



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**ADHESIÓN TERAPEUTICA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
SOMETIDOS A DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA: ESTUDIO
DE CUATRO REPLICAS CLÍNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES**

**REPORTE DE EXPERIENCIA
P R O F E S I O N A L
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
LILIA GARCIA SALAS**

**Tutor: Dr. Juan José Sánchez Sosa
Revisor: Dra. Isabel Reyes Lagunes
Dra. Dolores Mercado Corona
Dra. Laura Hernández Guzmán
Mtro. Arturo Martínez Lara**

MÉXICO, D.F.

JUNIO 2009



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.

ESTE LOGRO HOY CONQUISTADO LO DEBESCO A...

Ti corazón, por darme la gran dicha de ser tú mamá... Te AMO Mami, nunca lo olvides.

Reyna, por el apoyo siempre incondicional, a pesar de los momentos difíciles.

Nacho, por tu paciencia y fortaleza para darle una buena cara a las adversidades.

Mi otro corazoncito, Aldo, por demostrar ser un guerrero desde antes de nacer y tener siempre una hermosa sonrisa para iluminar el día más oscuro.

Rocy... porque sé que aún dentro de los desconciertos SIEMPRE estarás allí, como yo SIEMPRE estaré contigo.

!!!!!! LOS AMO!!!!!!!!!!!!

AGRADECIMIENTOS.

A la vida, por dejarme llegar a este momento, en algún instante pensado como interminable.

Gracias!!! *Caro*, por apoyarme tanto en lo personal como en lo académico, porque esto que hoy concluyo en gran parte es por tu constante motivación.

Sol, por aclarar mis dudas y tú orientación en este proceso.

Dra. Vital, por confiar en mi, demostrarme su gran calidad humana y su sencillez para enfrentar la vida.

Yolanda Calva, por tu calidez, tranquilidad y apoyo en el desarrollo de este proyecto.

Dr. Sánchez Sosa, por su disposición, orientación y tolerancia, a pesar de mis los largos y prolongados tiempos de ausencias.

Dra. Riveros, por dedicar tiempo de más, en revisar algo que directamente no le correspondía.

A TODOS los pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Juárez que me permitieron aprender de ellos y darme su confianza para desarrollar este trabajo.
MUL GRASIAS!!!!

A la UNAM, por brindarme una vez más la oportunidad de seguir creciendo profesional y personalmente dentro de sus aulas.

ÍNDICE

1	
Insuficiencia renal.....	9
2	
Medicina conductual y Calidad de vida.....	15
3	
Adhesión terapéutica.....	20
<i>Método</i>	
Objetivos.....	27
Participantes.....	27
Escenario.....	29
Diseño.....	29
Variables.....	29
Materiales.....	30
Procedimiento.....	33
Resultados.....	36
<i>Discusión</i>	48
<i>Aspectos complementarios</i>	54
<i>Referencias</i>	73

Anexos

Anexo 1: Carta de consentimiento informado.....	76
Anexo 2: Entrevista inicial.....	77
Anexo 3: Historia clínica general.....	80
Anexo 4: Evaluación nutricional.....	83
Anexo 5: Hoja de registro diario para diálisis peritoneal.....	86
Anexo 6: Escala de calidad de vida.....	87
Anexo 7: Inventario de depresión de Beck.....	93
Anexo 8: Inventario de ansiedad de Beck.....	97
Anexo 9: Dieta del paciente nefropata.....	99

Resumen

La insuficiencia renal crónica (IRC) es un padecimiento que, en nuestro país muestra incrementos importantes en incidencia (casos nuevos) anualmente. Por tratarse de un padecimiento crónico con frecuentes complicaciones agudas, los pacientes requieren de diversas opciones para el desarrollo de una adecuada adhesión al tratamiento para mejorar su calidad de vida y su ajuste a un nuevo estilo de vida demandante. El objetivo del presente estudio fue examinar los efectos de algunos procedimientos cognitivo-conductuales en pacientes con IRC, sin otro padecimiento. Se hizo énfasis en una adecuada adhesión al tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), y el mejoramiento de su calidad de vida. El trabajo se llevó a cabo en el Hospital Juárez de México, perteneciente a la Secretaría de Salud, en su Servicio de Nefrología. Se desarrolló un programa de intervención de ocho sesiones, donde se trabajaron aspectos relacionados el desarrollo de una mejor adhesión al tratamiento. De acuerdo con los criterios de inclusión se logró identificar a nueve pacientes, de los cuales cuatro concluyeron la intervención. Ésta consistió básicamente en informar a los pacientes sobre la enfermedad, su autocuidado y el papel de las variables psicológicas en aquél y en establecer destrezas de autorregulación emocional y autoeficacia conductual. Los demás pacientes, por razones diversas no atribuibles a la intervención desertaron del estudio. Se realizaron análisis pretest-postest en medidas de calidad de vida, depresión, ansiedad y adhesión terapéutica. Los datos obtenidos se analizaron tanto en sentido estadístico como desde la óptica de la mejoría clínica. Los cuatro pacientes que concluyeron la intervención mostraron cambios estadísticamente significativos en los aspectos psicológicos de la calidad de vida y en evaluación nutricional. Clínicamente se observaron cambios tanto en variables psicológicas como en medidas fisiológicas y de calidad nutricional. Sin embargo, en sentido clínico los pacientes desarrollaron estrategias eficaces para favorecer su adaptación al padecimiento y al tratamiento de DPCA. Se recomienda continuar con la evaluación de programas personalizados para pacientes con IRC en servicios con las características del presente estudio.

Descriptores: *insuficiencia renal crónica, adhesión terapéutica, calidad de vida, ansiedad, depresión*

ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) is a condition showing noticeable yearly increases in incidence (new cases) in Mexico. In view of the fact that this ailment frequently leads to acute complications, patients require diverse options for developing adequate therapeutic adherence, improving their quality of life and adjusting to a new and demanding lifestyle. The purpose of the present study was to examine the effects of a set of cognitive-behavioral interventions on CKD patients. Procedures emphasized achieving satisfactory therapeutic adherence during continuous, ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) and reasonable quality of life (QOL) as outcomes. The study was carried out at the nephrology service of the Juarez Hospital in Mexico City through an intervention program implemented along eight sessions. Nine patients, of whom four completed the treatment, met the terms of the study's inclusion criteria. The rest abandoned the study due to reasons not attributable to the intervention. The intervention consisted mainly in teaching the patients about their condition and its treatment, and establishing emotional regulatory skills and self-care behaviors. Pre-posttest statistical and clinical improvement analyses were carried on measures of QOL, depression, anxiety and treatment adherence. Results revealed that all four patients improved on psychological aspects of QOL as well as nutrition and diet components of adherence. Clinical improvement also occurred in physiological and psychological variables, as well as diet and nutrition. Patients developed strategies to adapt to the demands of the disease, especially the CAPD routines. In view of the small number of participants, further research on psychological personalized interventions for CKD should be conducted in the type of public hospital settings such as the one of this study.

Key words: *chronic kidney disease, therapeutic adherence, quality of life, anxiety, depression*

Introducción

En México, la IRC, constituye un problema de salud frecuente en la población, que genera un intenso sufrimiento y deterioro en aspectos sociales y económicos. Se estima que cada año son alrededor de 35 mil nuevos casos registrados en todo el sistema nacional de salud (Trujillo, Méndez y Sierra, 1999). A partir de 1998 el porcentaje de defunciones generales de 30 a 64 años por IRC se ha ido incrementando de 1.8 a 2.1 por ciento al año 2005 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI, 2008).

La IRC es uno de los padecimientos crónico-degenerativos que generan uno de los más altos deterioros en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares además de ser más costosos en sentido financiero. Las probabilidades de mejora son bajas debido a las características mismas del padecimiento, a las condiciones económicas de los habitantes de nuestro país, al difícil acceso sostenido a los servicios de salud, y a la falta de conocimiento de los pacientes y sus familias sobre la propia enfermedad. Adicionalmente, en la mayoría de los casos los pacientes que padecen IRC se caracterizan por tener un pobre autocontrol de sus conductas de autocuidado. Generalmente el paciente no mejora debido a un patrón de falta de conocimiento e incumplimiento de las indicaciones médicas, lo cual suele terminar en una muerte prematura.

El presente trabajo se realizó en el Servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México de septiembre de 2004 a abril de 2005, y surge por una necesidad inveterada de desarrollar en el paciente de nuevo ingreso un esquema de atención integral por el impacto que genera en su vida el diagnóstico de IRC. Se busca apoyarlos para que desarrollen una adecuada adhesión al tratamiento. El paciente que no desarrolla una adecuada adhesión al tratamiento dialítico y a las indicaciones médicas sufre un deterioro más rápido de su organismo. Es muy común que el paciente presente conductas de rechazo al tratamiento dialítico, renuencia al cumplimiento de un régimen alimenticio nuevo (por ejemplo dieta baja en sodio y potasio) y falta de higiene en el procedimiento sustitutivo de la función renal (diálisis peritoneal), entre otros. Esto llega a generar complicaciones graves como frecuentes hospitalizaciones por peritonitis o acumulación excesiva de líquido que son precursoras de deficiencias cardíacas o respiratorias y, en casos extremos, la muerte.

Con objeto de facilitar el análisis de los efectos de las intervenciones, en el presente trabajo se atendió a pacientes diagnosticados con IRC, sin otros padecimientos, ingresados por primera vez al Hospital. Una vez atendidos y estabilizados se procedió a identificar candidatos a un programa de entrenamiento para diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) dentro del Hospital.

La atención de los pacientes giró en torno a un programa de intervención cognitivo-conductual derivado de la metodología de la Medicina Conductual. Normalmente el resultado de las intervenciones mejora la calidad de vida del paciente, fomentando un esquema de salud integral.

El presente informe de Trabajo se desarrolla en tres partes, la primera incluye los antecedentes teóricos, en cuatro capítulos. La segunda describe la metodología del trabajo de intervención realizado, así como los resultados de la misma y algunas conclusiones y comentarios. La tercera y última parte está describe el trabajo realizado durante la Residencia de Medicina Conductual durante un periodo de dos años y medio, en diversas sedes asignadas para tal fin, y lleva por título *Aspectos complementarios*.

1. Insuficiencia renal

Dentro de las enfermedades denominadas crónicas, la insuficiencia renal (IR) ocupa un lugar importante. Se define como la pérdida de función de los riñones independientemente de la causa (Avendaño, 1998). La IR se clasifica en aguda, subaguda y crónica, en función de la forma de aparición (días, semanas, meses o años) y, particularmente respecto al grado de recuperación de la lesión (Levine, 1993). La IR aguda es reversible en la mayoría de los casos, la subaguda lo es en menor frecuencia, y la IR crónica (IRC) presenta un curso progresivo hacia la insuficiencia renal crónico terminal (IRCT). El cuadro clínico de la IRC se puede manifestar con síntomas como fatiga, debilidad, letargo, palidez, disnea, náusea, aliento amoniacal, disminución en la capacidad de concentración y edema, entre otros (Levine, 1993; Llanich y Valderrábano, 1990) y si no se trata suele ser mortal.

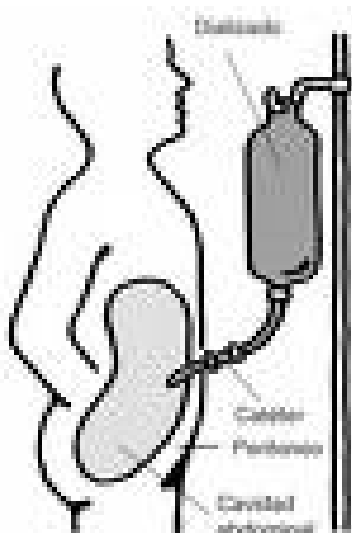
Las causas de la IRC son diversas. En la actualidad se considera que la nefropatía diabética, la nefroesclerosis debida a la hipertensión arterial, y la glomerulonefritis crónica son las causas más frecuentes. La herencia tiene un papel importante en la causa de IRC. Este padecimiento es más frecuente en hombres que en mujeres y en personas de edad adulta, ya que el riñón experimenta una disminución de su masa, de su filtrado y flujo sanguíneo en función del envejecimiento (Avendaño, 1998).

En México, la insuficiencia renal crónica terminal constituye un verdadero problema de salud pública; 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. Predomina en 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). En 2004 la IRC fue la quinta causa de muerte en personas de 15 a 24 años de edad, la novena entre personas de 25 a 44 años de edad y la octava entre personas de 45 a 64 años de edad (INEGI, 2008).

Una vez diagnosticada la IRC, lo único que se puede ofrecer al paciente es un tratamiento sustitutivo de la función renal, que puede incluir:

- **Diálisis:** La diálisis peritoneal es un procedimiento que retira el exceso de agua, desechos y sustancias tóxicas del cuerpo. Esta clase de diálisis utiliza la membrana interna que reviste al abdomen para filtrar la sangre, esta membrana se llama peritoneo y actúa de manera similar a un riñón artificial. Hay tres tipos de diálisis: diálisis peritoneal ambulatoria continua o DPCA. Es la más común, no requiere equipo especializado y puede realizarse en cualquier lugar limpio y bien iluminado. La diálisis peritoneal cíclica continua o DPCC y se utiliza un aparato llamado ciclador que llena y vacía el abdomen de tres a cinco veces durante la noche, mientras el paciente

duerme; y la combinación de DPCA y DPCC (Levine, 1993; Llach y Valderrábano, 1990).



Tomado de: kidney.niddk.nih.gov/.../images/dialysis.gif

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. Normalmente 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 eliminar sustancias nocivas, mantener los

síntomas de la IRC bajo control y mejorar su calidad de vida. Estos pacientes requieren condiciones de extrema limpieza, una alimentación para nefrópata, control riguroso de la ingesta de líquidos y adhesión al tratamiento médico.

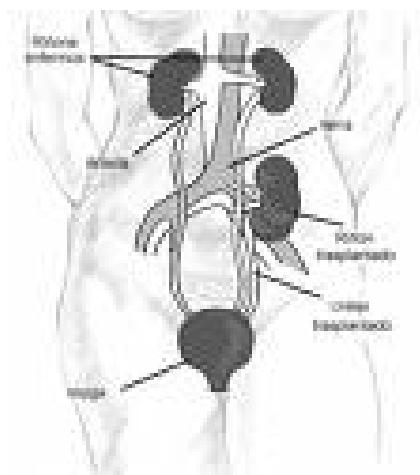
- Hemodiálisis: Este procedimiento ayuda a purificar y filtrar la sangre por medio de un máquina que libra al organismo temporalmente de desechos nocivos, y de sal y agua en exceso. Con la hemodiálisis se puede controlar la presión arterial y mantener el balance adecuado de sustancias importantes como potasio, sodio, calcio y bicarbonato (Levine, 1993).



Tomado de: www.lifegualitypharmacy.com/images/dialysis.gif

- Trasplante renal: Es un procedimiento quirúrgico, donde se coloca un riñón sano de otra persona en el cuerpo del paciente con IRC. El riñón donado cumple las funciones de los dos riñones enfermos, y se coloca en el interior de la parte baja del abdomen, conectándose la arteria y la vena renal del paciente con las del nuevo riñón. La sangre del paciente fluye a través del riñón trasplantado. El nuevo riñón puede comenzar a funcionar inmediatamente o demorar

algunas semanas. Los riñones del paciente suelen dejarse en su sitio a menos que estén provocando infecciones o hipertensión. Para que a una persona se le trasplante un riñón necesita un donador, existen dos tipos de donación: Donador vivo relacionado (recibir un riñón de un familiar consanguíneo o no consanguíneo) y Donador cadavérico (recibir un riñón de una persona que haya muerto). Si el paciente no tiene donador vivo relacionado ingresa a una lista de espera de donación cadavérica (Avendaño, 1998; Danovitch, 2002).



