



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ALEJANDRA GARCÍA ARISTA

TUTORA: DRA. DOLORES MERCADO CORONA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

COMITÉ TUTORIAL :

DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DRA. MARÍA DEL SOCORRO VITAL FLORES
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

DR. ARIEL VITE SIERRA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CIUDAD DE MÉXICO, 2016.



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá. Por haberme otorgado la vida, cuidarme, quererme y apoyarme siempre.

A Vale. Te amo mil, espero ser un buen ejemplo para tí.

A la UNAM, que inspira, motiva, fortalece y enorgullece, por otorgarme esta oportunidad de crecimiento y a todos mis profesores de los cuáles he aprendido tanto.

En especial:

A la Dra. Dolores Mercado por asesorarme y orientarme en aspectos académicos, gracias por el tiempo dedicado, la paciencia y sensibilidad para corregirme, admiro mucho su trabajo y calidad humana.

A la Dra. Socorro Vital, que representa un ejemplo de profesionista y ser humano en general, agradezco muchísimo la confianza que deposito en mí y con ello hizo que varios de mis sueños se cumplieran.

A todas las personas que participan día a día en cumplir mi meta y sueño profesional de ser Psicóloga:

Pacientes quienes me han enseñado gran parte de lo que sé.

Alumnos que me han ayudado a solidificar y compartir mis conocimientos y experiencia.

A la vida por permitirme lograr metas y conocer personas tan valiosas, muchas de ellas no las menciono pero las llevo en mi corazón y memoria.

lieben Dank für mir immer zur Verfügung stehen
Sie sind super Spaß freundlich und fürsorglich.
Ich liebe dich sehr viel

RESUMEN

La enfermedad renal crónica es un padecimiento cuya incidencia va en aumento progresivo, ya que sus principales causas son diabetes mellitus e hipertensión arterial afecciones altamente frecuentes en México. Estas enfermedades tienen en común estilos de vida poco saludables basados en conductas de riesgo para la salud. El objetivo de este reporte de experiencia profesional fue describir las actividades académicas, de práctica clínica y de investigación realizadas durante la residencia en medicina conductual con pacientes renales de los servicios de Nefrología y Trasplantes del Hospital Juárez de México. Las actividades académicas contemplaron sesiones de casos clínicos y bibliográficas, así como supervisiones in situ y académicas. La práctica clínica consistió en realizar evaluación, diagnóstico e intervención cognitivo-conductual con pacientes nefrológicos, así como el diseño, elaboración e impartición de talleres de temáticas psicológicas para pacientes renales. El último periodo de residencia se dedicó a la realización del protocolo de investigación el cual consta de tres fases (detección de necesidades de intervención, diseño de programa de intervención y aplicación y evaluación del programa) el objetivo central fue evaluar la eficacia de un programa cognitivo-conductual en la calidad de vida y adherencia terapéutica en un estudio de caso. Se discuten los resultados a la luz de la importancia de la intervención psicológica en pacientes renales crónicos.

ÍNDICE

CAPITULO I.- PROGRAMA DE RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL.....1

1.1 ANTECEDENTES.....2

1.2 OBJETIVOS Y ACTIVIDADES.....5

CAPÍTULO II.- INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL RESIDENCIA HOSPITALARIA7

2.1 PRIMER PERIODO: SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.....8

2.1.1 Características del Servicio de Nefrología.....8

2.1.2 Actividades específicas de Medicina Conductual en el servicio.....9

a) Actividades Clínicas.....9

b) Actividades Académicas.....11

2.1.3 Datos sobre las intervenciones realizadas.....12

2.1.4 Caso clínico.....13

2.2 SEGUNDO PERIODO: SERVICIO DE TRASPLANTES, HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.....19

2.2.1 Características del Servicio de Trasplantes.....19

2.2.2 Actividades específicas de Medicina Conductual en el servicio.....20

a) Actividades Clínicas.....20

b) Actividades Académicas.....25

2.2.3 Datos sobre las intervenciones realizadas.....25

2.2.4 Caso clínico.....27

CAPÍTULO III.- PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA FAVORECER CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES RENALES: ESTUDIO DE CASO	36
3.1 RESUMEN.....	37
3.2 INTRODUCCIÓN.....	38
3.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	47
3.2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	47
3.2.3 HIPÓTESIS.....	47
3.2.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	48
3.3 FASE 1. DETECCIÓN DE NECESIDADES DE INTERVENCIÓN.....	48
3.3.1 OBJETIVO.....	48
3.3.2 MÉTODO.....	48
3.3.3 RESULTADOS.....	50
3.3.4 DISCUSIÓN.....	51
3.4 FASE 2.- DESARROLLO DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	52
3.4.1 OBJETIVO.....	52
3.4.2 MÉTODO.....	52
3.4.3 RESULTADOS.....	57
3.4.4 DISCUSIÓN.....	61
3.5 FASE 3.- APLICACIÓN DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	62
3.5.1 OBJETIVO.....	62
3.5.2 MÉTODO.....	62
3.5.3 RESULTADOS.....	69
3.5.4 DISCUSIÓN.....	75
3.6 CONCLUSIÓN.....	78
3.6.1 LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	78
REFERENCIAS	80
ANEXOS	91

