidos?

Algunas estrategias de autocontrol que usted puede utilizar cuando tenga mucha sed son las siguientes:

- Detención del pensamiento
- Tomar agua en recipientes pequeños
- Humedecerse la boca o la cara
- Ir a un lugar fresco
- Usar ropa más ligera

Ejercicio

Anote la cantidad de líquidos que tomó el día de ayer:

8 am _____	3 pm _____
9 am _____	4 pm _____
10 am _____	5 pm _____
11 am _____	6 pm _____
12 am _____	7 pm _____
1 Pm _____	8 pm _____
2 Pm _____	9 pm _____

Capítulo 3 Ingesta de líquidos

Compra de bolsas

Usted sabe que una parte fundamental del tratamiento de diálisis es la solución que se utiliza. En algunas ocasiones el hospital le dona estas bolsas a los pacientes, sin embargo en otras ocasiones usted deberá adquirirlas.

Para adquirir estas bolsas usted podrá hacer lo siguiente:

Conocer qué precios manejan las diferentes farmacias o laboratorios.

Tener a la mano los números telefónicos de estos lugares para cuando requiera comprarlas saber si las tienen disponibles.

Tener en su casa un número suficiente de cajas en caso de que el hospital no se la done.

¿Qué puede usted hacer si no cuenta con recursos económicos para comprar las bolsas? _____

Capítulo 4 Compra de bolsas

¿Cómo funciona la conducta?

Para que pueda manejar de una manera más efectiva todo lo que siente, a continuación se explica cómo funciona la conducta. Para comenzar debe identificar los siguientes cuatro elementos:

Evento

Emoción

Pensamiento

Conducta

Capítulo 7 Mis emociones y la influencia social

¿Qué es un Evento?

Un evento es algún suceso en el ambiente. Por ejemplo, el día que le dijeron que padece insuficiencia renal.

Dr. Perez, hemos hecho todos los estudios necesarios y nos hemos dado cuenta de que sus riñones ya no funcionan y hay que hacer algo



Capítulo 7. Mis emociones y la insuficiencia renal

¿Qué es una Emoción?

Una emoción es cambio en el estado de ánimo. Existen muchas emociones, como el miedo, la alegría, la tristeza, el entusiasmo, el enojo, entre otras. Por ejemplo, el día que le dijeron que padece insuficiencia renal, la persona sintió enojo.



Capítulo 7. Mis emociones y la insuficiencia renal

¿Cómo se relacionan los pensamientos?

Ante todos los eventos las personas hacemos una evaluación de la situación, en forma de pensamiento. Estos pensamientos son rápidos y a veces no nos damos cuenta. Por ejemplo, la persona a la que le diagnosticaron insuficiencia renal crónica sintió enojo y pensó lo siguiente sobre lo que estaba pasando:

¡Es injusto que sto me suceda!
¿Por qué a mi?

Capítulo 7. Mis emociones y la insuficiencia renal

¿Qué es una Conducta?

Una conducta es cualquier acción que realizamos los seres humanos en respuesta a un estímulo. Por ejemplo la persona a la que le diagnosticaron insuficiencia renal crónica sintió enojo, pensó "¡Es injusto!", "¿Por qué a mi?" y respondió gritando, golpeando la almohada y apretando sus músculos.



Capítulo 7. Mis emociones y la insuficiencia renal

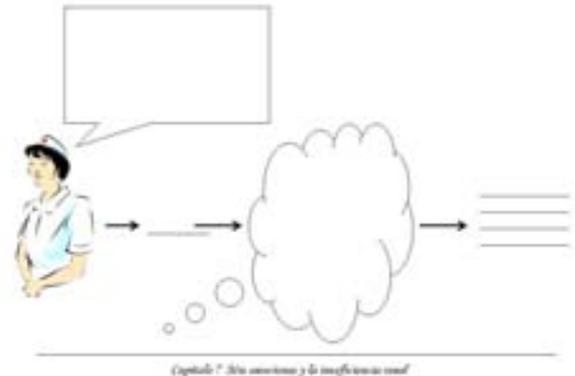
La relación entre Evento, Emoción, Pensamiento y Conducta

Como ha visto, la manera en cómo interpretamos un evento tiene que ver con lo que hacemos, ¿qué hubiera pasado si esa misma persona hubiera interpretado los hechos de forma distinta?



Ejercicio

Ahora, usted escriba qué pasó, cómo se sintió, qué pensó y qué hizo cuando le informaron que padece insuficiencia renal crónica.