Tomado de: kidney.niddk.nih.gov/.../images/transplant.gif

En general, todos los tratamientos sustitativos presentan tanto ventajas como desventajas para el paciente e incluso para el equipo médico. Dentro de las desventajas de los tratamientos sustitativos, se tiene que la hemodiálisis restringe al enfermo a un tipo particular de sesiones de tratamiento, por lo general tres veces por semana o, en el caso de la DPCA, varias veces al día, además de que se debe acatar una dieta muy restrictiva incluyendo la cantidad de ingesta de líquidos. En

cuanto al trasplante renal el paciente vive con el riesgo constante del rechazo del injerto, y requieren un control adecuado de los medicamentos inmunosupresores que tomará toda su vida. Un tercer aspecto medular en este análisis caracteriza a los nefrópatas como personas poco cooperadoras hacia su tratamiento, con dificultad para llevar a cabo las indicaciones médicas y poco adherentes (Levine, 1993).

El tratamiento que se elija para el paciente con IRC debe basarse en asesoría médica especializada. Se consideran, tanto la diálisis como el trasplante, no sólo como tratamientos que prolongan la vida del paciente, sino que buscan mejorar su calidad de vida (Llach y Valderrábano, 1990).

2. Medicina conductual y Calidad de vida.

En las últimas décadas uno de los logros más importantes de las ciencias del comportamiento, ha sido el desarrollo de la Medicina Conductual, *“como una forma aplicada de la psicología que sirve de la interacción entre el comportamiento fisiológico del organismo y los eventos físicos y sociales que lo rodean”* (Roth, 1990) . Por lo que en esta nueva área se ha incursionado en la atención de diversas problemáticas en materia de salud.

Los trabajos más representativos incluyen padecimientos tales como: adicciones, trastornos cardiovasculares, desordenes gastrointestinales, alteraciones músculo-esqueléticas, trastornos neurológicos, problemas respiratorios, problemas dermatológicos, dolor (Cassiopo y Petty, 1982). En Estados Unidos y en algunos países de Europa predominan los trabajos de medicina conductual a temas como: adherencia, envejecimiento, estrés, estados psicofisiológicos, enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades cardiovasculares, fatiga crónica y obesidad, comportamientos saludables, educación y promoción de la salud, calidad de vida, análisis de factores socioeconómicos y su relación con la salud (Arja, Stauder y Nash, 2004).

La Medicina conductual se ha proyectado además, como una opción eficaz y válida en el manejo de pacientes internos y

ambulatorios (Mellamed y Siegel, 1980; Dumbar y Agras, 1980). También ha aportado explicaciones concretas y confiables acerca del rol del enfermo, el requerimiento de asistencia médica y la adhesión terapéutica (Donovan, 1988). Además, ha logrado reconceptuar el concepto salud-enfermedad demostrando que el factor biológico constituye tan sólo uno de los múltiples componentes de la enfermedad, y que opera necesariamente en interacción con factores conductuales, incorporando determinantes psicosociales y sustentar la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la salud mediante el empleo de técnicas cognitivo-conductuales (Roth, 1990).

Si bien el modelo biomédico ha tenido mucho éxito para resolver grandes problemas de salud tales como la vacunación para prevenir epidemias, implementando alta tecnología dentro de las instituciones, o mejorando continuamente los medicamentos, en el ámbito de la transición epidemiológica ha tenido resultados limitados. Al encargarse de todo el trabajo asistencial, inadvertidamente ha convertido a los usuarios pasivos en carentes de una serie de conductas que pueden mejorar su calidad de vida, evitar contraer enfermedades, o mantener el control de algún padecimiento. Los pacientes desde la óptica biomédica parecen funcionar como agentes pasivos, incapaces de hacer más que lo que el médico les indica, que por lo general es tomar medicamentos. Aunque el médico sabe que el paciente probablemente no cumplirá con algunas conductas que podrían ayudarle como mejorar su dieta, regular su horario de sueño, bajar de

peso, o hacer ejercicio, se hace poco en el ámbito de la promoción de la salud o de la adhesión terapéutica y no se aprovechan los conocimientos y destrezas profesionales de los expertos en comportamiento.

Ante la transición epidemiológica de padecimientos infecciosos a padecimientos crónico-degenerativos es necesario que el profesional del comportamiento trabaje con las personas ayudándoles a cambiar su estilo de vida. Este es el elemento que con mayor probabilidad logrará que la población tenga un mejor pronóstico de salud. Estos profesionales, psicólogos especializados en salud, además de tener experiencia clínica en el tratamiento de diversos trastornos del estado de ánimo (ansiedad, depresión, etc.) tienen entrenamiento para instrumentar programas específicos en pacientes y contribuir a mejorar su calidad de vida, corregir creencias defectuosas sobre su padecimiento y dotarles de habilidades para afrontar el estrés que provocan las hospitalizaciones, el dolor y la incertidumbre, entre otros.

Recientemente el tema de calidad de vida (CV) ha adquirido gran relevancia, ya que, como informa González (1996), las enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, hipertensión, IR, entre otras) han rebasado en incidencia y prevalencia a las infecciosas. Por su curso prolongado se ha puesto mayor interés en la CV más que en la mera supervivencia. El constructo CV tiene diversas connotaciones y aun no hay acuerdo

generalizado sobre una definición por su complejidad. Para algunos teóricos la calidad de vida tiene dos componentes: el objetivo, dado por las condiciones de la vida (nivel económico, bienes, educación empleo, vivienda, nutrición); y el subjetivo, que se basa en el bienestar del sujeto reflejado en lo que tiene versus lo que desea y que incluye creencias, percepciones, actitudes y expectativas. (Alexander y Willems, 1981; Buendía, 1992; Gómez Sancho, 1998). Se dice que la CV es la percepción de bienestar, y se da menos énfasis al componente objetivo (Churchill, 1988; González y García, 2000).

El conocimiento cada vez más profundo de la fisiología renal, así como los adelantos en el tratamiento de las diferentes nefropatías y sus complicaciones, ha resultado en la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida en un gran número de pacientes con IRC. Factores que van desde aspectos físicos, psicológicos, familiares y socioeconómicos influyen sobre la rehabilitación más idónea y completa en pacientes sometidos a diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Lo anterior ha fundamentado el reciente interés por medir la CV en la IR (Avendaño, 1998; Christensen, Raichle, Ehlers y Bertolatus, 2002; Velasco y Sinibaldi, 2001). Se busca la posibilidad de interacción paciente-ambiente, bienestar físico, realización de actividades sociales y capacidad de desarrollo personal. Los estudios que han comparado calidad de vida en hemodiálisis (HD) con a diálisis peritoneal (DP) han

mostrado que parte de los resultados están condicionados por la selección de los pacientes, más que por otras condiciones (Christensen y Ehlers, 2002). La mayoría de los estudios revela déficits en perfiles de calidad de vida de los pacientes tales como: recuperación del empleo, función sexual y adaptación psicosocial, los cuales muy probablemente están más relacionados con las circunstancias que con la diálisis.

En general se acepta que no es conveniente proponer autodiálisis a personas con calidad de vida baja, en cuyo caso se hace necesaria la participación de equipos multidisciplinarios en la elección del tipo de diálisis (Avendaño, 1998). Se ha propuesto que los pacientes sometidos a DP deben estar incluidos en listas de espera de trasplante renal, para lograr una mejora en su CV, ya que el objetivo del trasplante es obtener el restablecimiento de la función renal con los mínimos riesgos derivados del tratamiento quirúrgico e inmunosupresor (Danovitch, 2000). También se ha reconocido que probablemente se trata del único tratamiento de la IRC que mejora la relación costo-beneficio (González y García, 2000). La eficacia de los actuales protocolos terapéuticos, una técnica quirúrgica depurada y una atención integral al paciente trasplantado han permitido alcanzar excelentes supervivencias del injerto y del paciente, pero a pesar de estos logros, el trasplante renal puede ocasionar diversas complicaciones médicas y quirúrgicas que pueden comprometer la viabilidad del injerto y la vida del paciente, casos en los que el mejor el tratamiento suele ser el de diálisis (Avendaño, 1998).

3. Adhesión terapéutica

La incapacidad del paciente para adherirse a un régimen de tratamiento es un problema de importancia universal en todos los niveles y especialidades de la atención a la salud (Clay, 1997), y no sólo de los pacientes con IRC. El tema tiene gran trascendencia debido a la importancia sobre todo en las enfermedades crónicas, pues esa incapacidad no es sólo grave por hacer ineficaz el tratamiento sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria (Ginarte, 2001). El término adhesión suele usarse para denotar el grado en que una conducta (tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o del cuidado de la salud (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa y Willey, 2003).

Se han utilizado indistintamente los términos *cumplimiento y adhesión*. El término cumplimiento tiene la connotación de un paciente pasivo, que sigue fielmente las indicaciones e instrucciones del profesional al cuidado de la salud; mientras que la adhesión implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente (Clay, 1997; Ginarte, 2001).

La adhesión comprende diversas conductas según Ginarte (2001):

1. Generalización y mantenimiento de un programa de tratamiento.

2. Asistencia a citas de seguimiento.
3. Uso correcto de la medicación prescrita.
4. Realizar cambios apropiados en el estilo de vida (dieta, ejercicio)
5. Evitación de conductas contraindicadas (uso de alcohol u otras drogas no prescritas).

La falta de adhesión puede explicarse por factores como:

- Terminología médica, incomprensible para los pacientes: Mientras más complejo sea un tratamiento, más dificultades proporcionará para la adhesión del paciente.
- No se explica claramente el tratamiento al paciente: Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adhesión.
- Dificultad para interactuar con su médico: Un énfasis en la cantidad de consultas más que en la calidad de las mismas, hace más difícil la relación médico-paciente.
- Percepción del paciente de su médico: La imagen que el paciente se conforme de su médico influirá en la manera en que interactúe con él.
- Las características de la enfermedad: El paciente que experimenta síntomas evidentes y un alivio relativamente inmediato de éstos tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adhesión. En contraste, el paciente relativamente asintomático no dispone de señales

internas para la acción en función de la prescripción del tratamiento (Clay, 1997).

Otras propuestas añaden aspectos psicosociales del paciente: Entre ellos se pueden mencionar las creencias, las actitudes, las atribuciones, el locus de control, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social (Ginarte, 2001). Otras sugieren que no existen hallazgos suficientes que permitan predicciones o asociaciones confiables entre la adhesión y los factores de personalidad en pacientes con enfermedades crónicas (Wiebe y Christensen, 1996).

Para la evaluación de la adhesión terapéutica se han propuesto diversos métodos: autoinformes y autorregistros de los pacientes, informes de personas cercanas a ellos, evaluaciones del médico, mediciones bioquímicas y del consumo de medicamentos (Ginarte, 2001).

Las estrategias para incrementar la adhesión terapéutica suelen encaminarse a modificar creencias, conocimientos y actitudes en el profesional de la salud y en el paciente. Otras buscan incrementar el apoyo social fomentando en quienes rodean al paciente conductas que ayuden a mejorar su adhesión a las prescripciones o integrándolo a grupos de autoayuda (Clay, 1997; Christensen, Smith, Turner, Holman, Gregory y Rich, 1992; Hotz, Kaptein y cols., 2003).

Otras propuestas incluyen (Ginarte, 2001):

- Educar y adiestrar a profesional de la salud para instrumentar una comunicación persuasiva, afectivas y eficaces.
- Simplificar los regímenes terapéuticos (dosis, horarios, etc.).
- Programar las frecuencias de las visitas al paciente.
- La aplicación de los refuerzos selectivos de las conductas de salud y
- Contratos conductuales.

Los métodos para modificar las características del régimen de tratamiento incluyen el establecimiento de prioridades dentro del régimen, la incorporación gradual de las recomendaciones y, cuando sea clínicamente apropiado, la modificación del régimen medicamentoso (Clay, 1997).

En el paciente con IRC, algunos indicadores objetivos de la adhesión son los niveles de potasio sérico y aumento de peso entre sesiones de diálisis (Christensen y Ehlers, 2002). Los indicadores de un buen control de diálisis incluyen: peso corporal, presión sanguínea y parámetros bioquímicos de uremia, valores séricos medios de creatinina, nitrógeno ureico, potasio, calcio, fósforo, albúmina y fosfatasa alcalina y una presión arterial normal (Llach y Valderrábano, 1990). Como criterio de adhesión deficitaria se usan: la restricción de fluidos se usa el aumento de peso interdialítico mayor o menor de 2.5 kg como punto de corte y para la mala adhesión a la dieta un nivel de

potasio sérico prediálisis mayor o menor a 6 meq/L (Valderrama, Fajardo, Guevara, Gonzáles y Hurtado, 2002).

El profesional al cuidado de la salud puede evaluar las percepciones del paciente sobre su susceptibilidad hacia la propia condición, así como la aceptación del diagnóstico, la percepción de la gravedad de su condición, las creencias acerca de la eficacia del tratamiento prescrito, y las barreras para emprender la terapia prescrita, por ejemplo, temor de los efectos colaterales o dificultades para seguir el régimen (Clay, 1997).

Se han identificado, entre otros, tres problemas asociados con factores psicológicos en los pacientes con IRC: La falta de adhesión con el tratamiento médico, el estrés emocional y las influencias psicosociales (Christensen y Ehlers, 2002). Estos mismos autores informan que entre el 30% y el 60% de los pacientes en diálisis no son adherentes a la dieta (véase anexo 9), a la ingesta de líquidos y a los medicamentos. Existen resultados que sugieren que tanto la restricción en la dieta y la ingesta de líquidos están asociados con un incremento substancial en la morbilidad y mortalidad (Christensen, Smith y cols., 1992; Valderrama, Fajardo y cols., 2002).

Algunos estudios han propuesto que desde el punto de vista psicológico los determinantes de la adhesión son el apoyo social, factores cognitivos y factores de personalidad (Christensen y Ehlers,

2002). Estudios previos (Christensen, Smith y cols., 1992; Christensen, Raichle y cols., 2002) han implicado al apoyo social como un factor importante de adhesión en grupos con enfermedades. Un estudio de Christensen, Smith, y cols. (1992) reveló que pacientes sometidos a hemodiálisis que presentaban mayor adhesión a la restricción de líquidos fueron aquellos que referían mayor apoyo familiar.

Otros estudios han sugerido que los pacientes de estratos socioeconómicos más bajos, son los que necesitan más ayuda para efectuar la DPC así como aquellos que eligieron DPC por decisión médica y no por propia voluntad, los cuales presentan mayor índice de abandono del tratamiento o deficiencias en adhesión terapéutica (Churchill, 1998; Llanich y Valderrábano, 1990; Wiebe y Christensen, 1996). El estar bajo tratamiento de diálisis o hemodiálisis provoca en el paciente percepción de cambio en varias conductas que se vuelven restrictivas por algunas condiciones típicas del tratamiento mismo tales como alimentación, nivel de actividad, etc. Finalmente, un factor que afecta la adhesión es el relacionado con el control en las prescripciones médicas. (Christensen y Ehlers, 2002).