**CAPÍTULO I.
PROGRAMA DE
RESIDENCIA EN
MEDICINA
CONDUCTUAL**

1.1 ANTECEDENTES

Desde 1948 la Organización Mundial de la Salud reconoce la importancia del bienestar mental como uno de los elementos determinantes de la salud de un individuo, proponiendo la siguiente definición «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.». A partir de entonces fue cada vez más evidente el papel que juegan los aspectos psicológicos relacionados con enfermedades y disfunciones crónicas; Este contexto es el que facilitó el surgimiento de la Psicología de la Salud alrededor de la década de los 70 y a partir de entonces, los diferentes programas de investigación básica, fueron demostrando la conexión entre procesos psicosociales y los cambios fisiológicos (Rodríguez-Marín, 2002). De ahí que en 1977, se propone apenas la conceptualización de la Medicina Conductual en la Universidad de Yale. Posteriormente en abril de 1978, se reunieron importantes especialistas del área de la salud y de las ciencias sociales para formalizar la creación de la Medicina Conductual, es entonces cuando se funda la Academia de Investigación en Medicina Conductual en Estados Unidos, esta define a la Medicina Conductual como “el campo interdisciplinario que se ocupa de la integración de las ciencias conductuales y biomédicas para comprender la salud y la enfermedad, con el fin de desarrollar y aplicar los conocimientos y técnicas en a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades” (Schwartz & Weiss, 1977, p.177), definición que hasta el día de hoy mantiene la Society of Behavioral Medicine (2015).

Rosas (2014) propone la siguiente concepción de Medicina Conductual: “área de integración de las disciplinas biomédicas y las psicosociales, para la evaluación, análisis y modificación del comportamiento en todas las etapas del proceso salud-enfermedad (desde la promoción de la salud hasta etapas libres de enfermedad o terminales)”.

Borda, Pérez y Blanco (2000), así como Buceta, Bueno y Mas (2000), enfatizan los siguientes ocho objetivos de la Medicina Conductual:

- 1.- Intervención para modificar una conducta abierta o respuesta fisiológica que en sí misma constituye un problema de salud.
- 2.- Intervención para modificar la conducta de los profesionales de la salud y mejorar sus servicios de salud.
- 3.- Intervención para modificar la adherencia al tratamiento prescrito.
- 4.- Intervención para modificar conductas o respuestas que constituyen un factor de riesgo para la enfermedad.
- 5.- Investigación sobre la efectividad de la intervención.
- 6.- Identificación de los factores comportamentales que tras su modificación reducen el grado o la frecuencia de la enfermedad.
- 7.- Abordaje de toda la gama de enfermedades.
- 8.- Establecimiento de la distinción entre la prevención primaria (prevención), secundaria (tratamiento) y terciaria (rehabilitación).

Cabe aclarar que la Medicina Conductual es un campo que surge de la Psicología y no de las ciencias biomédicas o socioculturales (Piña, Obregón, Corral, Márquez, 1996), por lo tanto no es subordinada del campo médico (Amigo, Fernández y Pérez, 2003), también vale la pena diferenciar la Medicina Conductual de la Psicología de la salud, pues aunque están estrechamente relacionadas, la diferencia radica en que la Medicina Conductual es un campo interdisciplinario que incluye varias áreas (ciencias biomédicas, comportamentales, antropología, medicina, etc.) para prevenir y tratar la enfermedad y promover la salud, mientras que la Psicología de la salud, se enfoca en los avances que se producen en diversas áreas de la psicología (social, educativa y del aprendizaje, modificación conductual) para ser aplicados en el campo de la Medicina Conductual (Borda, Pérez y Blanco, 2000).

De esta forma, la Medicina Conductual ha aportado evidencia de cómo las intervenciones conductuales pueden ser utilizadas con eficacia para prevenir la enfermedad (Gulliksson, Burell, Vessby, Lundin, Toss, & Svärdsudd, 2011; Leija-Alva, Aguilera-Sosa, Lara-Padilla, Rodríguez Choreño, Trejo-Martínez & López-De la rosa, 2011; Camacho, Vega-Michel, Orejudo, 2011; Velázquez-Jurado, Blas-Hernández, Riveros-Rosas, Zermeño & Quiñones, 2012), mejorar la gestión de la enfermedad existente (Santillán, 2010; Montiel-Carbajal & Domínguez-Guedea 2011; Gustavo, Matamoros-Tapia, Mijangos, Nava-Guerrero, Sánchez-Sosa, 2012; Ybarra, Orozco, De León & Vargas, 2012; García-Cedillo, Cazares, Piña e Ybarra, 2012; Castillo 2012), aumentar la calidad de vida (Garduño, Riveros & Sánchez-Sosa, 2010; Cornejo, Villalpando, Mazón, 2010; Heredia-Ancona, Lucio-Gómez & Suárez de la Cruz, 2011; Riveros & Trejo, 2012; Galán-Cuevas, Alemán-De la Torre, Martínez-Martínez, 2012), reducir los costos personales, de atención médica y sanitaria. Al respecto, Guevara-Gasca y Galán-Cuevas (2010) proponen la actualización del personal de salud, complementando el modelo médico ya que este no ha dado una solución viable al manejo de las enfermedades crónicas, ya que principalmente se centra en los aspectos biológicos, dejando a un lado las variables comportamentales y cognoscitivas. Por ello se consideró necesaria la inserción de Psicólogos en los equipos de salud y así llevar a cabo un tratamiento integral.