¿Qué debo recordar?

Esto que ha aprendido sobre cómo se relacionan las conductas, las emociones y los pensamientos con las situaciones que vive, le ayudará a entender todos los cambios emocionales que ha tenido y tendrá a lo largo de tu enfermedad.

Posteriormente en este manual aprenderá cómo manejar algunas situaciones específicas como el enojo, la tristeza, el coraje entre otras. Por el momento, cada vez que viva una situación y sienta una emoción trate de identificar los pensamientos que siguen a esta emoción, y finalmente cómo se comporta cuando se siente de ese modo, y anótelos en el siguiente cuadro.

Ejercicio

Evento o situación	Emoción	Pensamiento	Conducta

Estrategias para manejar mis emociones

A continuación se le sugerirán algunas estrategias para entender su estado de ánimo y cambiarlo cuando éste sea inconveniente.

1. Identificar qué sentimientos, y pensamientos está influyendo en nuestro estado de ánimo.
2. Recoger pruebas, a favor o en contra de esos pensamientos.
3. Elaborar experimentos personales para poner a prueba sus pensamientos.
4. Sustituir sus pensamientos irracionales por otros más objetivos
5. Realizar ejercicios de detención del pensamiento, relajación, o distracción.

Capítulo 7. Su ansiedad y la infección renal

Anemia

La anemia se produce cuando hay escasez de glóbulos rojos. Los glóbulos rojos llevan oxígeno de sus pulmones a todos sus órganos y tejidos proporcionando energía para sus actividades diarias.

Los riñones cuando están enfermos ya no producen de manera suficiente una hormona llamada eritropoyetina. Esta hormona le indica a su médula que produzca más glóbulos rojos.

Para saber si padece anemia debe conocer sus niveles de hemoglobina y de hematocrito.

Para tratar su anemia puede que le receten suplementos de hierro, vitamina B12, ácido fólico. Probablemente necesite transfusiones de sangre y si es posible inyecciones de una hormona muy parecida a la eritropoyetina.

Capítulo 3. Complicaciones

Complicaciones

Este capítulo hablará de aquellas complicaciones que pueden suceder durante su tratamiento.

La prevención de algunas de ellas está en sus manos, sin embargo hay algunas complicaciones que usted no podrá prevenir, entre las complicaciones más importantes se encuentran las siguientes:

- Anemia
- Descontrol de la Arterial
- Peritonitis
- Recolocación de Cateter

Capítulo 3. Complicaciones

Estrategias de autocontrol para prevenir la anemia

Algunas de las conductas que puede realizar para prevenir la anemia son las siguientes:

- Tomar alimentos ricos en hierro, ácido fólico y vitamina B12
- Tomar sus medicamentos en forma constante
- Utilizar una hormona similar a la eritropoyetina.
- Transfundirse sangre cuando lo requiera

- * Recuerde que estas indicaciones deberá de consultarlas con su médico

Capítulo 3. Complicaciones



INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA: _____

LISTADO DE ÍTEMS

Señale a la izquierda de cada número según estas escalas:

- (0) En absoluto.
- (1) Levemente, no me molesta mucho.
- (2) Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo.
- (3) Severamente, casi no pude soportarlo. ,

	(0)	(1)	(2)	(3)
1. Hormigueo o entumecimiento.				
2. Sensación de calor.				
3. Temblor de piernas.				
4. Incapacidad de relajarse.				
5. Miedo a que suceda lo peor.				
6. Mareo o aturdimiento.				
7. Palpitaciones o taquicardia.				
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física.				
9. Terrores.				
10. Nerviosismo.				
11. Sensación de ahogo.				
12. Temblores de manos.				
13. Temblor generalizado o estremecimiento.				
14. Miedo a perder el control.				
15. Dificultad para respirar.				
16. Miedo a morir.				
17. Sobresaltos.				
18. Molestias digestivas o abdominales.				
19. Palidez.				
20. Rubor facial.				
21. Sudoración (no debida al calor).				



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA: _____

Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.



Me siento culpable todo el tiempo.

6)

No siento que esté siendo castigado.

Siento que puedo estar siendo castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7)

No me siento decepcionado en mí mismo.

Estoy decepcionado conmigo.

Estoy harto de mi mismo.

Me odio a mi mismo.

8)

No me siento peor que otros.

Me critico por mis debilidades o errores.

Me culpo todo el tiempo por mis faltas.

Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

No tengo ninguna idea de matarme.

Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.

Me gustaría matarme.

Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

No lloro más de lo habitual.