Algunos hallazgos han sugerido que los pacientes con un “locus de control interno”, buen autocontrol y tolerancia a la frustración son más adherentes; y que los síntomas depresivos y su gravedad están asociados a un mayor aumento de peso interdiálítico y a un mayor nivel de potasio sérico en pacientes con terapia crónica de

hemodiálisis. Asimismo, es posible que la depresión afecte la función inmunológica, nutricional y así como la adhesión a las indicaciones que se plantean en determinadas terapias (Cohen, 1987; Valderrama, Fajardo y cols., 2002).

Así, tanto las diferencias individuales como la historia de aprendizaje y el apoyo social juegan un papel importante dentro de las intervenciones para mejorar la adhesión (Christensen y Ehlers, 2002; Christensen, Smith y cols., 1992; Ginarte, 2001; Hotz, Kaptein y cols., 2003; Valderrama, Fajardo y cols., 2002). Por todo esto es recomendable un tratamiento integral para pacientes con IRC (Valderrama, Fajardo y cols., 2002), donde se integre a un equipo de especialistas (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, nutriólogos, enfermeras) que oriente y supervise el tratamiento del paciente con IRC.

OBJETIVOS:

El principal objetivo de la intervención fue el de mejorar la adhesión al tratamiento de DPCA y la percepción de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de IRC. Para lo cual se consideraron objetivos específicos, tales como:

- * Explorar los efectos de un programa de tratamiento psicológico para fortalecer la adhesión terapéutica en pacientes con IRC.
- * Mejorar la calidad de vida percibida de los pacientes.
- * Explorar la relación entre percepción de calidad de vida y adhesión terapéutica.

PARTICIPANTES

- Criterios de inclusión:

- * Personas atendidas por primera vez en el servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México.
- * Con diagnóstico de IRC.
- * Mayores de edad.
- * Sometidas a tratamiento de DPCA por primera vez.

- Criterios de exclusión.

- * Pacientes con IRC secundaria a otro padecimiento (diabetes, lupus, etc.)
- * Menores de edad.
- * Con presencia de trastorno psiquiátrico.
- * Que se hayan atendido en otras instituciones de salud.
- * Que estén en tratamiento hemodiálitico o en DPA (diálisis peritoneal aguda)

-Criterios de eliminación.

- *Cambio de institución del paciente
- *Cambio de programa sustitutivo

Las características sociodemográficas del grupo se muestran en la siguiente tabla.

Paciente	Sexo	Edad	Estado civil	Lugar de procedencia	Escolaridad	Ocupación	Religión
AJGM	Fem	21	Casada	Estado de México	Preparatoria Incompleta	Hogar	Católica
ERT	Fem	49	Casada	Zacatecas	Primaria completa	Hogar	Católica
OSL	Masc.	20	Soltero	Estado de México	Licenciatura incompleta	Estudiante	Católica
JLRR	Masc.	21	Soltero	Estado de México	Secundaria completa	Laboratorista dental	Católica
ARR	Masc.	57	Viudo	Puebla	Primaria completa	Comerciante	Católica
JAGA	Masc.	30	Casado	Distrito Federal	Secundaria incompleta	Mesero	Católica
AMV	Masc.	28	Unión Libre	Distrito Federal	Primaria completa	Serigráfista	Ninguna
HGJ	Masc.	18	Soltero	Distrito Federal	Preparatoria incompleta	Estudiante	Católica
EHG	Masc.	24	Casado	Veracruz	Primaria completa	Lavador de autos	Creyente

Características de los pacientes atendidos al inicio de la intervención.

La mayoría de los pacientes atendidos fueron del sexo masculino, refirieron estar casados(as), ser del Estado de México o Distrito Federal, haber cursado la primaria completa, al momento de ser contactados estaban realizando alguna actividad, y ser de religión católica. El orden de presentación de los pacientes se organizó de acuerdo a la fecha de ingreso para iniciar la intervención.

ESCENARIO.

La presente investigación se llevó a cabo en el Servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México, en las áreas de hospitalización y consulta externa.

DISEÑO.

Se realizaron análisis individuales, para evaluar el cambio clínico significativo de las mediciones pretratamiento a las mediciones postratamiento. Para ello se usó un diseño de caso único (N=1), A-B por cada paciente (Kazdin, 2002; Kerlinger, 2002; McGuigan, 1997). Se seleccionó dicho diseño por tratarse de análisis de réplicas individuales de cambio psicofisiológico y no de una representatividad estadística en términos de muestreo.

VARIABLES DEPENDIENTES

A) Adhesión terapéutica.

*Definición conceptual: El grado en que una conducta (tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o del cuidado de su salud (Hotz, Kaptein y cols., 2003).

*Definición operacional: Indicadores físicos, peso corporal, presión sanguínea y parámetros fisiológicos de líquido de diálisis de

glucosa, urea, nitrógeno uréico, creatinina, el cálculo de K_t/v^1 (adecuación de diálisis) y evaluación nutricional.

B) Calidad de vida.

*Definición conceptual: CV es un buen estado de salud, dividido en salud mental, física y social (González y García, 2000).

* Puntajes en el (WHOQoL).

MATERIALES

Para la evaluación de la adhesión terapéutica se realizaron análisis bioquímicos de muestras de líquido de diálisis, para obtener niveles de glucosa, urea, nitrógeno ureico y creatinina, y con el resultado de las pruebas se procedió a la obtención del nivel de K_t/v .

Además, se realizó una evaluación nutricional para identificar el grado de desnutrición del paciente.

Para la valoración de calidad de vida, se utilizaron tres escalas:

- *Escala de Calidad de Vida WHOQoL-Breve versión en español* (González-Celis, y Sánchez-Sosa, 2001). Está conformada por 26 reactivos, dos asignados a la evaluación de calidad de vida general y percepción del estado de salud general, puntuando

¹ Una causa importante de la salida de pacientes de los programas de Diálisis Peritoneal es una diálisis inadecuada. La membrana peritoneal de cada paciente posee un índice de transportación de solutos único, que afecta tanto la depuración como la ultrafiltración. Los valores de $K T/V$ inferiores a 0.8 se asocian con un mayor porcentaje de complicaciones médicas y mortalidad, y un alto grado de fracaso del tratamiento (Keshaviah, 1996).

cada reactivo con valores de 1 a 5. Los reactivos del 3 al 24 corresponden a cuatro áreas:

- Salud Física (3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18)
- Aspectos Psicológicos (5, 6, 7, 11, 19 y 26)
- Relaciones Sociales (20, 21, y 22)
- Medioambiente (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25)

Todos los reactivos se califican en orden positivo, excepto los reactivos 3, 4 y 26, que se califican en orden negativo. Una vez obtenida la puntuación se obtiene el promedio de cada área, sumando las calificaciones y dividiendo entre el número de ítems para cada área. Después del promedio de cada área, ésta se califica multiplicando por 4. De ahí que el rango por área de 4 a 20. Donde el puntaje más cercano a 20 indica una mejor calidad de vida.

La prueba presenta valores aceptables de consistencia interna: Alpha de Cronbach= 0.75.

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*. El BDI, diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva (Robles y Páez, 2003). El instrumento es autoaplicable, y consta de 21 reactivos, cada uno presenta 4 afirmaciones que describen el espectro de gravedad de la categoría sintomática y conductual. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo 1 punto, el tercero de 2 puntos, y el cuarto de 3 puntos, que califica la gravedad máxima del

síntoma. El BDI evalúa los estados de tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativa de castigo, autodisgusto, autoacusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, alejamiento social, indecisión, autoimagen deformada, retardo para trabajar, pérdida del sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso, preocupación sintomática y pérdida del deseo sexual.

-Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). El BAI consiste de 21 reactivos que valoran la gravedad de ansiedad (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001). Los participantes clasifican los ítems utilizando una escala Likert de cuatro puntos: «Nada» = 0 puntos, «Levemente; No me molestó mucho» = 1 punto, «Moderadamente; Fue muy desagradable, pero lo pude soportar» = 2 puntos, «Severamente; Casi no lo podía soportar» = 3 puntos. La puntuación total varía de 0 a 63 puntos. La gravedad de ansiedad es la suma de la puntuación bruta de los 21 ítems. La puntuación total de la escala se clasifica de la siguiente manera: 0-7 puntos se considera que refleja un mínimo nivel de ansiedad; puntuaciones entre 8-15 indican un nivel de ansiedad leve; puntuaciones entre 16-25 reflejan un nivel de ansiedad moderada; y puntuaciones entre 26-63 indican ansiedad grave.

PROCEDIMIENTO

En el Servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México, se contactó a los pacientes que ingresaban por primera vez al servicio, ya sea por hospitalización o por consulta externa, identificando a aquellos que tuvieran las características de los criterios de inclusión. Una vez identificados se les invitaba a participar en el estudio, a los que aceptaban se les pedía firmar una carta de consentimiento informado (véase el anexo 1) y se les programaba una cita para iniciar el tratamiento. En ella se les mencionaba se les ayudaría a mejorar su adhesión terapéutica mediante en una intervención breve de ocho sesiones una vez por semana.

Intervención. Las sesiones se desarrollaron de la siguiente manera:

- Sesión 1.

- * Se realizaba una evaluación mediante entrevista inicial (ver anexo 2).
- * Se programaban al paciente para valoración médica y nutricional (ver anexo 3 y 4)
- * Se proporcionaban hojas de registro de diálisis (ver anexo 5).
- * Aplicación de la escala de calidad de vida (WHOQoL-anexo 6) (pre-test).
- * Aplicación del Inventario de Depresión de Beck-BDI (Anexo 7) (pre-test)

- * Aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck-BAI (Anexo 8) (pre-test)
- * Se realizaba examen de líquido de diálisis para la obtención de niveles de glucosa, urea, nitrógeno ureico y creatinina (pre-test).
- * Se daba cita para una semana después.

- Sesión 2.

En esta sesión se:

- * Realizaba entrevista para obtención de la historia de adhesión del paciente y obtención de creencias hacia la enfermedad y el tratamiento (diálisis, medicamentos y dieta).
- * Revisaban los registros de la primera semana.
- * Exponían los contenidos de “psicoeducación” relativos a cada caso
- * Acordaba la programación de la siguiente cita.

- Sesión 3.

En esta sesión se:

- * Realizaba reevaluación de la anterior.
- * Revisaban los registros de la segunda semana.
- * Entrenaban técnicas de autocontrol.
- * Asignaban actividades para realizar en casa.
- * Proporcionaba la siguiente cita.

- Sesión 4.

En esta sesión se:

- * Realizaba reevaluación de las anteriores.
- * Monitoreaban las estrategias de autocontrol.
- * Revisaban las hojas de registro de tercera semana.
- * Asignaban de actividades a realizar en casa.
- * Acordaba sobre las siguientes citas.

- Sesión 5 y 6.

En estas sesiones se:

- * Reevaluaban las sesiones anteriores.
- * Se revisaban las hojas de registro de cuarta y quinta semana.
- * Evaluaba la percepción de autoeficacia al tratamiento.
- * Se entrenaban técnicas en autoeficacia.
- * Asignaban actividades en casa.
- * Programaba la siguiente cita.

- Sesión 7.

En esta sesión se:

- * Retroalimentaba sobre las técnicas enseñadas.
- * Retroalimentaba sobre las hojas de autorregistro de las semanas anteriores.
- * Preparaba para la terminación del tratamiento.
- * Proporcionaba hoja de orden de estudios de sangre.
- * Asignaba fecha y hora de la última cita.

- Sesión 8.

En esta sesión se:

- * Hacían comentarios generales sobre el tratamiento y actitud del paciente.
- * Tomaban muestras para exámenes de laboratorio y realización de K T/V (post-test)
- * Programaba cita para revisión médica y nutricional.
- * Aplicaba la escala de calidad de vida (WHOQoL) (post-test).
- * Aplicaba el Inventario de Depresión de Beck (post-test).
- * Aplicaba el Inventario de Ansiedad de Beck (post-test).
- * Daba por concluido el tratamiento.

RESULTADOS

En el periodo que comprendió los meses de septiembre de 2004 a abril de 2005, se identificaron en el Servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México, perteneciente a la Secretaría de Salud, a 11 pacientes con los criterios de inclusión requeridos para participar en la intervención, aceptando todos la atención, sin embargo, únicamente nueve iniciaron el tratamiento, de los cuales cuatro lo concluyeron.

Con respecto a la evaluación psicológica pretest realizada a los nueve pacientes que iniciaron el tratamiento, por medio del WHOQoL, las dimensiones que mostraron mayor deterioro fueron Salud y Relaciones Sociales, como se muestra en la siguiente tabla.

Paciente	Salud	Aspectos psicológicos	Relaciones sociales	Medio ambiente	General
AJGM	16	17	17	17	16.5
ERT	11.4	16	12	16	13.8
OSL	18.2	18.2	6.6	14.5	14.2
JLRR	10.8	11.3	16	14.3	13.1
ARR	11.4	15.3	13.3	12	12.9
JAGA	10.2	17.3	10.6	13.5	12.7
AMV	12.5	18	13.3	12	13.9
HGJ	14.8	14.6	14.6	15	14.6
EHG	13.7	13.3	16	15	14.4
Promedio	13.2	15.6	13.3	14.4	14.0

Tabla. Resultados de WHOOQoL pretest.

Los resultados del ansiedad y depresión se muestran en la siguiente tabla.

Paciente	Salud	Aspectos psicológicos	Relaciones sociales	Medio ambiente	General
AJGM	16	17	17	17	16.5
ERT	11.4	16	12	16	13.8
OSL	18.2	18.2	6.6	14.5	14.2
JLRR	10.8	11.3	16	14.3	13.1
ARR	11.4	15.3	13.3	12	12.9
JAGA	10.2	17.3	10.6	13.5	12.7
AMV	12.5	18	13.3	12	13.9
HGJ	14.8	14.6	14.6	15	14.6
EHG	13.7	13.3	16	15	14.4
Promedio	13.2	15.6	13.3	14.4	14.0

Tabla. Resultados de ansiedad y depresión en pacientes atendidos.

Los cambios en indicadores fisiológicos se muestran en la siguiente tabla.

Paciente	Glucosa (70-100 mg/dl)	Urea (10-50 mg/dl)	N. ureico (4.6-23.0 mg/dl)	Creatinina (.2-1.50 mg/dl)	K t/v	Evaluación nutricional ¹
AJGM	83	82	38.3	10.73	1.3	12
ERT	227	101	47.2	7.61	2.3	19
OSL	649	127	59.3	11.27	1.86	12
JLRR	403	150	70.1	12.24	1.82	12
ARR	284	121	56.5	10.42	1.37	18
JAGA	350	117	54.7	10.13	1.28	15
AMV	225	151	70.6	13.77	1.62	20
HGJ	373	127	59.3	12.87	1.85	15
EHG	432	188	87.9	13.36	1.8	14

Tabla. Resultados de medidas fisiológicas pretest.

¹ La interpretación es de: 8=Adecuado, 9-23=Riesgo nutricional/desnutrición leve, 24-31=Desnutrición moderada, 32-39=Desnutrición grave, 40=Desnutrición muy grave.

A continuación se describen los resultados de los pacientes que concluyeron el tratamiento.

Para el análisis de los datos se utilizó la prueba de Wilcoxon, por tratarse de datos antes-después por paciente. Las medidas psicológicas no arrojaron una probabilidad asociada estadísticamente significativa.