Ante este panorama la Universidad Nacional Autónoma de México propone el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual el cual fue diseñado en 1998 e inicia en 1999, bajo un enfoque cognitivo-conductual y con una perspectiva de relación docencia-servicio-investigación, donde se busca que el psicólogo en formación desarrolle destrezas, habilidades y competencias para la solución de problemas de salud de creciente impacto en la población (Plan de Estudios de la Residencia en Medicina Conductual, 2001, en Reynoso, Hernández, Bravo y Anguiano, 2011).

1.2 OBJETIVOS Y ACTIVIDADES.

El programa de Residencia en Medicina Conductual mantiene como objetivo general: “Desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud, desde una perspectiva multidisciplinaria. Los egresados deberán contar con los conocimientos y competencia necesarios para prevenir y solucionar problemas prioritarios mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos idóneos que sustentan el quehacer disciplinario, tanto a nivel individual como grupal, integrado de manera equilibrada en sus diferentes actividades” (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2013).

Los objetivos específicos de la residencia son los siguientes:

1. Favorecer la resolución de problemas psicológicos de los pacientes, generados por problemas orgánicos.
2. Ofrecer y generar alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas.
3. El desarrollo de intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.
4. Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.
5. Entrenar a los familiares de los enfermos en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias con el fin de mejorar y/o mantener la calidad de vida tanto en el paciente como en los miembros de la misma.
6. Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

En cuanto al procedimiento a desarrollar para el logro de los objetivos, cabe mencionar que el Programa de Residencia en Medicina Conductual, se encuentra dividido en dos etapas de formación, que son las siguientes:

Una **primera etapa** con entrenamiento dentro de instalaciones universitarias que se desarrolla entre los meses de agosto a febrero, tiempo en el que los alumnos reciben talleres breves, todo esto con el propósito de que se encuentren preparados para enfrentarse a los siguientes problemas psicológicos derivados del problema médico del paciente:

- Preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos.
- Preparación de pacientes para procedimientos quirúrgicos.
- Manejo de la depresión causada por la estancia hospitalaria.
- Manejo del miedo a lo desconocido en el hospital.
- Manejo del dolor.
- Comunicación de noticias a pacientes y familiares.
- Intervención en crisis.
- Adherencia a la terapéutica.
- Canalización de los casos que no son de su competencia.

Posterior a la preparación, viene la **segunda etapa** que consiste en llevar a cabo el trabajo en hospitales, tiene una duración de 18 meses y ofrece 2,400 horas efectivas de práctica supervisada. En las sedes hospitalarias, las principales actividades consisten en el diseño y aplicación de programas de intervención para contribuir con el equipo interdisciplinario en el manejo de padecimientos crónico degenerativas, mediante la evaluación, el diagnóstico, la implementación del plan de intervención, la aplicación de distintas técnicas y procedimientos derivados de la terapia cognitivo conductual y la evaluación de los resultados obtenidos. Además del trabajo con los pacientes se participa en seminarios, estudios de caso, sesiones clínicas y bibliográficas y otras actividades complementarias. En el siguiente capítulo se describen las actividades realizadas durante dos periodos de la Residencia en Medicina Conductual dentro del ámbito hospitalario, cabe mencionar que en ambos períodos se trabajo con pacientes con Enfermedad Renal Crónica, por ello el marco teórico relacionado con dicha enfermedad se presentara al describir la investigación realizada durante el período de Residencia, en el tercer capítulo de este informe.

**CAPÍTULO II.
INFORME DE
EXPERIENCIA
PROFESIONAL:
RESIDENCIA
HOSPITALARIA**

2.1 PRIMER PERIODO: SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

El primer período de residencia se llevo a cabo del 9 de enero al 31 de octubre del 2012, la sede asignada fue el servicio de nefrología del Hospital Juárez de México, esta unidad hospitalaria se ubica al norte de la ciudad de México, brinda un tercer nivel de atención y pertenece a la secretaría de salud.

2.1.1 Características del Servicio de Nefrología

El servicio de nefrología se divide en cuatro áreas de atención, como se observa en la figura 1, la jefatura del servicio se ubica en la planta baja del lado sur del hospital, justo a un costado se ubica la unidad de hemodiálisis, las áreas de hospitalización, consulta externa y diálisis peritoneal continua ambulatoria se encuentran en el tercer piso.

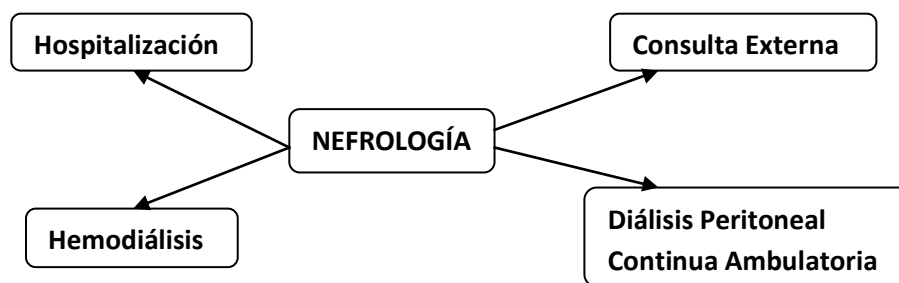


Figura 1. Áreas de atención del Servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México.