Lloro más que antes.

Ahora lloro todo el tiempo.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

No me irrito más ahora que antes.

Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.

Me siento irritado todo el tiempo.

No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.



12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)



- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.



**HOSPITAL GENERAL DE TAIZAPÁN
DIVISIÓN DE MEDICINA INTERNA
SERVICIO DE MEDICINA CONDUCTUAL**

Nombre: _____ Fecha: _____

CONOCIMIENTOS SOBRE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Responda a esta prueba con falso o verdadero:	Verdadero	Falso
1. La única función de sus riñones es eliminar los desechos y el exceso de líquidos de su cuerpo.		
2. Las personas que padecen de diabetes o de presión alta tienen mayor riesgo de desarrollar insuficiencia renal crónica.		
3. Las personas que sufren de insuficiencia renal crónica siempre presentan muchos síntomas.		
4. La insuficiencia renal crónica puede detectarse haciendo exámenes simples de sangre y orina.		
5. La detección temprana y el tratamiento pueden a menudo evitar que la enfermedad empeore.		
6. La presencia de proteína recurrente en la orina es una señal temprana de insuficiencia renal crónica.		
7. La anemia y la enfermedad en los huesos son complicaciones comunes de la insuficiencia renal crónica.		
8. Algunos de los síntomas de la insuficiencia renal crónica son dolor de rodillas, dolor de oídos.		
9. Cualquier persona es aceptada en el programa de diálisis de este hospital.		
10. Una parte del tratamiento son los medicamentos.		
11. La higiene no es importante para los pacientes con insuficiencia renal crónica.		
12. Los pacientes con insuficiencia renal crónica pueden comer todo lo que quieran.		
13. La diálisis no cura por completo la insuficiencia renal crónica.		
14. El catéter no se mueve, tuerce o dobla, por lo cual nunca es necesario cambiarlo.		
15. La alimentación de los pacientes con insuficiencia renal crónica tiene ciertas características.		
16. Con la diálisis los pacientes pierden cierta cantidad de proteínas.		
17. Los pacientes con insuficiencia renal crónica tienen un peso ideal cuando terminan su diálisis.		
18. No es peligroso que los pacientes con insuficiencia renal crónica se hinchen.		
19. Los pacientes con insuficiencia renal crónica deben cuidarse de ciertos minerales.		
20. Las peritonitis constantes pueden dañar de forma permanente la cavidad del paciente, incluso hasta que ya no pueda dializarse.		
21. La diálisis es la única opción de curación para los pacientes con insuficiencia renal crónica.		



Anexo 4

RECUERDA

Para evitar que tú contraigas infecciones, es necesario que sigas estas recomendaciones:

1. El sitio de salida del catéter debe ser lavado diariamente con Isodine o con jabón antibacteriano.
2. Es importante no quitar costras para evitar que esas pequeñas heridas pequeñas se infecten.
3. El sitio de salida del catéter debe permanecer seco después de limpiarlo.
4. La ropa que esté en contacto con el catéter debe estar limpia, además de usar gasa para cubrirlo.
5. El jabón y el desinfectante NO deben cambiar de su envase original.

Los Riñones

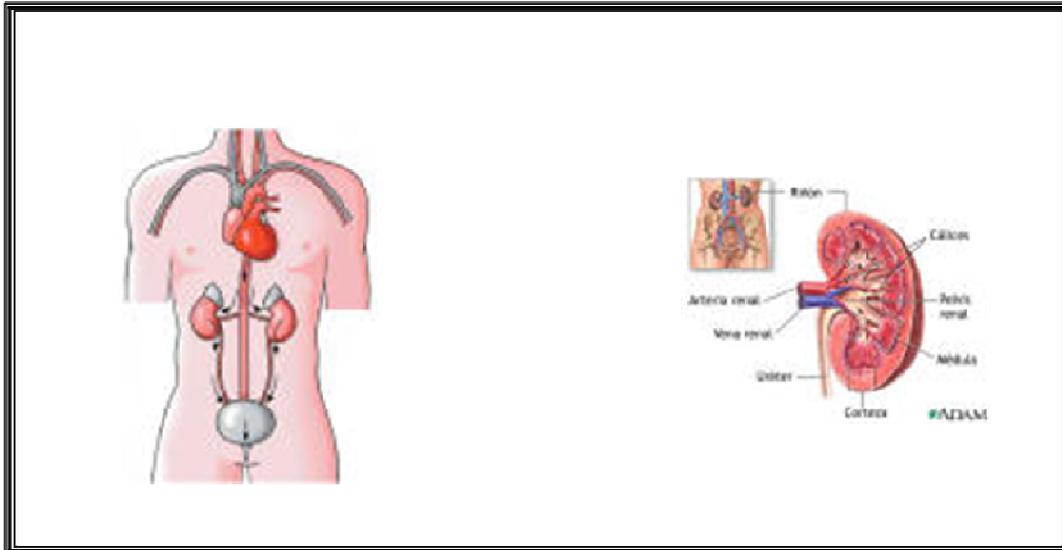


Lámina 1.