Con respecto a las medidas fisiológicas se obtuvo un cambio significativo en lo referente a la variable de evaluación nutricional, esta variable se muestra también un resultado significativo en reducción de deterioro nutricional, como muestra la siguiente tabla

Test Statistics(d)

	nutri2 - nutri1	ktv2 - ktv1	Glucosa2 - glucosa1	urea2 - urea1	n.ureico2 - n.ureico1	creat2 - creat1	peso2 - peso1	talla2 - talla1
Z	-1.841(a)	-1.461(b)	-.730(b)	-.365(b)	-.365(b)	-.365(b)	-.552(a)	.000(c)
Asymp. Sig. (2-colas)	*.066	.144	.465	.715	.715	.715	.581	1.000

a Basado en rangos positivos.

b Basado en rangos negativos.

c La suma de rangos negativos es igual a la de los positivos.

d Prueba de Rangos con signo de Wilcoxon

VARIABLES FISIOLÓGICAS (WILCOXON)

Debido a lo pequeño del grupo se aplicó el criterio de la prueba de *porcentaje de cambio de Cardiel*², por sujeto (Moreno, Cano y García 1994) para las variables psicológicas y fisiológicas estimadas para este estudio.

² “ Es la prueba en donde el médico identifica pacientes con cambio clínico objetivo, ya sea como resultante de la maniobra terapéutica o en forma espontánea,...el porcentaje se considera significativo cuando es mayor a 20%..”

Si bien en las escalas de la prueba para calidad de vida, no se obtuvieron porcentajes mayores a 20, se pueden observar dimensiones que puntuaron alto en comparación con otros pacientes como muestra la siguiente tabla, siendo los pacientes AJGM y OSL, quienes mostraron el mayor porcentaje de cambio, en comparación con los otros pacientes.

	WHOQ-L														
	Salud			Asp. psicológicos			Rel. Sociales			Medioambiente			General		
	Pre	Post	%C	Pre	Post	%C	Pre	Post	%C	Pre	Post	%C	Pre	Post	%C
AJGM	16	17.1	16.1	17	16.6	16.6	17	16	15	17	16.5	15.5	16.5	16.4	15.4
ERT	11.4	12	11	16	13.3	12.3	12	12	11	16	15.5	14.5	13.8	13.1	12.1
OSL	18.2	17.1	16.1	18.2	18	17	6.6	17.3	16.3	14.5	17	16	14.2	17.2	16.2
JAGA	10.2	10.8	9.8	17.3	12.6	11.6	10.6	12	11	13.5	16	15	12.7	12.8	11.8

Tabla. Porcentaje de cambio por paciente en la escala de Calidad de Vida

Para las medidas fisiológicas, resultado del análisis de líquido de diálisis, tanto al inicio como al final del tratamiento se observaron mejoría en dos pacientes en todas las medidas y empeoramiento en los otros dos, como se aprecian en las tablas de indicadores fisiológicos, siendo también los pacientes AJGM y OSL, quienes mostraron un cambio al final de la intervención.

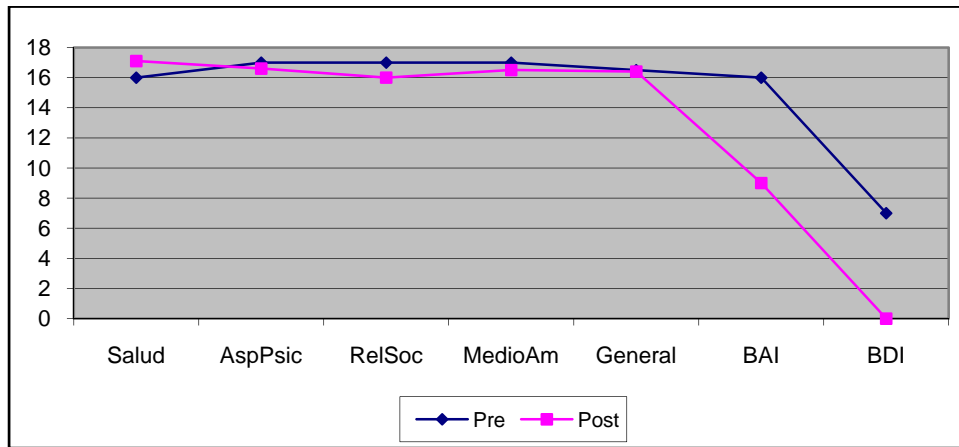
Paciente	Glucosa		Urea		N. ureico		Creatinina	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
AJGM	83	87	82	80	38.3	37	10.73	10.5
ERT	227	468	101	131	47.2	61.2	7.61	8
OSL	649	549	127	110	59.3	55	11.27	10.7
JAGA	350	444	117	121	54.7	56.5	10.1	10.9

Paciente	K t/v		Evaluación Nutricional		Peso		Talla	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
AJGM	1.3	2.6	12	10	49.5	50.5	160	160
ERT	2.3	2.2	19	15	60	55	166	166
OSL	1.86	2	12	10	55.8	56.5	152	152
JAGA	1.28	1.7	15	9	70	69	165	165

Tablas. Indicadores fisiológicos y físicos antes y al final de la intervención.

Dos de los pacientes atendidos mostraron cambios importantes tanto en las áreas evaluadas de calidad de vida y medidas fisiológicas, al final de la intervención, aspecto que no se observó en los otros dos pacientes.

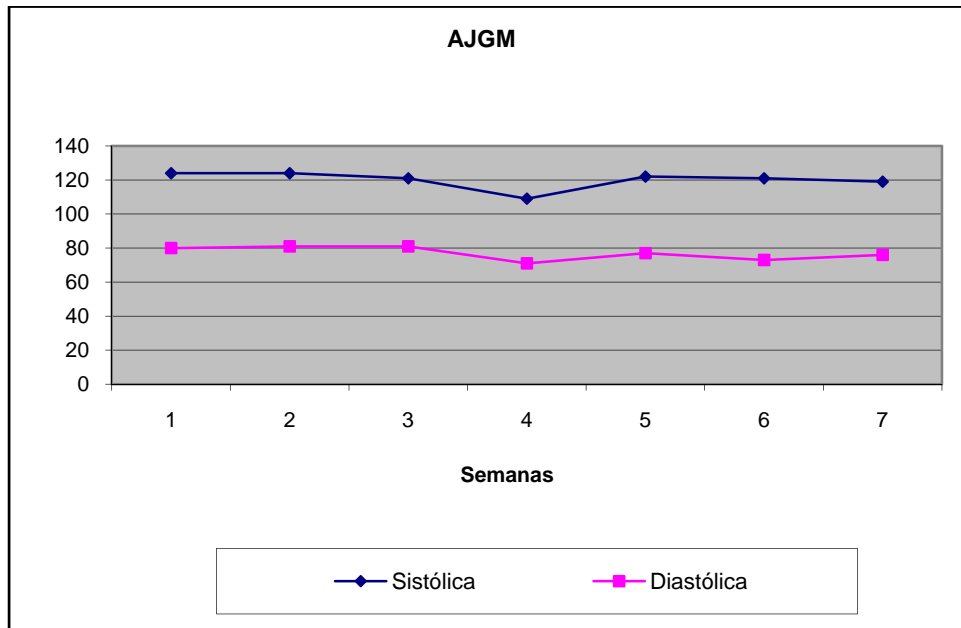
Los cambios por sujeto a partir de la intervención se presentan en las siguientes figuras. Las dos gráficas pertenecen a la paciente AJGM, quien mostró mejoría principalmente en el área de salud, donde se muestra un incremento al final de la intervención, además de que los síntomas de ansiedad y depresión decrementaron, llegando a registrar hasta cero en depresión. Con la paciente se observó que en general en las áreas que se evaluaron para calidad de vida, su percepción de la misma se mantuvo casi constante, además de que también en los puntajes de indicadores fisiológicos ocurrió un cambio al final de la intervención, como se comentó en anotaciones anteriores.



Calidad de vida, ansiedad y depresión-Paciente 1 AJGM

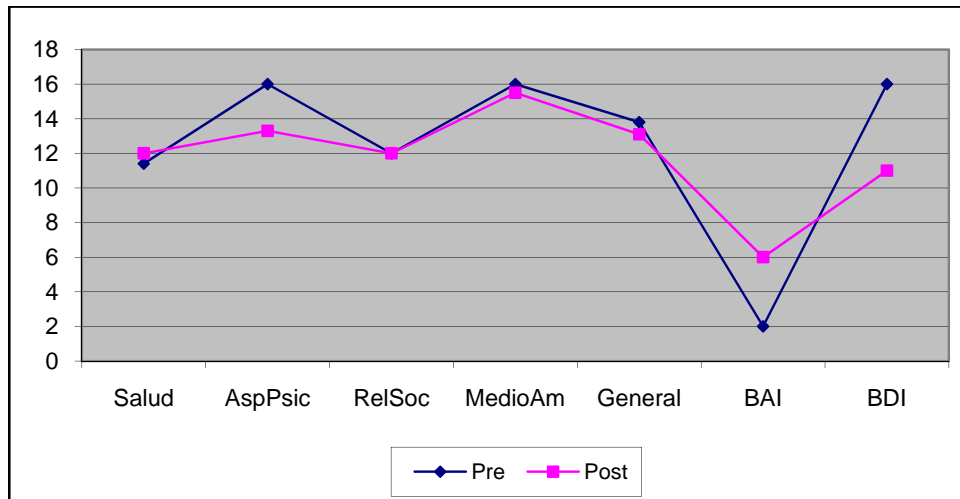
Para conocer el impacto de la intervención también se examinaron los indicadores fisiológicos mencionados. La presión arterial tomada durante la intervención, se registró mediante la fórmula de presión arterial media (PAM)³, para cada paciente (Cacioppo, Tassinary y Berntson, 2000). La presión mostró niveles constantes en la paciente AJGM durante las siete semanas de la intervención, registrándose un decremento en la última semana, como muestra la siguiente gráfica.

³ La PAM se obtuvo mediante la obtención de las medidas de presión arterial que cada paciente se tomaba diariamente, se obtuvo un porcentaje y se calculó la fórmula.



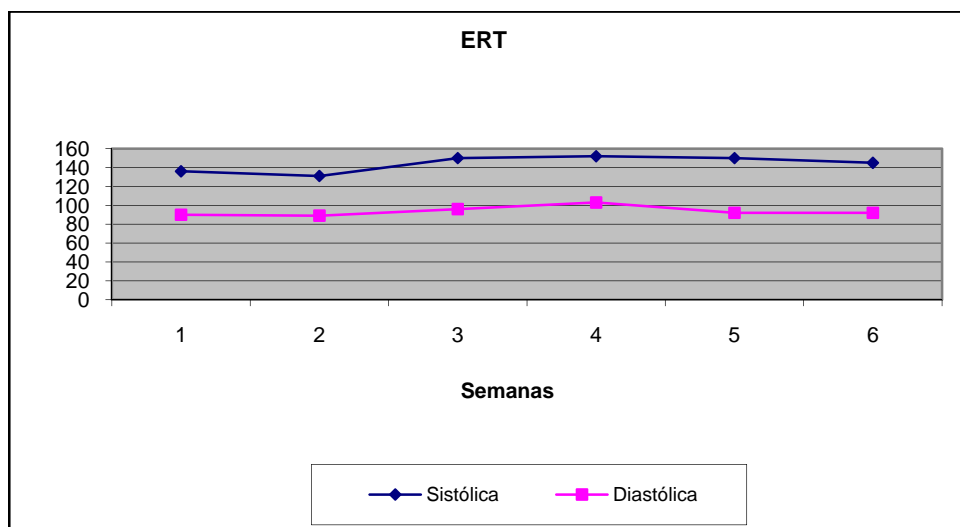
PAM de paciente 1.

Las siguientes figuras pertenecen a los resultados obtenidos por la paciente ERT. En lo referente a la calidad de vida se observa que las áreas de salud, relaciones sociales, medioambiente y calidad de vida en general se mostraron sin variación marcada. En el área de aspectos psicológicos sí se observan cambios. En cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión se registró en la primera un incremento, mientras que la segunda un decremento. Esta paciente mostró un decremento en su evaluación de los aspectos psicológicos, posiblemente por el incremento en la ansiedad reportada al final de la intervención, sin embargo no se podría establecer una relación directa entre estas dos variables.



Calidad de vida, ansiedad y depresión-Paciente 2 ERT

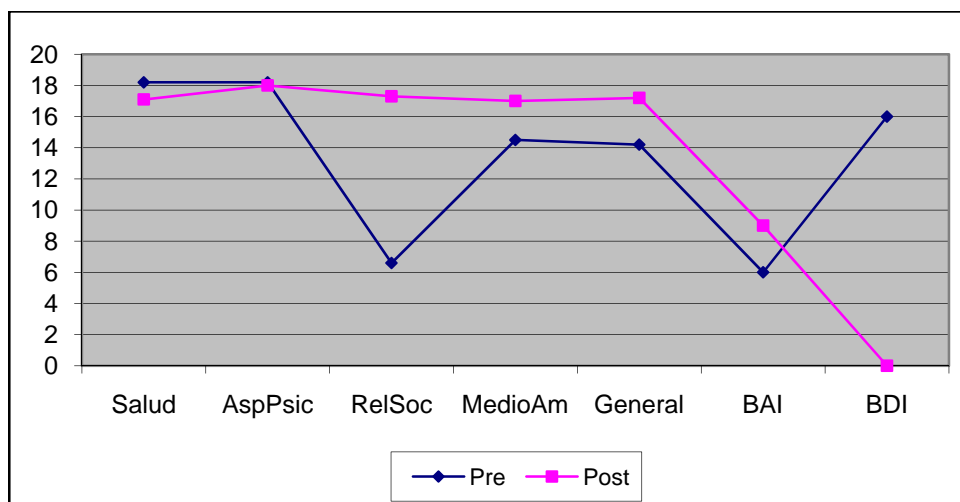
En lo referente a los niveles de la presión arterial se puede observar una constancia en las medidas durante el desarrollo de la intervención, con un incremento en la sístole y una medida igual al final, de la diástole.



PAM de paciente 2

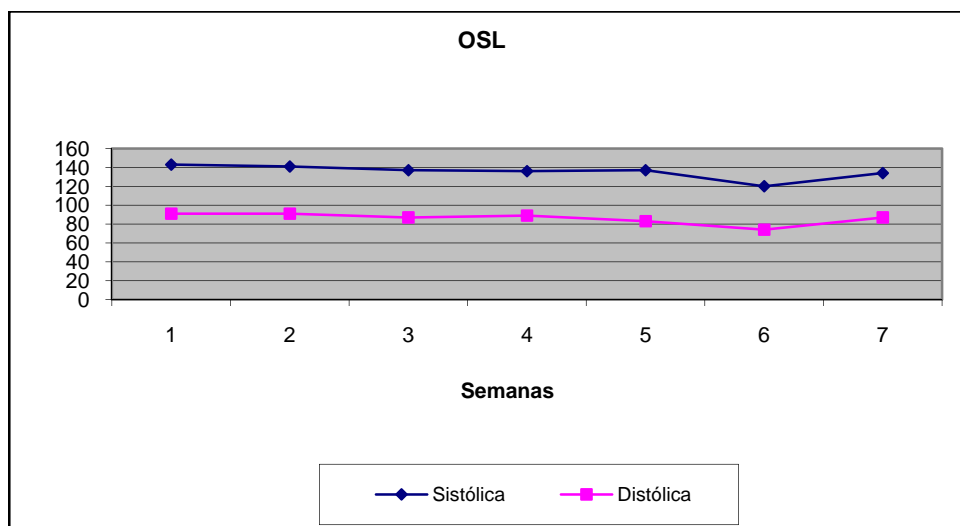
A continuación se muestran los resultados del paciente OSL. En la gráfica se observa que tuvo un incremento en las dimensiones de relaciones sociales, medioambiente y en calidad de vida general, siendo la de mayor incremento relaciones sociales. En los síntomas de

ansiedad se muestra un incremento, mientras que en depresión se registra un decremento marcado de los síntomas, teniendo un puntaje de cero al final de la intervención.