En cuanto a recursos humanos, cabe mencionar que es un servicio con equipo multidisciplinario muy completo e integrado como se puede ver en la figura 2, se compone por un jefe de servicio, cuatro médicos adscritos, residentes médicos en nefrología de diferentes grados, una residente en medicina conductual, una enfermera encargada del entrenamiento y supervisión del procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria, cinco enfermeras para la unidad de hemodiálisis, diez enfermeras para la atención de pacientes hospitalizados, un trabajador social y dos pasantes de la licenciatura en nutrición.

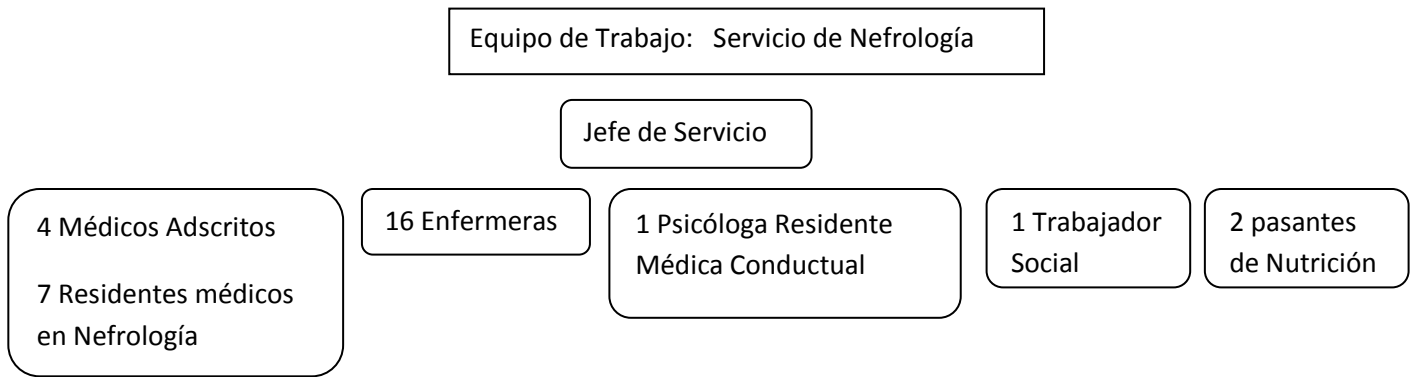


Figura 2. Composición del equipo de Trabajo en el Servicio de Nefrología.

El servicio de nefrología, ingresa pacientes por el área de urgencias y consulta externa apoyados por las enfermeras del servicio, durante su estancia son evaluados por el psicólogo residente en medicina conductual mientras trabajo social se encarga de la evaluación familiar, el área de nutrición realiza también una evaluación y elaboración de historia clínica del paciente.

2.1.2 ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEDICINA CONDUCTUAL EN EL SERVICIO

Durante el primer periodo de residencia, fui la única residente de medicina conductual asignada al servicio de nefrología, por lo que la organización fue un factor primordial para el cumplimiento de las actividades y objetivos de la residencia en todas las áreas del servicio, pues anteriormente en nefrología se encontraban tres residentes de medicina conductual.

a) Actividades clínicas

Las actividades clínicas se llevaban a cabo en cada una de las áreas del servicio, de forma que se atendían pacientes en hospitalización, hemodiálisis, consulta externa y diálisis peritoneal. En estas áreas, realizaba trabajo psicológico con pacientes renales crónicos, iniciaba con una entrevista, seguida de evaluación mediante instrumentos psicológicos establecimiento de diagnóstico de acuerdo al DSM IV y diseñaba un plan de tratamiento cognitivo conductual de acuerdo a cada

caso. Para cada intervención que realizaba elaboraba una nota clínica en formato SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan) y la adjuntaba al expediente clínico.

Para estar informada de los casos y avances de pacientes hospitalizados, asistía todos los días a la entrega de guardia y pase de visita, junto con el equipo médico, de trabajo social, enfermería y nutrición.

Implemente también un “Taller informativo para personas con enfermedad renal y sus familias” tres veces durante el periodo de residencia, donde tuve hasta 20 asistentes entre pacientes y familiares.

Otra de las actividades del servicio consistía en preparar a los pacientes para procedimientos médico-quirúrgicos invasivos como son la instalación y retiro de catéter y realización de biopsia renal.

A continuación se presenta un cronograma de actividades diarias realizadas durante la residencia en el servicio de Nefrología:

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 Control de asistencia con supervisor in situ				
8:00-8:30 Revisar pendientes	7:30-8:30 Evaluación e intervención en Hemodiálisis	8:00-9:00 Sesión general de hospital.	7:30-8:30 Evaluación e intervención en Hemodiálisis	8:00-8:30 Revisar pendientes
8:30-9:00 Entrega de guardia y pase de visita	8:30-9:00 Entrega de guardia y pase de visita	9:00-9:30 Entrega de guardia y pase de visita	8:30-9:00 Entrega de guardia y pase de visita	8:30-9:00 Entrega de guardia y pase de visita
		9:30-10:30 Evaluación e intervención en hospitalización		
9:30 -11:00 Evaluación e intervención en Hospitalización	9:15- 11:30 Evaluación e intervención en Hospitalización	10:30-11:30 Sesión conjunta de casos clínicos con supervisor in situ	9:15-10:00 Evaluación e intervención en Hospitalización	9:30- 11:00 14:00:15:00 Evaluación e intervención en consulta externa
11:30-12:00 Elaboración notas clínicas	11:30-12:00 Elaboración notas clínicas	11:30- 13:00 Evaluación e intervención en DPCA	10:00-11:00 Reunión con Supervisora académica	11:00-12:00 Sesión bibliográfica