Intervención del Residente de Medicina Conductual en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a ser evaluados para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermicente (DPI) en el Hospital General de Atizapán Herrero - Chrysler. (HGA)

Opciones de Tratamiento

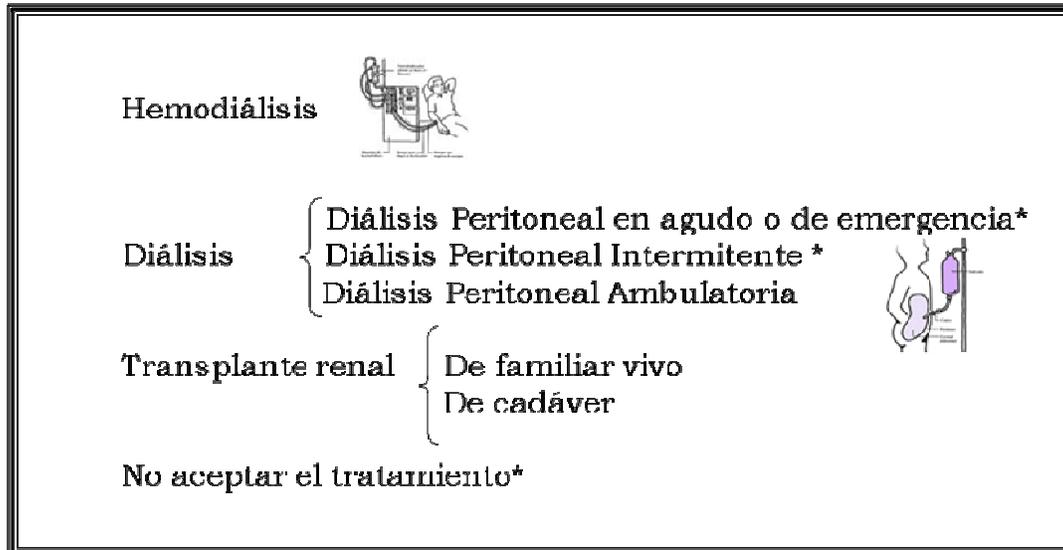


Lámina 2.

Intervención del Residente de Medicina Conductual en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a ser evaluados para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) en el Hospital General de Atizapán Herrerón - Chrysler. (HGA).

* En el HGA se realizan solo los tratamientos marcados con asterisco

¿Qué es el proceso de diálisis?

Los riñones sanos limpian la sangre filtrando los desechos del cuerpo y el exceso de agua. También producen hormonas que contribuyen a la fuerza de los huesos y a la salud de la sangre. Cuando fallan ambos riñones, el cuerpo retiene líquido. La presión sanguínea sube. Se acumulan desechos nocivos en el cuerpo. El cuerpo no produce suficientes glóbulos rojos. Cuando esto sucede, es necesario recurrir a tratamiento para sustituir el trabajo que los riñones ya no pueden cumplir.

Lámina 3.

Intervención del Residente de Medicina Conductual en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a ser evaluados para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermittente (DPI) en el Hospital General de Atlixpán Herrera - Chrysler. (HCA)

¿Qué es el proceso de diálisis?

Los riñones sanos limpian la sangre filtrando los desechos del cuerpo y el exceso de agua. También producen hormonas que contribuyen a la fuerza de los huesos y a la salud de la sangre. Cuando fallan ambos riñones, el cuerpo retiene líquido. La presión sanguínea sube. Se acumulan desechos nocivos en el cuerpo. El cuerpo no produce suficientes glóbulos rojos. Cuando esto sucede, es necesario recurrir a tratamiento para sustituir el trabajo que los riñones ya no pueden cumplir.

Lámina 3.