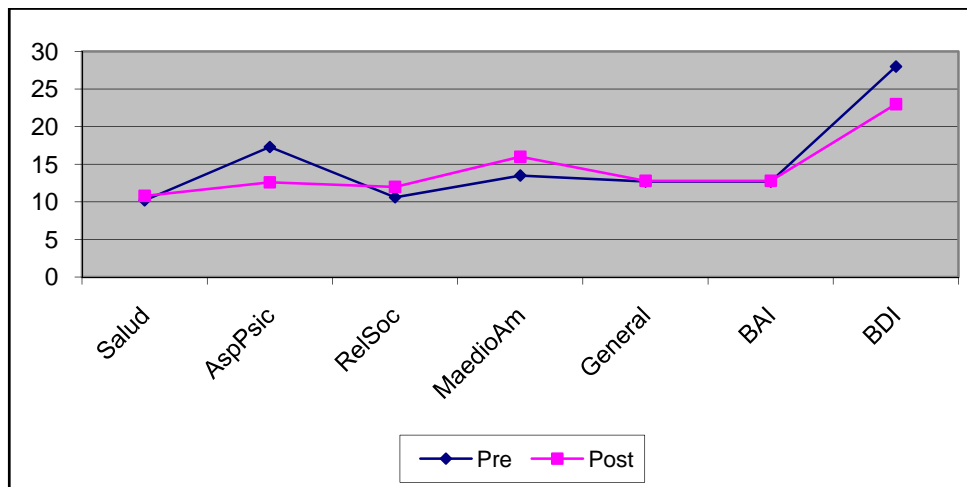
Calidad de vida, ansiedad y depresión-Paciente 3 OSL

El paciente OSL en lo referente a las medidas de presión arterial, muestra un ligero decremento observado en las últimas sesiones, además de que en general durante el transcurso de la intervención su presión se mantuvo constante, tendiendo a decrementar, como se puede percibir en la gráfica.



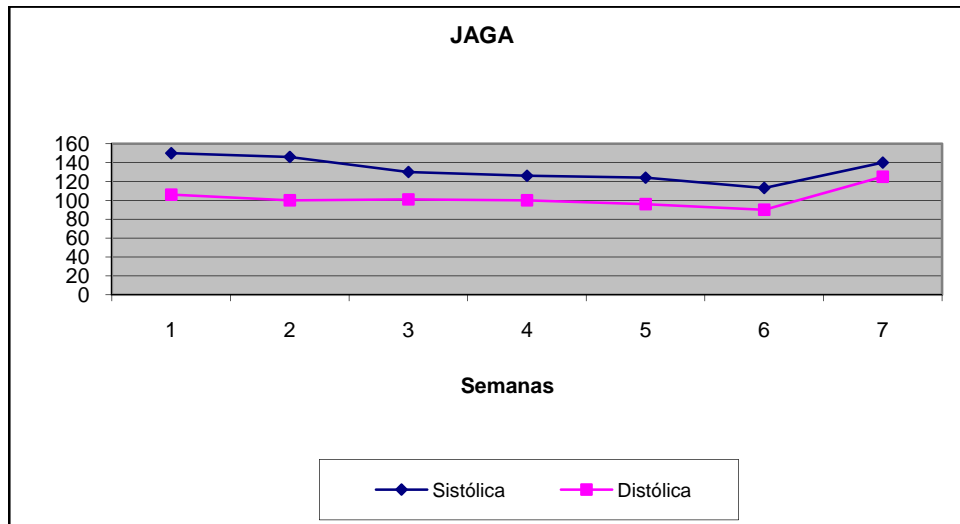
PAM de paciente 3.

En las siguientes dos gráficas se analiza la presión arterial media del paciente JAGA, el último paciente atendido. En JAGA se observaron cambios en las dimensiones de relaciones sociales y medioambiente, las cuales incrementaron ligeramente, mientras que decrementaron la dimensión de aspectos psicológicos, y la de salud se mantuvo sin cambios marcados. En lo referente a los síntomas de ansiedad no hubo cambios importantes, y depresión registra un decremento al final de la intervención.



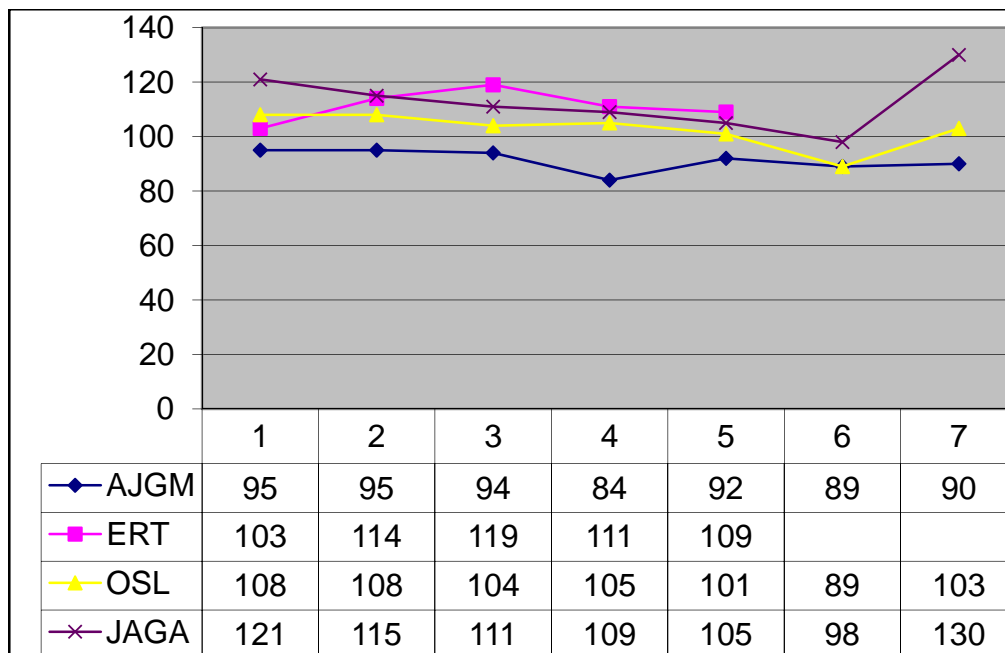
Calidad de vida, ansiedad y depresión-Paciente 4 JAGA

Con respecto a la presión arterial de este paciente, se observa en la gráfica un decremento desde la segunda sesión y se mantuvo constante hasta antes de finalizar la intervención.



PAM de paciente 4.

Finalmente se muestra el comportamiento de la PAM en los cuatro pacientes atendidos, siendo la paciente 1-AJGM y el paciente 3-OSL, quienes reportaron un decremento constante en su presión arterial durante la intervención como se muestra en la gráfica siguiente.



PAM de los cuatro pacientes atendidos.

En general se tiene que la de la intervención proporcionada en los cuatro pacientes ya descritos, se observaron cambios constantes y clínicamente significativos en dos de ellos, la paciente 1-AJGM y el paciente 3-OSL quienes en todas las variables contempladas para el estudio registraron cambios favorables. Los otros dos pacientes, la paciente 2-ERT y el paciente 4-JAGA, mostraron cambios pero no de forma consistente ni en todas las variables. Una comparación de casos entre los cuatro pacientes atendidos, los dos pacientes donde se registraron los cambios más significativos, fueron pacientes jóvenes, con apoyo familiar constante y con una actitud favorable ante las intervenciones médicas, desde el inicio del tratamiento, tanto médico como psicológico, aspectos importantes a considerar para posteriores réplicas del estudio.

Discusión

El presente estudio tuvo como finalidad proporcionar a pacientes diagnosticados con IRC, sin presencia de algún otro padecimiento, opciones para una adecuada adhesión al tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), y mejorar su percepción de calidad de vida.

En general la intervención psicológica diseñada para el tratamiento de pacientes con IRC, sugiere haber mejorado la adhesión al tratamiento, la percepción de calidad de vida y los aspectos emocionales en dos de los cuatro pacientes atendidos. La dimensión de adhesión al tratamiento se evaluó mediante indicadores fisiológicos como los niveles en líquido de diálisis de glucosa, urea, nitrógeno ureico, creatinina, así como medidas de k_t/v , realización de evaluación nutricional y PAM. La medida que estadísticamente mostró un cambio significativo fue el parámetro nutricional, donde los cuatro pacientes atendidos registraron cambios favorables, indicando un menor deterioro nutricional. Para la dimensión de calidad de vida, además de sus áreas directas se tomaron en cuenta aspectos emocionales como la ansiedad y la depresión, registrando mejoras clínicamente importantes en dos los pacientes al final del tratamiento.

Con los resultados obtenidos de los pacientes que no mostraron cambios significativos tendría que considerarse la posibilidad de descartar algún problema de tipo psiquiátrico, que pudiera interferir

con la intervención. En estos pacientes se identificaron síntomas de trastornos de ansiedad, mismos que se comentaron con el área de Psiquiatría del Hospital, por lo que se sugirió a los pacientes una vez concluida la intervención solicitarán una cita para valoración, ya que debido a la programación de las sesiones el tratamiento que se les brindó incidió en algunos rasgos del trastorno, sin embargo el tratamiento idóneamente se tendría que continuar o en su defecto realizarse un tratamiento psiquiátrico complementario al psicológico.

De acuerdo con las características de los pacientes en sentido de proporciones epidemiológicas, se coincide con Rivera y Sánchez (1998), quienes reportan que la IRC es más frecuente en el sexo masculino, ya que de los nueve pacientes detectados para participar en el programa únicamente dos eran del sexo femenino, además de que este padecimiento es más común en la etapa productiva de la vida, siendo el rango de edad de los pacientes de los 18 a 57 años.

Si bien se ha propuesto que someterse a un tratamiento sustitutivo de la función renal, como lo es la DPCA, tiene como objetivo mejorar su calidad de vida (Llach y Valderrabano, 1990) parece claro que el simple procedimiento no logra tal fin, como se pudo observar en los resultados de los pacientes atendidos durante la intervención ya que sólo dos de los cuatro lograron tal fin, por ello es relevante la conformación de un equipo interdisciplinario y la creación de una mayor cultura de la atención psicológica de la salud, mediante intervenciones del campo de la Medicina Conductual, como lo

mencionan Roth (1990), Avendaño (1998), Velasco y Sinibaldi (2001). Un procedimiento médico por si sólo no necesariamente mejora la calidad de vida de un paciente, es la atención integral la que lo favorece.

Con respecto a la adhesión terapéutica se coincide con Clay (1997) y Ginarte (2001) en cuanto que el paciente tiene que tomar un papel activo en lo concerniente a su padecimiento. Este papel tiene que ser voluntario para modificar creencias y actitudes. Los dos pacientes que mostraron mejora significativa, mostraron un cambio en su estilo de vida, actitudes y creencias hacia la enfermedad y tratamiento, desarrollando una percepción de autoeficacia para un adecuado ajuste al padecimiento. Los otros dos pacientes que no lograron un cambio se mostraron más dependientes y menos autoeficaces. Los resultados obtenidos del análisis de medidas fisiológicas como indicadores físicos de la adhesión concuerdan con los propuestos por Christensen y Ehlers (2002) y Lach y Valderrabano (1990), ya que los dos pacientes que registraron mejoría después de la intervención, estas medidas se modificaron a la par que las de calidad de vida. Esto confirmaría que se logró generar una adhesión al tratamiento en dos de cuatro pacientes atendidos, así como una mejora en la percepción de la calidad de vida, siendo este el objetivo de la intervención.

Durante el desarrollo de la intervención se registraron algunas limitaciones siendo esta principalmente de tipo institucional y socioeconómico, lo cual afectó la atención a un mayor número de

pacientes. El Hospital Juárez de México atiende a personas que no cuentan con seguro médico por parte de otras instituciones de salud como IMSS o ISSSTE y que son de bajos recursos económicos, razón por la que la permanencia de los pacientes diagnosticados con IRC y atendidos en este hospital es fluctuante, los pacientes que ingresan principalmente buscan estabilizarse (disminuir sus síntomas) y una vez logrado desertan del tratamiento o cambian de institución.

En el caso de los pacientes que requieren de un tratamiento sustitutivo como es el caso de la DPCA, las condiciones económicas son de vital importancia, desde la compra del líquido para la diálisis hasta las condiciones de infraestructura en las viviendas de cada paciente. Éstas deben pasar por una valoración médica y de trabajo social para considerar “apto” a un paciente candidato a iniciar con un tratamiento de DPCA. Debido a estos requisitos un número importante de pacientes que ingresan al servicio de nefrología no continúan el tratamiento o al cabo de unos meses desertan y cambian de institución, por lo que la atención y seguimiento de ellos se complica para el equipo médico. Otro aspecto que favorece la deserción de los pacientes es la iatrogenia, cuando a un paciente se le realizan procedimientos médicos de una forma no adecuada, eso genera un cambio en la situación médica del mismo, un paciente que por diversas circunstancias no se le puede colocar un catéter de forma adecuada y debe de someterse a varias intervenciones quirúrgicas para tal fin, deja de ser candidato a un programa de DPCA, porque la cavidad

peritoneal se afecta, quedando bajo manejo sustitutivo de hemodiálisis, por ejemplo.

Con la experiencia en la realización del estudio, se considera recomendable para réplicas del mismo, que se consideren aspectos tales como:

* Evaluación de personalidad previa. Existen casos en los que algunos rasgos de personalidad pueden modificar los resultados de una intervención como la diseñada para el presente trabajo. Se requiere un manejo interdisciplinario con psiquiatría para la obtención de mejores resultados, ya que los pacientes con presencia de algún trastorno psicológico requieren de un manejo diferente y quizá con un mayor número de sesiones con objetivos personalizados y no tanto de tipo grupal.

* Mantenimiento de un equipo multi e interdisciplinario. Para la atención integral de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, como lo es la IRC, el tener contacto y comunicación directa con los miembros del equipo muy probablemente reeditará en las mejoras de las condiciones de tratamiento para los pacientes.

* Seguimiento de los pacientes. Ésta favorece la evaluación del impacto del tratamiento en un periodo determinado, con lo cual se puede retroalimentar el diseño de los programas de intervención, ya que al conocer si un cambio se mantiene después de concluido el programa se

fortalece la estructura de la intervención dada y se generan mejores expectativas de un cambio efectivo y constante.

* Evaluación del tipo de intervención. Al diseñar un programa de intervención es necesario determinar un número adecuado de sesiones en función de las características de los pacientes y de los objetivos a alcanzar. Para estudios similares al presente la intervención podría dar mejores resultados si se realiza en grupo, más que de forma individual. Se podría organizar como apoyo psicoeducativo, ya que al intervenir de forma individual durante el desarrollo de las sesiones podría darse el riesgo de no abordar los temas de manera estándar con cada paciente, lo que generaría no proporcionar la misma información a cada uno.