12:00-14:00	12:00-14:00	13:00-14:30	11:00- 13:00	12:00-14:30
Evaluación e intervención en hemodiálisis	Taller informativo para personas con enfermedad renal y sus familias-	Evaluación e intervención en hemodiálisis	Evaluación e intervención en hemodiálisis	Evaluación e intervención en Hospitalización
14:00-14:45	14:00:15:00	14:30-15:00	13:00-14:45	14:30-15:00
Elaboración de notas clínicas	Evaluación e intervención en consulta externa	Elaboración de notas clínicas	Elaboración de notas clínicas	Elaboración de notas clínicas

b) Actividades Académicas

Cabe mencionar que dentro de las actividades académicas se encuentran:

La **sesión general de hospital**. Un día a la semana, el personal de salud del hospital expone un tema para todos los asistentes en el auditorio principal. La asistencia de los médicos adscritos y residentes es de carácter obligatorio.

Sesión conjunta de casos clínicos con supervisor in situ.- Es una reunión con el Jefe de Psiquiatría quien es el supervisor in situ y todos los residentes de medicina conductual, de manera individual se presenta un caso que se haya atendido o se esté resolviendo, al finalizar la exposición del caso se realiza una retroalimentación por parte de los presentes.

Reunión con supervisora académica.- Se realiza de forma semanal, y se comenta con la supervisora académica y con tres compañeros más, los casos que se han atendido y si existía alguna dificultad con los pacientes o el servicio.

Sesión bibliográfica.- Se trata de una reunión con el supervisor in situ y los compañeros de medicina conductual, donde se revisa un tema diferente presentado en forma de artículo de investigación reciente, se somete a difusión y discusión.

2.1.3 DATOS SOBRE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS

Mensualmente se atendía un promedio de 30 pacientes, algunos nuevos casos y otros subsecuentes, en total durante este primer periodo de residencia se realizaron 2,400 intervenciones.

La edad de estos pacientes vario de 17 a 67 años de edad, en cuanto a las técnicas implementadas, en el total de los nuevos casos se realizo entrevista de evaluación, también se implemento psicoeducación (98%), reestructuración cognitiva (55%), solución de problemas (62%), balance decisional (81%), intervención en crisis (36%), expresión emocional (69%), relajación (20%). En menor medida, se realizó entrenamiento en habilidades sociales (26%) enfocado a mejorar la comunicación y expresión de dudas, específicamente en la mejora de la relación médico-paciente.

La mayor cantidad de intervenciones se realizaron durante el ingreso a hospitalización de los pacientes por diagnostico reciente (63%), seguido por pacientes en tratamiento crónico de hemodiálisis (20%), y mínimamente a los pacientes de diálisis peritoneal (7%) y consulta externa (10%).

El padecimiento más frecuente en cuanto a diagnóstico es enfermedad renal crónica en sus 5 estadios (87%), aunque se atendieron en su mayoría a personas con etapa 5, también se trataron personas con cálculos renales (10%) y lupus eritematoso sistémico (3%).

En cuanto a los problemas psicológicos atendidos, los más frecuentes fueron déficit de adhesión terapéutica (60 %), depresión (16%), ansiedad (14%) y déficit en el control del enojo (10%).

A continuación se presenta el informe de un caso destacado durante la primera rotación, en donde se muestra el trabajo realizado con pacientes del servicio de Nefrología.

2.1.4 Caso Clínico

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO SERVICIO DE NEFROLOGÍA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: JP

EDAD: 29 AÑOS

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: CASADO.

ESCOLARIDAD: PREPARATORIA CONCLUIDA

OCUPACIÓN: CHOFER MICROBÚS.

RELIGIÓN: CATÓLICA.

LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA: ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO.

DX. MÉDICO: Enfermedad Renal Crónica-estadio 5 (ERC-5),
secundaria a Hipertensión Arterial Sistémica (HAS).

FECHA DIAGNÓSTICO: 08-JUNIO-2012

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente referido a Medicina Conductual durante hospitalización por medico tratante, debido a que requiere tratamiento sustitutivo de la función renal y a pesar de que cuenta con condiciones para ingresar al programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y su familia acepta, él se niega a aceptar realizar la diálisis en su domicilio.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Padre con hipertensión arterial sistémica.

Madre finada en accidente automovilístico hace 6 años.

Una hermana mayor aparentemente sana.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Sarampión a los 6 años, a los 24 años se le diagnóstica hipertensión arterial sistémica.

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS PATOLÓGICOS.

Niega haber sido tratado anteriormente por alguna patología psiquiátrica o psicológica.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Habita en casa propia, cuenta con todos los servicios, hábitos higiénicos personales regulares. Dieta abundante en grasas y sodio. Niega convivencia con animales; alcoholismo y tabaquismo positivo desde los 15 años de edad con consumo social (3 veces al mes).

DINÁMICA FAMILIAR.