Intervención del Residente de Medicina Conductual en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a ser evaluados para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermittente (DPI) en el Hospital General de Atlixpán Herrera - Chrysler, (HCA)

Diálisis Peritoneal

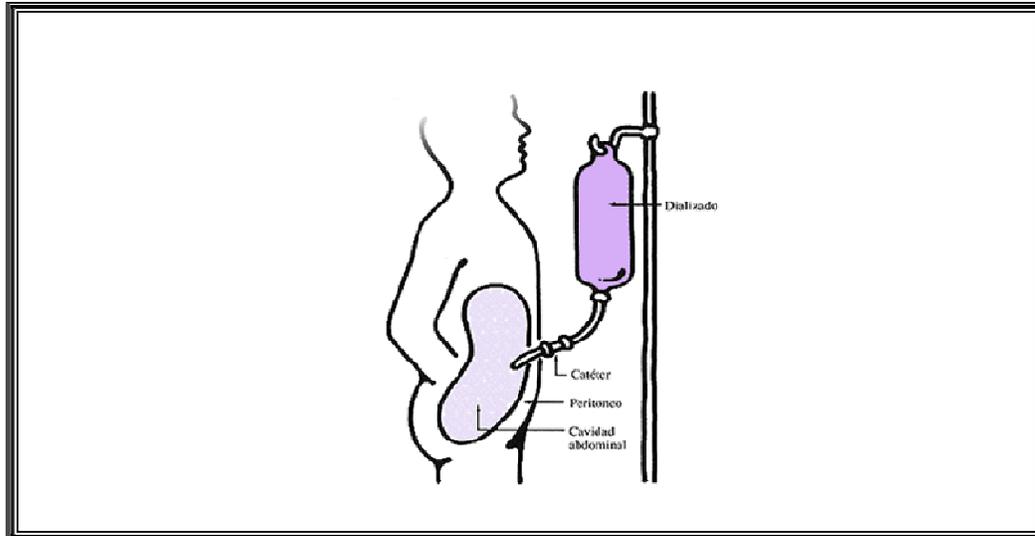


Lámina 4.
Intervención del Residente de Medicina Conductual en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a ser evaluados para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermittente (DPI) en el Hospital General de Atención Herrero - Chrysler, (HGA)

Proceso de diálisis

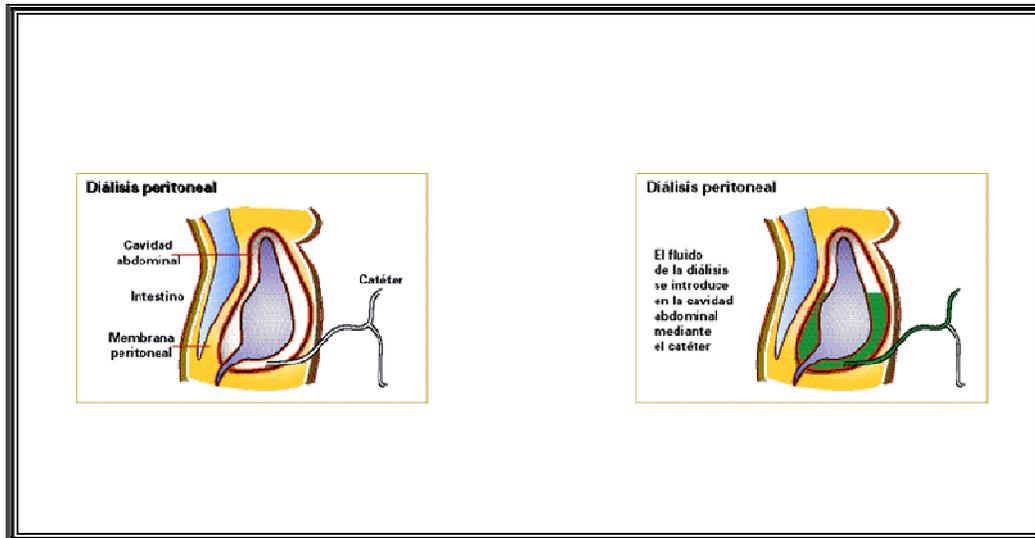


Lámina 5.
Intervención del Residente de Medicina Conductual en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a ser evaluados para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermite (DPI) en el Hospital General de Atención Herrero - Chusé, (HGA)