* Programas preventivos para insuficiencia renal. Hace falta desarrollar programas de educación para la salud enfocados a identificar y evitar exponerse a factores de riesgo para la insuficiencia renal. Esto, además de favorecer la atención adecuada de estos pacientes, podría reducir los casos por este padecimiento, sobre todo con pacientes que ya presentan hipertensión y diabetes mellitus, dos de los principales padecimientos precursores de la IRC. En personas sin estos padecimientos se buscaría generar cambios en el estilo de vida desencadenante de la IRC tales como alimentación desbalanceada, actividad física escasa o inadecuada, falta de revisiones médicas periódicas, entre otros.

Aspectos complementarios: Informe de experiencia profesional.

Dentro del Programa de Residencia en Medicina Conductual que tiene la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se tiene como objetivo que los residentes obtengan entrenamiento y práctica supervisada en diversas instituciones de salud pública, para el trabajo directo con pacientes de enfermedades crónico-degenerativas, con una orientación cognitivo-conductual. El programa está diseñado con una perspectiva de relación docencia-servicio-investigación, donde el psicólogo desarrolla destrezas, habilidades y competencias para la solución de problemas de salud de creciente impacto en la población.

Durante los dos años de la residencia, los psicólogos pertenecientes al programa desarrollan actividades como detección de factores de riesgo y modificación de estilos de vida en un contexto de prevención de algunas enfermedades crónico-degenerativas, manejo general de problemas de índole crónico-degenerativo, manejo de estrategias de afrontamiento para el control y mantenimiento de la calidad de vida, manejo del paciente para favorecer la adhesión terapéutica, entre otras.

Para cumplir con el carácter de profesionalización en el área de Medicina Conductual, a los estudiantes se les asigna en diversas sedes siendo en el primer año, sedes de segundo nivel de atención en salud,

mientras que para el segundo año se asignan sedes de tercer nivel. A continuación se describirán las actividades realizadas durante la estancia como residente de Medicina Conductual.

Primer año de residencia (R1).

Durante el periodo comprendido de febrero de 2003 a febrero del 2004, la sede asignada fue el Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México, perteneciente a la Secretaria de Salud. La sede es considerada como una institución de tercer nivel de atención en salud, ubicado al norte de la ciudad de México desde septiembre de 1989, dando servicio a pacientes de todas las zonas del Distrito Federal y algunos municipios del Estado de México; cuenta con 19 especialidades y se considera un hospital para la formación médicos especialistas, su infraestructura incluye siete edificios, cincuenta consultorios, quirófano con diez salas, cuatro niveles en la torre de especialización, diez aulas de enseñanza, cocina, dos comedores, cuarto de máquinas y dos plantas eléctricas. Dentro de los recursos humanos cuenta con equipo de médicos adscritos especialistas, residentes, psicólogos, trabajadoras sociales, nutriólogas, enfermeras, camilleros, personal administrativo, de seguridad y de intendencia, en todas sus áreas.

El servicio de trasplante renal del hospital, está ubicado en la planta baja del mismo, cuenta con una sala de juntas, tres cubículos de aislamiento para la hospitalización de los pacientes trasplantados, una

oficina para el área de Procuración de Órganos, una oficina para el Jefe de Servicio y una sala de descanso para los residentes. El personal que integra este servicio se conforma por un jefe de servicio, tres médicos adscritos especialistas en trasplantes, tres residentes de la subespecialidad en trasplantes, dos psicólogas residentes de Medicina Conductual de primer y segundo año de la maestría, dos trabajadoras sociales, 20 enfermeras, una química fármaco bióloga, un asistente administrativo y dos intendentes.

Las actividades realizadas acordadas con las autoridades de servicio asignado fueron las siguientes:

1. Elaboración de protocolo de paciente candidato a trasplante

renal: Para esta actividad se coordinaba con los médicos residentes o adscritos para captar a los pacientes que fueron presentados ante el subcomité y comité de trasplantes con el fin de elaborar y/o actualizar el expediente psicológico de dicho paciente. De cada uno de ellos, se elaboraba la historia clínica, se realizaban procedimientos diagnósticos con orientación cognitivo-conductual, definida en el programa académico mediante el siguiente procedimiento:

a. Una vez que el paciente era enviado por el médico de trasplantes, se programaba una sesión familiar de primera vez en conjunto con el servicio de trabajo social y el residente de trasplantes, donde se contemplaban los temas enlistados a continuación:

i. Importancia del manejo interdisciplinario

- ii. Explicación sobre la insuficiencia renal y el procedimiento de trasplante
- iii. Riesgos y beneficios del trasplante
- iv. Proceso del protocolo de trasplante renal tanto para donación cadavérica como para donación de vivo relacionado.
- v. Periodo de aislamiento
- vi. Adherencia al tratamiento
- vii. Apoyo familiar
- viii. Manejo del estado de ánimo

Al término de la sesión se programaba una cita para continuar con el proceso.

- b. Inicio de la evaluación psicológica, misma que se iniciaba con la realización de la historia clínica a través del formato de entrevista estructurada avalada por el servicio de trasplante renal, y se aplicaba la batería de pruebas preestablecidas, a las cuales se añadieron el inventario de depresión de Beck (BDI) y el Inventario de ansiedad de Beck (BAI), por lo que la batería quedó integrada por 5 pruebas (BDI, BAI, Inventario de ansiedad rasgo-estado, 16 factores de personalidad y lista de chequeo de percepción de autoeficacia en el régimen alimenticio). La valoración se realizaba tanto al donador como al receptor del transplante.
- c. Elaboración del plan de tratamiento, basado en los resultados de la evaluación realizada, buscando intervenir en aspectos como la adherencia terapéutica, autocontrol

emocional enfocado a la ansiedad y la depresión, entrenamiento en habilidades sociales, manejo del dolor ante procedimientos médicos, búsqueda de apoyo y organización familiar, toma de decisiones y solución de problemas.

- d. Elaboración de nota(s) clínica(s), que se realizaban después de cada sesión programada durante el protocolo de trasplante, mismas que se anexaban al expediente clínico de cada paciente.
- e. Elaboración de informe, al finalizar la evaluación psicológica se realizaba el informe de la misma, el cual incluía:
 - i. Ficha de identificación.
 - ii. Descripción del paciente.
 - iii. Examen mental.
 - iv. Antecedentes (Familiares, sexuales, educativos, laborales, personales).
 - v. Resultados de la evaluación.
 - vi. Conclusión y comentarios.
 - vii. Firma de VoBo por el Jefe de Psiquiatría y Psicología del Hospital, previa entrevista con el paciente.
 - viii. Firma de la Psicóloga responsable de la evaluación.
- f. Presentación en el comité de trasplantes, una vez que se concluía la evaluación y se elaboraba el informe psicológico, conjuntamente con la conclusión del protocolo en su totalidad, éste se presentaba ante el comité de

trasplantes para que se autorizara la realización de la cirugía.

g. Seguimiento y vigilancia, cuando el paciente ya había concluido la parte psicológica, pero aún se encontraba en espera de la parte médica o de trabajo social, se realizaban citas periódicas para conocer el estado emocional del paciente y apoyar en su adhesión al tratamiento, así como también en situaciones de espera de la cirugía, o en los casos de ser trasplante por donación cadavérica, donde el tiempo de espera es indefinido.

2. **Interconsultas.** Esta actividad se realizaba mediante formatos de solicitud de interconsulta, que los médicos adscritos elaboraban solicitando que el servicio de psicología realizara una valoración del paciente, sobre todo cuando se encontraba en periodo de aislamiento y los niveles de ansiedad o depresión aumentaban.
3. **Trabajo con pacientes en hospitalización.** Se proporcionaba atención a pacientes en aislamiento para identificar posibles episodios de ansiedad, preocupación o miedo por el desconocimiento de su evolución.
4. **Trabajo con familiares de los pacientes.** Para esta actividad se realizaban sesiones con uno o varios familiares, desde el inicio del protocolo y durante el desarrollo del mismo, dependiendo de la necesidad identificada durante la evaluación al candidato a trasplante.
5. **Tutoría y supervisión.** Los jueves de 9 a 10 am asistía la supervisora académica del programa (Mtra. Irma De la Torre),

con quien se discutían casos para establecer diagnóstico, tratamiento y aspectos relevantes del manejo, además de realizar sesiones bibliográficas para obtener mayor información sobre los padecimientos a tratar.

6. **Con la supervisora *in situ*.** Los martes de 10 a 11 am se realizaban reuniones con la supervisora *in situ* (Mtra. Bertha Molina), conjuntamente con todos los residentes de Medicina Conductual asignados a la sede, para desarrollar discusión de diagnósticos, revisión de casos clínicos, elaboración de sesiones de enseñanza y elaboración de presentación de casos clínicos en las sesiones del servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital, mismas que se realizaban los miércoles de 11 a 12 pm, en las aulas de enseñanza.
7. **En la consulta externa.** Se asistía a la consulta externa de pacientes que se encontraban en estudios para trasplantarse, con la finalidad de captarlos dándoles cita e iniciar su expediente psicológico o darle continuidad/actualización al mismo.
8. **Legislación.** Conjuntamente con el jefe de servicio, los médicos adscritos, residentes y trabajo social, se realizaban sesiones del servicio donde se revisaban las leyes y reglamentos vigentes para los trasplantes de acuerdo con lo establecido en el sector salud.
9. **Asistencia a sesiones generales del hospital.** Una vez por semana, se asistía a las sesiones organizadas por el hospital donde se trataban diversos temas de interés para la comunidad hospitalaria.

Durante el año de la residencia dentro del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se intervino en tres trasplantes de vivo-relacionado, y siete trasplantes de donación cadavérica que incluyeron tres defunciones.
- Se realizaron dos intervenciones en crisis para petición de órganos, y tres por fallecimiento.
- Se dieron aproximadamente 165 sesiones individuales.
- Se implementó de un programa de intervención grupal para pacientes de la lista de espera de donación cadavérica, para el manejo de aspectos como ansiedad ante la espera, búsqueda de apoyo familiar, miedo al trasplante y/o a la muerte, así como adhesión al tratamiento de la nefropatía.
- Se colaboró con el grupo para pacientes renales conjuntamente con el residente del Servicio de Nefrología, con temas como: psicoeducación, asertividad, entrenamiento en solución de problemas, adhesión al tratamiento.
- Se realizaron 24 sesiones de primera vez con pacientes y familiares, en equipo con médicos residentes y trabajo social, con el objetivo de reunir al paciente con el mayor número de familiares interesados en conocer el proceso de la enfermedad, tratamiento y proceso de protocolo de trasplante renal.
- Se llevó a cabo una sesión de información y reencuentro con pacientes ya trasplantados y de recién ingreso a protocolo, con el propósito de que los primeros dieran a conocer su experiencia, antes y después del trasplante, a los segundos.

- ☑ Se participó como profesora en el II Curso-Diplomado “Enfermería médico-quirúrgica”, en el módulo XV trasplante renal, con el tema: “Intervención psicológica en pacientes candidatos a trasplante de riñón”.
- ☑ Se apoyó en la evaluación de los residentes de nuevo ingreso a las especialidades que ofrece el hospital.
- ☑ Se elaboraron dos protocolos de investigación, denominados:
 - Evaluación psicológica en pacientes candidatos a trasplante de córnea.
 - Elaboración de una escala de calidad de vida para pacientes trasplantados.

Segundo año de residencia (R2).

Para el segundo año de residencia de la maestría se asignaron dos sedes para el desarrollo de las competencias profesionales: el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM, y la segunda el Servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México. Ambas sedes forman parte del programa de la maestría.

El Centro de Servicios Psicológicos (CSP) “Dr. Guillermo Dávila” se encuentra ubicado en el sótano del Edificio D de la Facultad en Ciudad Universitaria, y pertenece a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social; está considerado como una institución de segundo nivel de atención a la

salud, ya que cuenta con el Programa de Atención Psicológica a enfermos crónico-degenerativos, dando atención a población que padece alguna enfermedad.

Los servicios que proporciona el CSP son: orientación, canalización, evaluación diagnóstica, tratamiento, investigación y docencia. Cuenta con aproximadamente 67 terapeutas y profesores, más de 150 estudiantes de licenciatura y posgrado, dos recepcionistas, un personal administrativo encargado de la base de datos, y una coordinadora. En cuanto a infraestructura, el CSP tiene 12 cubículos para atención individual, cinco cámaras de Gesell con equipo de videograbación, una sala para terapeutas con equipo de cómputo, una recepción, una oficina para el área administrativa, una oficina para coordinación, una sala de espera y una cocineta.

Como encargada de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social se encontraba la Mtra. Beatriz Vázquez Romero y la Coordinadora del CSP fungía la Lic. Noemí Barragán Torres, mientras que la responsable del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico-degenerativos era la Lic. Rebeca Sánchez Monroy, quien también tenía la figura de supervisora *in situ*, encargada de la supervisión, entrenamiento y coordinación de los residentes. El periodo de estancia en la sede fue de los meses de marzo a agosto del 2004.

Las actividades realizadas fueron las siguientes:

1. **Entrevistas clínicas.** Como parte del servicio que ofrece el CSP a la comunidad universitaria y al público en general, se realizaban entrevistas iniciales a los interesados en ser atendidos en el servicio, una vez que eran atendidos por las recepcionistas, quienes les pedían una serie de datos sociales para ser atendidos en alguno de los programas que conformaban el CSP.
2. **Tutoría y supervisión.** Los días miércoles de 9 a 10 am se realizaban conjuntamente con otros residentes, servidores sociales o estudiantes integrados al Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico-Degenerativos, la supervisión a cargo de la responsable del programa (Lic. Rebeca Sánchez), donde se comentaban los casos atendidos en la semana, así como su diagnóstico, tratamiento o canalización si fuese el caso, además de comentar sobre aspectos teóricos desde la perspectiva cognitivo-conductual sobre el manejo de los casos, realizándose esto los días martes de 9 a 10 am.
3. **Elaboración de notas clínicas.** Cada vez que se atendía a un paciente se debían realizar notas referentes a lo visto durante la sesión, contemplando el objetivo de la sesión, las técnicas empleadas, observaciones y plan a seguir para posteriores citas.
4. **Búsquedas y revisiones bibliográficas.** Como parte de la formación académica y de investigación, se procedía a la

búsqueda ya fuera vía electrónica o en revisión de acervo bibliográfico, de literatura concerniente al manejo de pacientes crónico-degenerativos con técnicas cognitivo-conductuales, para que dicha información formará parte del compendio del servicio y sirviera como fuentes de asesoría en casos necesarios.

Dentro de los logros alcanzados durante la estancia en la sede fueron:

- Se realizaron 15 entrevistas de primera vez, elaborando su historia clínica respectiva.
- Se atendieron a cinco pacientes de forma subsecuente, otorgando un total de 30 sesiones individuales.
- Se participó en la mesa redonda “Diferentes aproximaciones a problemáticas psicológicas” en el III Encuentro “La Facultad de Psicología en la comunidad kermés académica”, con la ponencia “Estilos de afrontamiento y calidad de vida en niños con cáncer”.
- Se colaboró con los dos residentes de segundo año para la organización de las actividades para los residentes de nuevo ingreso.
- Se inició con la elaboración del protocolo de intervención para la obtención del grado.
- Se realizó la presentación en sesión de casos del tema: Trastorno de pánico.

- Se apoyó en búsquedas bibliográficas como material de apoyo para otros residentes.
- Se realizaban llamadas telefónicas de seguimiento a pacientes.