El paciente vive en el mismo terreno que su padre y hermana, aunque cada uno cuenta con una vivienda independiente. Paciente es sostén económico de su padre, esposa e hijos.

Con su esposa refiere llevar una "relación difícil" pues aunque él la quiere mucho, no está de acuerdo en cómo le grita a sus hijos o como los educa. Además es "poco dedicada al hogar" (sic. Paciente).

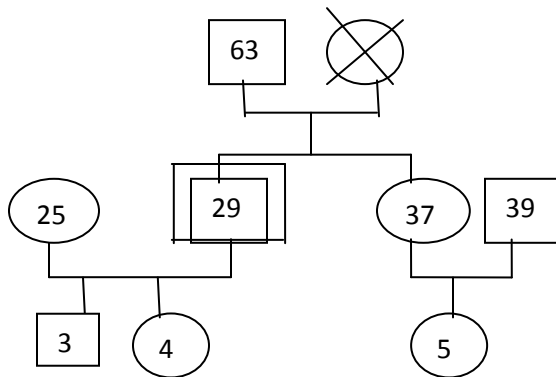
A partir de la muerte de la madre, el paciente comenta que su hermana mayor desempeña el rol de “madre” (sic. Paciente), pues es quien les da de comer, “esta siempre al pendiente, aconseja y ayuda, aunque a veces se toma atribuciones que no le corresponden como opinar sobre mis hijos o mi esposa” (sic. Pac.).

El paciente refiere que la pérdida de su madre fue difícil de superar pues él era muy cercano a ella, sin embargo se siente “agradecido con ella” (sic. Paciente) por darle la vida y haber compartido momentos agradables juntos.

Con su padre refiere tener “buena relación pues él me apoya y la mayoría de las veces me da la razón, lo que me hace sentir querido” (sic. Paciente).

FAMILIOGRAMA.

La composición familiar del paciente se muestra a continuación de manera detallada:



HISTORIA DEL PROBLEMA

NEFROLÓGICA.

Paciente es diagnosticado con hipertensión arterial sistémica en el año 2007, por médico de atención particular.

En junio del 2012 y tras sufrir por aproximadamente un mes síntomas como: dolor de cabeza, fatiga y edema, el paciente ingresa al área de urgencias del Hospital Juárez de México con fiebre, náuseas y vómito. Posteriormente es remitido al Servicio de Nefrología, donde se comunica diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en etapa 5 (ERC-5), posteriormente se solicita consentimiento a familiar responsable (hermana mayor) para colocación de catéter venoso central y realizar sesiones de hemodiálisis. Durante la hospitalización, por petición de Nefrólogo tratante, el paciente es evaluado por Trabajo Social, para determinar si existen condiciones para ingresar al programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del Hospital Juárez de México y es aceptado en dicho programa.

PSICOLÓGICA.

El paciente comenta no haber recibido anteriormente atención psicológica ni psiquiátrica.

El paciente es referido por su negativa a iniciar tratamiento de diálisis en su domicilio, el primer contacto por parte del servicio de Medicina Conductual, se establece tras 3 días de haber ingresado al hospital, inicialmente se realiza entrevista con familiares y posteriormente con el paciente.

El equipo de salud del Hospital Juárez de México y los familiares opinan que la mejor opción de tratamiento para el paciente es la DPCA, sin embargo el paciente se muestra renuente, la familia comenta que el paciente verbaliza “sentirse solo” y pide le acompañen todo el tiempo, principalmente su hermana, cuando la hermana se encuentra con el paciente casi no hablan sobre la DPCA, pues la hermana refiere no saber que decirle, solo le dice que lo apoya y lo quiere mucho y que cree que la mejor opción para él es la DPCA, sin embargo, como no logra “verle nada bueno” (sic. familiar), no sabe como apoyar ese argumento.

PROBLEMÁTICA ACTUAL.

Paciente es diagnosticado con Enfermedad Renal Crónica, requiere de tratamiento sustitutivo de la función renal, durante la hospitalización es tratado mediante hemodiálisis, al egresar de la institución el paciente debe llevar tratamiento de diálisis. Se determina mediante la evaluación realizada por trabajo social que el paciente cuenta con condiciones para ingresar al programa de DPCA del hospital, sin embargo el paciente comenta a sus familiares su negativa para realizarse la diálisis en casa.

El paciente argumenta tener información sobre la DPCA hasta que llega al hospital, donde el médico le explicó brevemente en qué consistía, comentándole que era un “tratamiento para casa, que era riesgoso por la extrema higiene que debía tener y que debía permanecer en una habitación solo para evitar infecciones” (sic. Paciente), ante esta explicación el paciente refiere comentarios como: “yo no quiero la diálisis, no sé en qué momento me pasó esto”, “como voy a poder hacerme la diálisis yo mismo, quiero que me la hagan en un hospital”, “que tal si me infecto y me duele mucho”, “no voy a poder salir a ningún lado, todo el día estaré encerrado”, “no voy a poder ni tocar a mis hijos ni a mi esposa”, “ahora ya ni voy a poder trabajar” “prefiero irme con mi mamá” (sic. Paciente). Comenta sentir temor e incertidumbre, además refiere no haber podido dormir la noche anterior pensando en el diagnóstico, en cómo iba a cambiar su vida, de donde obtendrán ahora ingresos económicos y que no vería a sus hijos crecer.

IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL.