Proceso de diálisis

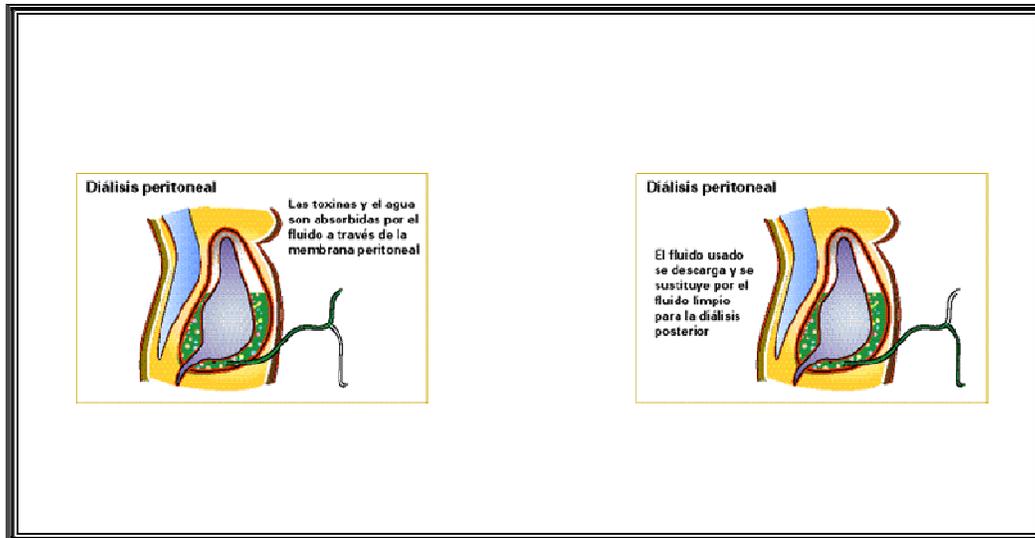


Lámina 6.
Intervención del Residente de Medicina Conductual en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a ser evaluados para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermite[n]te (DPI) en el Hospital General de Atención Herrero[n] - Chrysler, (HGA)

Catéter blando



Lámina 7.
Intervención del Residente de Medicina Conductual en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a ser evaluados para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermittente (DPI) en el Hospital General de Atlixán Herrerón - Chrysler, (HGA)

Diálisis Peritoneal Ambulatoria

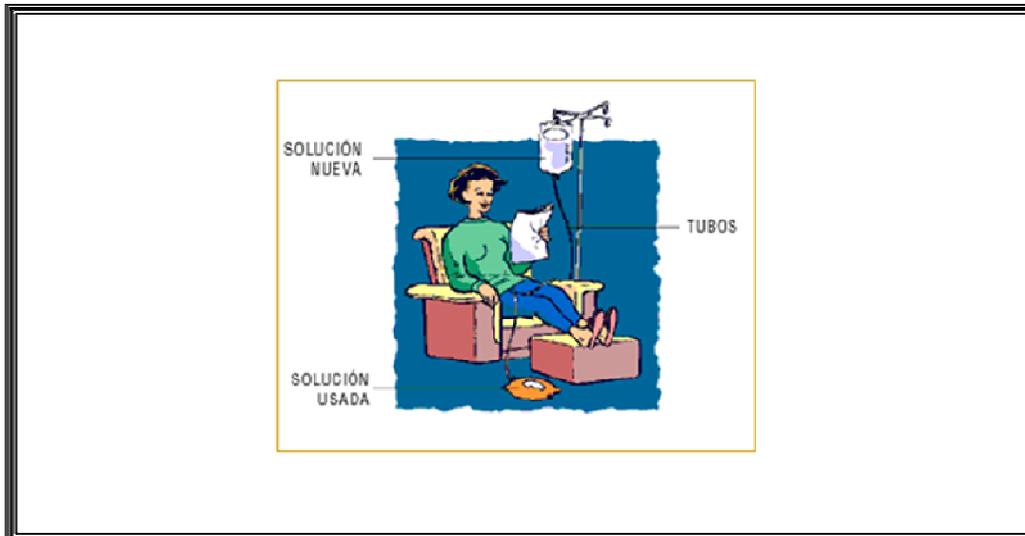


Lámina B.

Intervención del Residente de Medicina Conductual en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a sus evaluaciones para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) en el Hospital General de Atlapán Herrón, Chetumal, Yucatán.