De los meses de septiembre del 2004 a febrero del 2005 se cambió de sede, siendo la asignada el Servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México. Dicha sede está ubicada en la planta baja del hospital, compartiendo espacio con el servicio de trasplante renal.

El Servicio de Nefrología cuenta con un área de hemodiálisis con seis cubículos para la atención de los pacientes, seis máquinas de hemodiálisis, 20 camas de hospitalización, un cuarto aislado para el entrenamiento de diálisis peritoneal ambulatoria, dos oficinas para los médicos adscritos con equipo de cómputo. En cuanto a recursos humanos el servicio está formado por una jefe de servicio, tres médicos adscritos, tres médicos residentes de la especialidad, dos psicólogas residentes de Medicina Conductual, una enfermera encargada del entrenamiento y supervisión del procedimiento de diálisis continua ambulatoria, cinco enfermeras para la unidad de hemodiálisis, diez enfermeras para la atención de pacientes hospitalizados, una trabajadora social y una nutrióloga.

Las actividades realizadas en la sede asignada fueron las siguientes:

1. **Visitas a piso.** Diariamente de 8 a 9 am conjuntamente con el grupo de especialistas, dirigidos por el médico adscrito responsable del área, se procedía al pase de visita a pacientes hospitalizados en las salas asignadas para el servicio de Nefrología, para conocer el estado de evolución del padecimiento, con estos pacientes se procedía posteriormente a realizar una atención individual.
2. **Elaboración de notas clínicas.** Terminada la intervención individual al paciente, se procedía a la elaboración, en su expediente clínico, de la impresión obtenida con la información de la entrevista.
3. **Trabajo con pacientes hospitalizados.** Los pacientes hospitalizados eran personas que ingresaban al servicio de nefrología, ya sea por el servicio de urgencias o por canalización de otras instituciones, y presentaban un diagnóstico de nefropatía. Con este tipo de pacientes las intervenciones psicológicas eran para:
 - a. Intervención en crisis, mediante la contención emocional y el manejo de ideas sobre el estímulo que está generando la crisis para reestablecer el equilibrio emocional, siendo éste principalmente alterado por el diagnóstico confirmatorio de insuficiencia renal y/o la notificación del tratamiento a

seguir (diálisis intermitente, diálisis peritoneal o hemodiálisis).

- b. El manejo de ansiedad y dolor por procedimientos médicos invasivos, como la colocación de catéteres (rígido y blando) para la realización del tratamiento dialítico, la intervención se realizaba principalmente explicándole al paciente sobre dicho procedimiento, sus características, sensaciones y finalidad, para posteriormente entrenarlo en técnicas de autocontrol como relajación (progresiva o autógena), respiración diafragmática, imaginería, desensibilización sistemática, entre otras.
- c. Detectar trastornos psicológicos o psiquiátricos que fueran impedimento para un adecuado manejo médico y una óptima adhesión al tratamiento, esto se realizaba mediante la aplicación de pruebas psicológicas, para evaluar aspectos como ansiedad (IDARE), depresión (Inventario de depresión de Beck), personalidad (MMPI-2), alteraciones neuropsicológicas (Bender, Benton, Escalas Wechsler).

4. **Trabajo con pacientes en consulta externa.** Una vez que los pacientes ya diagnosticados habían egresado de hospitalización, se programaba cita para continuar con tratamiento psicológico en consulta externa; el tratamiento dependía de la problemática detectada previamente, como: trastornos de ansiedad, depresión, problemas de adhesión, donde los métodos utilizados se establecían desde la perspectiva cognitivo-conductual, con técnicas como la solución de problemas, toma de decisión,

reestructuración cognitiva de falsas creencias, autorregistros de conductas meta, modificación de conducta mediante el reforzamiento (positivo, negativo), modelamiento, moldeamiento, manejo de contingencias, etc.

5. **Trabajo con los familiares.** Para este rubro la intervención psicológica iba encaminada a la atención de los familiares del paciente y principalmente al cuidador primario, y se basaba en la contención emocional, la explicación de aspectos del padecimiento o del tratamiento donde no había quedado claro el procedimiento, la finalidad y/o los resultados, así como orientación encaminada hacia el manejo del paciente en casa. En familiares que se detectaba alguna problemática psicológica se iniciaba tratamiento dependiendo de lo encontrado, programando sesiones en consulta externa, siguiendo el patrón de tratamiento cognitivo-conductual.
6. **Trabajo en grupo.** Los martes de 12:00 a 13:30 pm., se realizaba la atención grupal, siendo ésta la conjunción de la atención individual y la familiar, donde el principal objetivo era brindar educación para la salud, tanto al paciente como al familiar o familiares interesados en participar. El servicio de psicología en colaboración con el Servicio de Nefrología del Hospital, elaboró un programa de sesiones grupales, donde se invitaba a pacientes y familiares a participar activamente en los temas a tratar, siendo estos desde el punto de vista médico, psicológico, nutricional y de cuidados de enfermería, para con ello brindar un panorama más claro del padecimiento y tratamientos. Los temas a tratar se

explicaban de manera que el asistente entendiera los conceptos, implicaciones y acciones a seguir para un buen manejo intra y extrahospitalario.

7. **Tutoría y supervisión.** Los jueves de 9 a 10 am asistían la supervisora académica del programa (Mtra. Irma De la Torre), y el responsable académico de la Maestría (Dr. Leonardo Reynoso) con quienes se discutían casos para establecer diagnóstico, tratamiento y aspectos relevantes del manejo, además de realizar sesiones bibliográficas para obtener mayor información sobre los padecimientos a tratar.
8. **Con la supervisora *in situ*.** Los martes de 10 a 11 am se realizaban reuniones con la supervisora *in situ* (Mtra. Bertha Molina) y el Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital (Dr. Ricardo Gallardo), conjuntamente con todos los residentes de Medicina Conductual asignados a la sede, para desarrollar discusión de diagnósticos, revisión de casos clínicos, elaboración de sesiones de enseñanza y elaboración de presentación de casos clínicos en las sesiones del servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital, mismas que se realizaban los miércoles de 11 a 12 pm, en las aulas de enseñanza.

Los logros alcanzados durante la estancia en el servicio fueron:

- Se otorgaron un total de 162 consultas individuales, 39 de primera vez y 123 subsecuentes.

- ☑ Se estableció el grupo de pacientes renales mediante la atención integral de ellos, donde participaban las diferentes áreas que componen el servicio (psicología, medicina, nutrición, enfermería, trabajo social), con temáticas tales como:
 - *Manejo emocional del paciente con IRCT.
 - *Adhesión al tratamiento sustitutivo y a la dieta.
 - *Preparación de alimentos con balance nutricional.
 - *Conocimientos sobre el padecimiento y su evolución.
 - *Cuidados físicos del paciente en diálisis.
 - *Orientación sobre el control de la ingesta de alimentos y líquidos.
 - *Condiciones sociofamiliares para la adecuada atención del padecimiento.
 - *Orientación sobre tratamientos sustitutivos.
 - *Calidad de vida del paciente con IRC y su familia.
- ☑ Se proporcionaron 9 sesiones grupales, donde se atendieron a 68 pacientes del Servicio y algunos familiares.
- ☑ Se realizó trabajo multi e interdisciplinario dentro del servicio, para lograr una atención integral al paciente tanto de reciente ingreso, como al subsecuente.
- ☑ Se realizó el protocolo de investigación denominado “Adhesión terapéutica y calidad de vida en pacientes con IRC sometidos a DPCA”.
- ☑ Se participó como ponente en el Curso-Taller de actualización en diálisis peritoneal en el Hospital General “Dr. Gonzalo Castañeda”

del ISSSTE, con el tema “Adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal crónica”.

☑ Se participó como ponente en el Curso: Paciente adulto con falla renal y sus alternativas de tratamiento, organizado en el Hospital General de Iztapalapa, con los temas:

- Síndrome depresivo en el paciente con insuficiencia renal crónica.
- Adherencia terapéutica en el paciente con insuficiencia renal crónica.

Se consolidó un equipo interdisciplinario en el Servicio de Nefrología del Hospital, que favorecía la atención integral a los pacientes allí atendidos.

Anexo 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) paciente:

Queremos hacer de su conocimiento que dentro esta institución se está realizando una investigación que lleva por nombre "Adhesión terapéutica y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria", ello con el fin de brindarle una atención integral de calidad durante su estancia en esta institución.

Por lo cual se necesita que usted participe en un programa psicológico de ocho sesiones y conteste un cuestionario. Dicho programa estará a cargo de una psicóloga titulada asignada al servicio de Nefrología donde usted esta siendo atendido(a).

Por lo anterior, le pedimos de la manera más atenta nos autorice su participación, en la investigación, teniendo plena confianza de que la información brindada, será confidencial y empleada para fines estrictamente profesionales.

En caso de no autorizar la participación, de ninguna forma se vera afectado el trato terapéutico hacia usted en esta institución.

Yo _____, paciente del Servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México, con número de expediente _____ acepto participar en la investigación llamada "Adhesión terapéutica y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria", teniendo plena confianza en que ello no afectará mi integridad física o moral.

Nombre y firma del
paciente

Nombre y firma del
testigo

Nombre y firma del
investigador
responsable

Anexo 2.

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
SERVICIO DE NEFROLOGIA
AREA DE PSICOLOGIA

Entrevista inicial.

Nombre:	
Edad:	
Estado civil:	
Lugar de procedencia:	
Domicilio actual:	
Escolaridad:	
Ocupación:	
Religión:	
Expediente:	
Fecha de ingreso:	
Motivo de ingreso:	
Fecha de egreso:	
Motivo de egreso:	

FAMILIOGRAMA.

1. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO:

2. CONOCIMIENTO SOBRE EL PADECIMIENTO.

3. IMPACTO DEL PADECIMIENTO (ÁREAS).
SOCIAL.

FAMILIAR

ESCOLAR/LABORAL

SEXUAL

PERSONAL

4. ESTADO EMOCIONAL ACTUAL.

5. EXAMEN MENTAL.

Anexo 3.

HISTORIA CLINICA GENERAL.

Nombre: _____ Edad: _____
Sexo: _____ Ocupación: _____
Edo.Civil: _____
Dirección: _____
Tel. Casa: _____ Tel. Oficina: _____

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS.

Higiene: _____
Vivienda: _____
Tabaquismo: _____
Drogas: _____
Alimentación: _____
Deporte: _____
Alcoholismo: _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS.

Enfermedades de la infancia: _____
Enfermedades de importancia: _____
Antecedentes quirúrgicos: _____
Antecedentes trasfuncionales: _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Diabetes: _____
Cardiopatías: _____
Hipertensión: _____
Otros: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Menarca _____
Ritmo _____ Alteraciones _____
IVSA _____ Dismenorrea: Si () No()
Tx _____

Tiempo de evolución _____ Dispareunia: Si () No ()

F.U.R.

_____ G _____ P _____ A _____ C _____ F.U.P. _____

F.U.C. _____ F.U.A. _____

PADECIMIENTO ACTUAL.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Peso: _____ Talla: _____ TA: _____ FC: _____

Habitus exterior: _____

Cabeza: _____

Cráneo: _____

Oídos: _____

Cavidad oral: _____

Ojos: _____

Nariz: _____

Cuello: _____

TORAX

Campos pulmonares: _____

Área cardiaca: _____

Mov. respiratorio: _____

Abdomen: _____

Extremidades superiores: _____

Extremidades inferiores: _____

Genitales: _____

ESTUDIOS DE GABINETE Y LABORATORIO.

Anexo 4.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL.

Fecha: _____

Paciente: _____ Edad: _____

Sexo: M F

Tratamiento: () Hemodiálisis () DPCA () Trasplante

¿Con _____ quién vive? _____

¿Quién prepara las comidas en el hogar? _____

Apetito actual: () Excelente () Bueno () Malo

Peso habitual: _____

Cambios recientes del apetito: Si () No ()

Desde: _____

Causa: _____

En caso de pérdida de peso en los últimos seis meses, cuál fue la causa? _____

En DPCA: Sensación de plenitud gástrica? Si () No ()

Saciedad precoz? Si () No ()

Problemas de masticación

y/o deglución? Si () No () Por

qué? _____

Indicación previa de

dieta especial? Si () No ()

Descripción: _____

Función intestinal: Diarrea Si () No ()

Vómitos Si () No ()

Náuseas Si () No ()

Estreñimiento Si () No ()

Alimentación habitual:

• Desayuno: _____

• Colación: _____

• Comida: _____

Colación: _____

• Cena: _____

¿Come fuera del hogar? (Frecuencia y lugar)

Preferencias alimentarias: _____
 Alimentos que no le gustan: _____
 Usa sal común? Si () No () Cuánta? _____
 Cuándo? _____
 Duante la cocción? Si () No () Agrega sal en la mesa? Si () No ()
 Usa otros condimentos y/o hierbas? Si () No ()
 Cuáles? _____
 Toma bebidas alcoholicas? Si () No ()
 Cuáles? _____
 Cantidad: _____
 Frecuencia: _____
 Practica ejercicio con regularidad? Si () No ()
 Cuál? _____
 Duración: _____
 Frecuencia: _____
 Información nutricional adicional: _____

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL (Medidas antropométricas).

Nombre: _____

Fecha: _____

Estatura (cm)	_____	PCT (mm)	_____
Peso actual (kg)	_____	PCB (mm)	_____
Peso seco (kg)	_____	PSE (mm)	_____
IMC (kg/m ²)	_____	CB (cm)	_____
% Peso teorico	_____	CMB (cm)	_____
% Peso habitual	_____	AMBc (cm ²)	_____
% Cambio de peso	_____	AAB (mm ²)	_____

EVALUACION NUTRICIONAL GLOBAL SUBJETIVA.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

A. Antecedentes.

1. Pérdida de peso (últimos 6 meses): _____ kg. Peso habitual _____ kg.

Peso actual: _____ kg.

Resultado:	Ninguna 1	<5% 2	5-10% 3	10-15% 4	>15% 5
------------	--------------	----------	------------	-------------	-----------

2. Cambio de ingesta alimentaria.

Resultado:	Ninguna 1	Dieta sólida insuficiente 2	Dieta líquida o moderada 3	Dieta líquida hipocalorica 4	Ayuno 5
------------	--------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	------------

3. Síntomas gastrointestinales (presentes durante más de 2 semanas):

Resultado:	Ninguna	Náuseas	Vómitos o síntomas moderados	Diarrea	Anorexia
	1	2	3	4	5

4. Incapacidad funcional (relacionada con el edo. nutricional)

Resultado:	Ninguna	Dificultad para deambular	Dif. Para actividades normales	Actividad leve	Poca actividad o en cama/silla de ruedas
	1	2	3	4	5

5. Comorbilidad:

Resultado:	Tiempo en diálisis < 1 año y sin comorbilidad	Tiempo en diálisis 1-2 años o con comorbilidad leve	Tiempo en diálisis 2-4 años o edad > 75 años o comorbilidad moderada	Tiempo en diálisis >4 años o comorbilidad grave	Comorbilidad grave y múltiple
	1	2	3	4	5

B. Examen físico:

1. Reservas disminuidas de grasa o pérdida de grasa subcutánea.

Resultado:	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Gravísima
	1	2	3	4	5

2. Signos de pérdida muscular.

Resultado:	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Gravísima
	1	2	3	4	5

3. Signos de edema/ascitis.

Resultado:	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Gravísima
	1	2	3	4	5

RESULTADO TOTAL: _____

INTERPRETACIÓN:

8	Adecuado
9-23	Riesgo nutricional (desnutrición leve)
24-31	Desnutrición moderada
32-39	Desnutrición grave
40	Desnutrición severa

Anexo 5.