Paciente con condiciones de higiene y aliño acorde a contexto hospitalario, con aspecto cansado, sostiene poco contacto visual al hablar con mirada hacia el piso, volumen de voz bajo, cooperador a entrevista.

EXAMEN MENTAL.

Paciente masculino de edad aparente igual a la cronológica, constitución mesomorfa, muestra signos de ansiedad tales como movimientos estereotipados de manos y pies, sudoración de manos y postura corporal rígida. Orientado en tiempo, espacio, persona y circunstancia, atención y concentración disminuidas, memorias conservadas, impresiona clínicamente con inteligencia promedio, tendencia de pensamiento concreto, centrado en el diagnóstico de la enfermedad y sus consecuencias, manifestando pensamientos dicotómicos, catastróficos y de filtro mental, con afecto hipotímico, estado de ánimo triste, lenguaje fluido coherente y congruente, redes de apoyo social percibidas y reales adecuadas, estilo de afrontamiento centrado en la emoción, estrategia de afrontamiento emocional negativa, locus de control externo, sin noción de enfermedad.

SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICA DE EVALUACIÓN.

- ✓ Entrevista inicial conductual.
- ✓ Inventario de Depresión de Beck (25 puntos, moderado).
- ✓ Inventario de Ansiedad de Beck: (46 puntos, severo).

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

Conductas problema	Variables biológicas	Variables familiares	Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> Pensamientos: Dicotómicos Catastróficos Filtro mental Sintomatología depresiva: Tristeza, desesperanza hacia el futuro, dificultad para tomar decisiones. Sintomatología Ansiosa: Insomnio, irritabilidad, intranquilidad, temor. Negación a tratamiento de diálisis en domicilio 	ERC-5. Hipertensión arterial sistémica	Familia sobreprotectora.	Hemodiálisis. Se sugiere DPCA.

Contexto: Diagnóstico ERC-5

Análisis secuencial integrativo.

Antecedentes:

Opción de tratamiento de DPCA.

Conocimientos mínimos sobre ERC y opciones de tratamiento.

Organismo:

Muerte de madre hace 6 años = Familia sobreprotectora.

Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Déficit en solución de problemas.

Respuestas:

Fisiológicas:

Sudoración manos.

Insomnio.

Tensión corporal.

Cognitivas:

- Distorsiones cognitivas: Catastrofismo, generalización y filtraje mental.

“como voy a poder hacerme la diálisis yo mismo, que tal si me infecto y me duele mucho”; “No voy a poder salir a ningún lado, todo el día estaré encerrado”; “No voy a poder ni tocar a mis hijos ni a mi esposa”; “Ahora ya ni voy a poder trabajar”; “Prefiero irme con mi mamá”

- Dificultad para tomar decisiones.

Emocionales:

Tristeza, desesperanza, irritabilidad, temor, incertidumbre.

Conductuales:

Negación a tratamiento de DPCA.

Movimientos estereotipados pies y manos.

Petición de compañía de hermana.

Consecuencias:

Inmediatas:

Aumento de sintomatología ansiosa y depresiva.

Atención y cuidados excesivos.

Compañía de hermana.

Mediatas:

Pensamientos de sesgo confirmatorio: si mi familia se preocupa es porque sabe que no es fácil.

Deterioro de salud.

Sin DPCA, buscar espacio para DPI: mayor dependencia a hospital, acumulación de toxinas por más tiempo= peor pronóstico para enfermedad.

HIPÓTESIS FUNCIONAL:

Si la negativa del paciente para realizarse la diálisis en casa y la ansiedad que manifiesta, se debe principalmente a la falta de información que tiene y a la serie de ideas distorsionadas que se ha formulado al respecto, entonces al brindarle estrategias de control de ansiedad, psicoeducación y entrenamiento en solución de problemas el paciente podrá tomar una decisión informada sobre el tratamiento que llevará y su malestar emocional disminuirá.

DIAGNÓSTICO DSM-IV

Eje I.- Trastorno adaptativo mixto con síntomas de ansiedad y depresión. F43.22 [309.28]

Eje II.- Sin diagnóstico, Z. 03.2

Eje III.- Enfermedad Renal Crónica, estadio 5, secundaria a hipertensión arterial sistémica.

Eje IV.- Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Problemas laborales.

Problemas económicos.

Eje V.- EAG: 61-70.

OBJETIVO GENERAL

El paciente aprenderá estrategias que le permitan afrontar su decisión de tratamiento de una manera adaptativa, donde el paciente pueda obtener mayor bienestar físico y calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- El paciente practicará técnica de relajación que le permitiera disminuir sudoración de manos, tensión corporal e insomnio.
- 2.- Conocerá su enfermedad, enlistará las características de la misma, enunciará y comparará las opciones de tratamiento.
- 3.- Identificará y modificará pensamientos disfuncionales asociados a la implementación de tratamiento de DPCA.
- 4.- Practicará técnica de solución de problemas que le permita tomar la mejor decisión para su tratamiento sustitutivo de la función renal.

SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.

Cada sesión tuvo una duración de aproximadamente 60 min, se trabajó durante 4 sesiones, las sesiones fueron cada tercer día debido a las siguientes razones: 1) el paciente se encontraba hospitalizado y mantenía tiempos inactivos en los que se le solicitaba practicar lo revisado durante la sesión, 2) la etapa de la enfermedad renal requiere un tratamiento de sustitución renal frecuente y el paciente tenía que tomar una decisión pronto, pues los periodos de hospitalización son cortos y una vez estable, se le daría de alta para que él aceptara el tratamiento de DPCA o buscara otra opción por su cuenta.