- Asistencia puntual a las citas
- Alimentación {
 - Restricción de líquidos
 - Dieta Renal
- Medicamentos Compra y consumo
- Compra de bolsas
- Higiene y Limpieza {
 - Limpieza de catéter y del propio cuerpo
 - Limpieza de ropa interior, exterior y de cama
 - Limpieza de la vivienda

Lámina 9.
Intervención del Residente de Medicina Conductual en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, a ser evaluados para su ingreso en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) en el Hospital General de Atizapán Herrón - Chrysler, (HGA)



Anexo 6

Reporte Hospitalario

El Hospital General de Atizapán es un hospital de segundo nivel que está situado en Blvd. Adolfo López Mateos Esq. Montesol sin número, dentro del Municipio de Atizapán de Zaragoza Estado de México. La población beneficiada es de 1'104,056 habitantes, dando atención a los siguientes diez municipios: Atizapán, Nicolás Romero, Isidro Fabela, Aculco, Chapa de Mota, Timilpan, Jilotepec, Soyaniquilpan, Polotitlán, y Villa del Carbón.

La misión de este Hospital es conducir y ejecutar, con un alto sentido de equidad y justicia, las políticas de salud en el Estado de México, a efecto de proteger y preservar la salud de la población. Ser el organismo integrador de los servicios de salud en el Estado de México, que genere y facilite, con profesionalismo, excelencia y alto sentido humano, las acciones encaminadas a satisfacer las necesidades de salud de la población, bajo nuevos esquemas de financiamiento y corresponsabilidad que alienten el crecimiento armónico de los servicios y logre el reconocimiento nacional e internacional.

El Hospital cuenta con las siguientes divisiones: Consulta Externa, Ginecología, Medicina Interna, Pediatría Así mismo con los siguientes servicios urgencias: labor y expulsión, recuperación, quirófano terapia intensiva, consulta externa (Con 15 consultorios: pediatría, cirugía general, medicina interna, cirugía máxilo facial, odontología, preconsulta, planificación familiar, gineco-obstetricia, oftalmología, control del niño sano, clínica del adolescente, otorrinonaringología, salud mental, urología), hospitalización (con las áreas de: Cirugía General, Pediatría, Neonatología, Ginecología y obstetricia, Medicina Interna), Medicina Preventiva, Trabajo Social, Dietología y Central de equipos y esterilización (CEYE). así como de apoyo médico turnos: laboratorio, anatomía patológica, rayos x, ultrasonido, farmacia, ambulancia, banco de sangre

El Hospital cuenta con los siguientes servicios administrativos: jefatura de servicios generales, jefatura de recursos humanos, subdirección administrativa, informática, estadística, archivo clínico, sistemas, división de atención médica, zona secretarial informes, registros médicos, dirección, subdirección médica, jefatura de recursos materiales, división del programa de garantía de la calidad, jefatura de división de enseñanza e investigación, caja



general, contabilidad, también existen otros espacios como el comedor, la biblioteca, el cubículo y tienda de damas voluntarias, la biblioteca, y el auditorio.

La residente estuvo asignada los dos años al Piso de Medicina Interna del Hospital, cuya Jefa de la División es la Dra. Ma. Antonieta Calderón Márquez. La Residente siguió dos líneas de autoridad, por un lado las autoridades hospitalarias y por otro lado las autoridades académicas dentro de la Residencia. Por parte del hospital, la primera autoridad es el Jefe del Departamento de Enseñanza, posteriormente la Jefe de la División de Medicina Interna y por último el Supervisor In situ quien funcionaba como Jefe Inmediato.

Por parte de la Maestría la primera autoridad es el Coordinador de la Residencia en Medicina Conductual, seguido por el Tutor Académico y finalmente el Supervisor Académico. El servicio de psicología estuvo conformado de una psicóloga adscrita, Lic. Arellí Fernández Uribe, quien fungió como supervisora in situ, de las residentes de Medicina Conductual.

Las actividades de la residente estuvieron basadas en el Programa Operativo de la Maestría en Psicología con Área de Residencia en Medicina Conductual, cuyo objetivo general fue desarrollar en las alumnas las competencias necesarias en el ejercicio psicológico profesional con orientación cognitivo – conductual para detectar, evaluar y solucionar problemas mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos derivados de la Medicina Conductual en esta sede con los siguientes objetivos:

- a) Desarrollar programas de intervención individuales o grupales con los siguientes problemas: Diabetes Mellitus tipo 2, Candidatos a amputaciones o cirugía ortopédica, prótesis), Insuficiencia Renal Crónica, Pacientes quirúrgicos, para disminuir dolor y, estrés, Adolescentes como población de alto riesgo, y Niños que sufren de maltrato.
- b) Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico,
- c) Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
- d) Favorecer en los pacientes diabéticos la adherencia a la terapéutica médica
- e) Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de estrés, manejo de depresión y habilidades de afrontamiento.