Hoja de registro diario para diálisis peritoneal.

Nombre: _____

Fecha	Hora	Cambio	Concentración			Volumen infundido	Volumen drenado
			1.5%	2.5%	4.25%		
		1					
		2					
		3					
		4					
Total							
Temperatura		Peso	Presión arterial		Orina en 24 hrs (ml)		

Medicamentos:

Nombre	Dosis.

OBSERVACIONES: _____

Anexo 6.

González-Celis R.A. L. & Sánchez-Sosa, J.J. (2001)
Facultad de Psicología UNAM

INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ACERCA DE USTED

Antes de comenzar nos gustaría hacerle algunas preguntas generales acerca de usted; por favor encierre en un círculo la respuesta correcta o responda en el espacio sobre la línea.

¿Cuál es su nombre?

¿Cuál es su género?

Masculino

Femenino

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

_____ / _____ / _____
Día Mes Año

¿Cuál es el nivel más alto de estudios que usted recibió?

Ninguno en absoluto

Escuela Primaria

Escuela Secundaria

Escuela Media Superior

¿Cuál es su estado civil?

Soltero

Separado

Casado

Divorciado

Con pareja

Viudo

¿Usted está enfermo en este momento?

Sí

No

Si tiene algún problema con su salud, ¿qué piensa que sea? _____ enfermedad/problema

Instrucciones

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Si usted

¹ Traducción y adaptación: González-Celis, R.A.L. y Sánchez-Sosa, J.J. (2001). Este trabajo es parte parcial de la Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, del primer autor, bajo la dirección del segundo.

está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, **por favor seleccione sólo una**, la que le parezca más apropiada. Ésta es con frecuencia, la primera respuesta que de a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las **últimas dos semanas**. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerle sería:

	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted las clases de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en el número que mejor corresponda de acuerdo a la media de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con círculo el número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos, y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
1. ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy satisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a **cuánto** ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3. ¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
4. ¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8. ¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Qué tan saludable es su medio ambiente	1	2	3	4	5

físico?

Las siguientes preguntas son acerca de **qué tan completamente** ha experimentado, o ha tenido oportunidad de **llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas.

	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	La mayor parte del tiempo	Completamente
10. ¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15. ¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar qué **tan bien o satisfecho** se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas.

	Muy satisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19. ¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23. ¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los	1	2	3	4	5

servicios de salud?					
25. ¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a con **qué frecuencia** usted ha sentido o experimentado en las dos últimas semanas.

	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ayudó alguien a usted a llenar esta forma? _____

¿Cuánto tiempo le tomó completar esta forma? _____

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 7.

Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente, posteriormente elija una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió la semana pasada, inclusive el día de hoy. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió, si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una, asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1. 0 Yo no me siento triste
1 Me siento triste
2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
3 Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo

2. 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
1 Me siento descorazonado por mi futuro
2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. 0 Yo no me siento como un fracasado
1 Siento que he fracasado más que las personas en general.
2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
3 Siento que soy un completo fracaso como persona.

4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo.

5. 0 En realidad yo no me siento culpable.
1 Me siento culpable una gran parte del tiempo.
2 Me siento realmente culpable la mayor parte del tiempo
3 me siento culpable todo el tiempo

6. 0 Yo no siento que este siendo castigado.
1 Siento que podría ser castigado
2 Espero ser castigado
3 Siento que he sido castigado

7. 0 Yo no me siento desilusionado de mi mismo.
1 Estoy desilusionado de mi mismo.
2 Estoy disgustado conmigo mismo
3 Me odio

8. 0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
1 Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores.
2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
3 me culpo por todo lo malo que sucede

9. 0 Yo no tengo pensamientos suicidas
1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
2 Me gustaría suicidarme
3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

- 10.0 Yo no lloro más de lo usual
1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
2 Actualmente lloro todo el tiempo
3 Antes podía llorar, pero ahora no puedo hacerlo a pesar de que lo deseo.

- 11.0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes
2 Me siento irritado todo el tiempo
3 Yo no me irrito por las cosas por las que solía hacerlo

- 12.0 Yo no he perdido el interés por la gente
1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
2 He perdido en gran medida el interés por la gente
3 He perdido todo el interés en la gente

- 13.0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1 Pospongo tomar decisiones más que antes
2 Tengo más dificultades para tomar decisiones que antes

3 Ya no puedo tomar decisiones

14.0 Yo no siento verme peor que como me veía

- 1 Estoy preocupado(a) por verme viejo(a) o poco atractivo(a)
- 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen verme poco atractivo(a)
- 3 Creo que me veo feo(a)

15.0 Puedo trabajar tan bien como antes

- 1 Requiero de más esfuerzos para iniciar algo
- 2 Tengo que obligarme para hacer algo
- 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

16.0 Puedo dormir tan bien como antes

- 1 Yo no duermo tan bien como solía hacerlo
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
- 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

17.0 Yo no me canso más de lo habitual

- 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 2 Con cualquier cosa que haga me canso
- 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

18.0 Mi apetito no es peor de lo habitual

- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía hacerlo
- 2 Mi apetito está muy mal ahora
- 3 No tengo apetito de nada

19.0 Yo no he perdido mucho peso últimamente

- 1 He perdido más de dos kilos
- 2 He perdido más de 5 kilos
- 3 He perdido más de ocho kilos

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos

SI NO

20.0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes

- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como, dolores, dolor estomacal o constipación
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es muy difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que puedo pensar en ninguna otra cosa

21.0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que estaba
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo

Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatorre y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología UNAM

Anexo 8.

Inventario de Ansiedad de Beck.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le han molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

Síntoma	0	1	2	3
1. Entumecimiento, hormigueo	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
3. Debilitamiento de piernas	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
4. Dificultad para relajarse	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
5. Miedo a que pase lo peor	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
6. Sensación de mareo	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
8. Inseguridad	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
9. Terror	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
10. Nerviosismo	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
11. Sensación de ahogo	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
12. Manos temblorosas	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente

	Nada	Menos		
13. Cuerpo tembloroso	0	1	2	3
	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
14. Miedo a perder el control	0	1	2	3
	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
15. Dificultad para respirar	0	1	2	3
	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
16. Miedo a morir	0	1	2	3
	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
17. Susto	0	1	2	3
	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente

Anexo 9.

Dieta del paciente en diálisis peritoneal ambulatoria.

Es mucho menos estricta que en los pacientes con otras formas de tratamiento (hemodiálisis). Las restricciones son pocas y los puntos más importantes respecto a la dieta son los siguientes:

- a) La dieta que se indica se calcula de acuerdo con las necesidades de su organismo. Es tan malo comer en exceso como comer menos de lo indicado, porque esto último puede ocasionar desnutrición.
- b) Las proteínas que se indican (leche, carne y huevos) son indispensables, de modo que deben de comerse tal como se recomiendan.
- c) Aunque la diálisis ambulatoria hace casi innecesario que se limiten los líquidos y se evite la sal, existen ocasiones en que sea necesario y en ese caso se deben seguir las recomendaciones.
- d) El potasio es un elemento peligroso para los enfermos con insuficiencia renal. Aunque la diálisis ambulatoria elimina casi por completo ese peligro, es indispensable que el paciente no se confié y que cuide sus alimentos ricos en potasio.

El desglose de recomendaciones dietéticas se enlistan a continuación:

1. Proteínas: En los pacientes prediálisis su consumo se reduce a 0,6 gr/Kg. de peso ideal/día. Las proteínas serán al menos

60% de alto valor biológico, como la carne, huevo, leche, pescado, ya que contiene un alto porcentaje de aminoácidos esenciales; y se deben complementar con las que se denominan de bajo valor biológico, como papas, arroz, pastas.

2. Calorías. Estas dependerán de la actividad que desarrolle el paciente, pero serán consideradas a partir de 35 cal/kg de peso ideal/día. No es aconsejable su reducción y se recomienda que su aporte sea a partir de Hidratos de Carbono principalmente y en menor proporción de grasas. Se recomienda que la distribución de aporte calórico para un paciente con insuficiencia renal sea la siguiente:

a. Hidratos de carbono: Se recomienda que sea un 60%, preferentemente con bajo poder glicérico.

b. Grasas: Se recomienda un 30% de estas del total del aporte calórico, de ella que un 10% sean saturadas (de origen animal), de 6-8% polisaturadas (margarina, aceite de girasol, etc) y entre 12-15% monosaturadas (aceite de oliva), previniendo que la dieta no tenga un contenido de colesterol superior a 350 mgr/día.

3. Fibra. Se recomienda de 30-40 gr al día (pan integral, lentejas, garbanzos, etc).

4. Sodio. La ingesta recomendada es de entre 1,5-2 gr al día, aunque el paciente no utilice sal de mesa se debe recordar que en su composición natural hay alimentos más ricos que otros en sal y que en caso necesario se debe indicar al paciente qué debe evitar como mariscos, bombones, bebidas gaseosas, conservas, aditivos, entre otros.

5. Líquidos. La ingesta de líquidos será libre si no existen edemas que hagan necesario su restricción. Si esta fuera necesaria se recomienda el volumen de diuresis más de 750 cc de líquido al día.
6. Potasio. La ingesta recomendada es alrededor de 2.000 mg/día. Las frutas se limitaran a 1 pieza al día. A ser posible una manzana o pera. Las verduras, preferiblemente congeladas y hervidas por dos veces, cambiándoles el agua del hervido.
7. Calcio y fósforo: El consumo de Calcio recomendado es de 1.000 mg/día y 900 mg/día de fósforo.
8. Vitaminas y minerales. Como las frutas están casi ausentes en la dieta y las verduras hay que hervirlas dos veces, se tendrá que suplir con preparados vitamínicos, sobre todo el grupo B y ácido fólico de 5-10mg/día. La vitamina C se recomienda en estos pacientes pero a bajas dosis. Los minerales, sí están presentes, y sólo son deficitarios el hierro, que habrá que aportar con medicamentos bien oral o intravenosa, para evitar anemia.

Ejemplo de dieta estándar para paciente con IRC.

- + Carne o pescado, no más e 100 gr/día
- + Huevos, 3 a la semana.
- + Leche 200 cc. O 1 yogurth o 50 gr de queso al día
- + Verdura cocida dos veces
- + Legumbres secas, media ración a la semana

+ Pueden tomar libremente (si no existe obesidad): Pan, papas, arroz, pastas, aceite de oliva o margarina.

Alimentos prohibidos: Vísceras de animales, huevas de pescado, frutos secos, zumo de frutas, chocolate o similares, patés o embutidos.

Referencias

1. Alexander, J & Willems, E. (1981) Quality of life, some measurement requirements. *Archived Physical Medicine Rehabilitation*, 62, 261-265.
2. Avendaño, L. H. (1998). *Nefrología clínica*. Edit. Médica Panamericana. 1er. Reimpresión.
3. Arja, A., Stauder, A. & Nash, J. (2004). *Education and training in behavioral medicine-A survey on practice and needs in 16 countries*. Finlandia. Education and Training.
4. Buendía J. (1992). *Psicología Clínica y Salud: Desarrollos Actuales*. Universidad de Murcia.
5. Cacioppo, J. T. & Petty, R. E. (1982). *Perspectivas in cardiovascular psychophysiology*. Nueva Cork: Guliford Press.
6. Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G. & Berntson, G. G. (2000). *Handbook of Psychophysiology*. Second Edition.
7. Christensen, A. J & Ehlers, S. L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: A emerging context of behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 70(3), 712-724.
8. Christensen, A. J, Smith, T. W., Turner, C. W., Holman, J. M., Gregory, M. C & Rich M. R. (1992). Family support, physical impairment, and adherence in hemodialysis: An investigation of main y beffering effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(4), 313-325.
9. Christensen, A.J., Raichle, K., Ehlers S.L. & Bertolatus, J.A. (2002). Effect of family environment and doner source on patient quality of life following renal trasplantation. *Health Psychology* , 21(5), 468-476.
10. Churchill, D. (1998). *The effect of treatment modality on the quality of live for patients with end-stage renal disease*. Advances in CAPD. Toronto. Editado por Khann, R.
11. Clay, M. N. (1997). *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. Departamento de medicina Preventiva y salud Comunitaria. Universidad de Texas.
12. Cohen, F., (1979). *Personality, stress and the development of physical illness*. En G. C. F. Cohen, N. E. Adler & Associates, *Health Psychology: A Handbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
13. Danovitch, G.M. (2002). *Trasplante renal*. UCLA School of Medicine, Los Angeles, Cal. Hospital Manual 3er. Edic. 2002.

14. Donovan, D. A. (1988). Psicología de la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(1), 1-126.
15. Dumbbar, J.M. & Agras, W.S. (1980). *Compliance with medical instructions*. The comprehensive handbook of behavioral medicine. Vol. 1 Nueva York. Spectrum Publications.
16. Ginarte, A. Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505.
17. Gómez-Sancho, M. (1998). *Cuidados Paliativos: Atención integral a enfermos terminales*. ICEPSS, España.
18. González-Celis, R.A. (2001). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, UNAM.
19. González, M. y García, J. M. (2000). *Trasplante renal*. Edic. Aula Médica. España.
20. González, B. (1996). *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Panamericana. México.
21. Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J.J. & Willey, C. (2003). Behavioral mechanisms explaining adherence. *WHO*. Annex 1.
22. INEGI, Causas de Mortalidad en la población mexicana, página web consultada el 28 de agosto, 2008: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob50&s=est&c=3227>
23. Kasdin, A. E. (2002). *Research design in clinical psychology*. Boston, Pearson Education.
24. Kelinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento*. México. Interamericana-McGrawHill.
25. Keshaviah, P. (1996). *Valoración del grado de adecuación de diálisis*. Baxter:División renal.
26. Levine, D. Z. (1993). *Cuidados del paciente renal*. Interamericana. McGraw Hill.
27. Llach, F y Valderrábano, F. (1990). *Insuficiencia renal crónica: diálisis y trasplante renal*. Ediciones Norma. Madrid.
28. McGuigan, F. J. (1997). *Experimental Psychology: Methods of Research*. Upper Saddle River, Prentice Hall.
29. Mellamed, B.C. & Siegel, L.J. (1980). *Behavioral Medicine: Practical applications in health care*. Nueva York. Springer.

30. Moreno, A., Cano, V. y García, R. (1994). *Epidemiología Clínica*. Interamericana. McGrawHill, 2da. Edic. p.p. 189-199.
31. Rivera, B.C., Sánchez, H.V. (1998). *Sistema de actualización médica*. Medicina Interna. México, Intersistemas. p.p. 477-494
32. Robles, R y Páez, F. (2003) Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*. 26(1).
33. Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Paéz, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. 8, 211-217.
34. Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Bogotá, Colombia, 22(1).
35. Valderrama, G. F., Fajardo, C., Guevara, R., Gonzáles Pérez, V y Hurtado, A. (2002). Mala adhesión a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*. 22(3): 245-252.
36. Velasco C, M y Sinibaldi, G. J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. El Manual Moderno. México. p.p. 221-225.
37. Wiebe, J. S & Christensen, A. J. (1996). Patient adherence in chronic illness: Personality and coping in context. *Journal of Personality*, 4(64), 815-835.