Como objetivos cognoscitivos en relación al servicio:

- a) Entrenar a las residentes en el trabajo multidisciplinario en escenarios clínicos
- b) Entrenar a las residentes en las habilidades terapéuticas necesarias para el manejo de pacientes con problemas crónicos
- c) Entrenar a los residentes en la evaluación conductual y el diagnóstico.
- d) Entrenar a las residentes en el manejo de las diferentes técnicas cognitivo – conductuales
- e) Entrenar a las residentes en la elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención orientados al tratamiento de problemas psicológicos derivados del problema médico.

Las principales actividades realizadas fueron las siguientes:

Elaboración de notas clínicas (diariamente), atención a Pacientes en la Consulta Externa (dos veces por semana los martes y los jueves de 8 am a 1 pm), elaboración de nota(s) clínica(s) (diariamente)

Interconsultas: La Residente dio atención psicológica a pacientes internados en otros servicios que, a juicio del personal médico lo requirieran. Lo anterior implica: Visita al servicio, realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con base en la modalidad de intervención cognitivo - conductual, definida en el programa académico y elaboración de nota(s) clínica(s). Las residentes llevan registro del número de interconsultas proporcionadas.

Trabajo en hospitalización: Pasar visita, realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con base en la modalidad de intervención cognitivo - conductual y elaboración de notas clínicas. La residente estuvo encargada durante el tiempo que permaneció en el Hospital de desarrollar actividades de Valoración psicológica de pacientes candidatos a diálisis peritoneal, darles información sobre su enfermedad e intervenir con sus familias.

Con la supervisora in situ: La residente se reunía de forma constante con la supervisora *in situ* para desarrollar discutir diagnósticos y revisar casos clínicos.



Los martes a las 8:30 am la residente asistió a las Sesiones generales del hospital, y el 13 de enero del 2004 la residente expuso al personal del hospital el Tema Desgaste Profesional en el Equipo de salud.

Durante el primer año las cuatro residentes estuvieron encargadas de valorar a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica candidatos al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI), durante el segundo año, la residente fue la única encargada de valorar a estos pacientes.

Además de los proyectos de investigación la residente durante los dos años de rotación en el Servicio de Medicina Interna realizó intervenciones abarcando las siguientes áreas:

- 1) Atención psicológica y educación a pacientes debutantes con Hipertensión, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica.
- 2) Atención a pacientes ingresados por intento de suicidio tanto en el servicio de Urgencias como en el Piso de Medicina Interna.
- 3) Atención a pacientes en consulta externa con diversos motivos de consulta como depresión o trastornos de la ansiedad.
- 4) Atención a pacientes y/o familiares ante la muerte.

Durante los dos años de estancia en el Hospital General de Atizapán se atendieron pacientes en tres áreas: Hospitalización, Consulta Externa y Urgencias. A continuación se presenta el número de pacientes atendidos en cada área, y los motivos de consulta principales.

En el la siguiente tabla se presenta el número de pacientes atendidos y sus diagnósticos.

Tabla 1. Número de pacientes atendidos en el
Área de Hospitalización

	Padecimiento	Número de pacientes	Porcentaje
	Insuficiencia Renal Crónica	159	44.41%
	Diabetes Mellitus Tipo II	43	12.01%
	Evento Vascular Cerebral	54	15.08%
	Hipertensión Arterial	33	9.22%
	Sangrado del tubo digestivo alto	24	6.70%
	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	19	5.31%



	Intoxicación medicamentosa	9	2.23%
	Neumonía	6	1.68%
	Supresión etílica	6	1.68%
	Absceso hepático	4	1.12%
	Probable VIH	2	0.56%

Total de pacientes 358
Total de sesiones : 1,104

Durante los dos años de permanencia en el hospital se asistió a los siguientes eventos académicos:

Taller de Entrevista Motivacional en la Ciudad de San Diego, California, E.U.A., Julio 2003

Jornadas de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán, Octubre 2003

Asistencia a conferencias impartidas en la Clínica 72, IMSS organizadas por el grupo de pacientes con IRC dentro del programa de diálisis de dicha Clínica, febrero 2004

Curso Mujeres y Violencia Intrafamiliar impartido en el Hospital por IPAS, Octubre, 2003

Asistencia a las conferencias impartidas por Vicente Caballo en la Facultad de Psicología, así como en la FES Iztacala, Abril 2004

Presentación del Trabajo Programa de Autocontrol para paciente con insuficiencia Renal Crónica en el Hospital General de Atizapán en el Congreso de APIICSA que se llevó a cabo del 29 de noviembre al 3 de diciembre, 2004