Sesión 1.

Técnicas: Evaluación inicial, entrevista clínica. Se enseña técnica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.

Resultados: Durante el ejercicio de la sesión, el paciente reporta disminución de tensión de 10 a 3 puntos. Se deja de tarea que el paciente practique los ejercicios de relajación.

Sesión 2.

Técnicas: Se aplica cuestionario de conocimientos sobre ERC y opciones de tratamiento con 10 reactivos diseñados para este ejercicio antes y después de la Psicoeducación. Psicoeducación sobre ERC-5 y opciones de tratamiento. Práctica de la técnica de relajación muscular progresiva en conjunto y se resuelven dudas.

Resultados: En el cuestionario sobre conocimientos de ERC y opciones de tratamiento hay un incremento en el puntaje obtenido Pre: 2 puntos, post: 7 puntos. Disminución de tensión de 8 a 3 puntos.

Sesión 3.

Técnicas: Presentación de modelos pertenecientes a DPCA y hemodiálisis, identificación y debate de ideas disfuncionales asociadas a tratamientos para ERC.

Resultados: El conocer directamente personas que ya están en los tratamientos de DPCA y hemodiálisis genera que el paciente resuelva dudas de la vida cotidiana con el tratamiento.

Permite también que el paciente exprese ideas erróneas que sostenía sobre los tratamientos: “pense que la herida era más grande”, “pense que se notaba más el cateter” (sic. Paciente).

Además de que el paciente observa que los pacientes con ERC pueden vivir y mantener su calidad de vida. Lo cual genera “motivación para seguir adelante” (sic. Paciente).

Sesión 4.

Técnicas: Se da a conocer la técnica de solución de problemas y se practica con el paciente mediante el modelo de resolución de problemas de D’Zurilla y Nezu que consta de 5 pasos: 1. Orientación hacia el problema, 2. Definición y formulación del problema, 3. Generación de alternativas, 4. Toma de decisiones y 5. Puesta en práctica de la solución y verificación.

Resultados: Paciente realiza técnica de solución de problemas, trabajando con el problema de su indecisión respecto al tratamiento que elegirá, concluyendo la técnica decide que la opción de solución que ejecutará, será la de realizar como tratamiento DPCA en su domicilio y solicita apoyo de su familia.

DISCUSIÓN

La enfermedad renal, es una enfermedad crónica que representa la pérdida de la salud y cambios permanentes en el estilo de vida de los individuos, lo que para cualquier persona es complicado, y tiende a generar malestar emocional, ansiedad e incertidumbre.

El tiempo inmediato posterior al diagnóstico, es un momento de crisis, donde la toma de decisiones se torna complicada, la presencia de apoyo familiar beneficia en la mayor parte de las veces al paciente, sin embargo hay conductas que ejecuta la familia que no favorecen la adaptación de los pacientes a la enfermedad. La presencia de un psicólogo en el Servicio de Nefrología, representa un ayuda durante la crisis de manera importante pues el psicólogo representa un prestador de servicio dentro del hospital y que forma parte del equipo multidisciplinario, aunque a su vez mantiene un comportamiento de apoyo para el paciente y busca que las conductas del mismo mejoren su calidad de vida aun con la enfermedad, mediante estrategias como la escucha activa, validez emocional y técnicas como psicoeducación sobre la enfermedad y opciones de tratamiento, modelamiento y moldeamiento, relajación y solución de problemas.

Se debe tomar en cuenta que la hospitalización de los pacientes renales es en casi todos los casos un evento temporal, por lo que la intervención psicológica ideal es una intervención breve y que tiene objetivos claros. Sin embargo es conveniente brindar un seguimiento al paciente para favorecer su apego al tratamiento médico.

2.2 SEGUNDO PERIODO: SERVICIO DE TRASPLANTES, HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

El segundo período de residencia se llevó a cabo oficialmente del 5 de noviembre del 2012 al 28 de junio del 2013, en el servicio de trasplante el Hospital Juárez de México. Aunque de manera efectiva y por situaciones ajenas a la residencia, propias del jefe de servicio, el trabajo se realizó hasta el día 26 de abril del 2013.

2.2.1 Características del Servicio de Trasplantes

El servicio de trasplantes, se divide en dos áreas de atención, consulta externa y hospitalización. La jefatura del servicio se ubica en la planta baja del lado sur del hospital, justo a un costado se ubica la unidad de hemodiálisis y la jefatura del servicio de nefrología. El área de hospitalización de este servicio, se encuentra a un costado de la jefatura, su ubicación está relacionada con la necesidad de aislamiento posterior a un trasplante. El servicio cuenta con cuatro salas de hospitalización y ocho camas. La consulta externa medica se desarrolla en el cubículo 36 del segundo piso, se brinda atención a pacientes con enfermedad renal crónica con posibilidades de trasplante renal, así como también se atienden a personas con posibilidades de trasplante hepático.



Figura 2. Áreas de atención del Servicio de Trasplante del Hospital Juárez de México.

En cuanto a recursos humanos, el servicio se encuentra conformado por un jefe de servicio y tres médicos adscritos especialistas en trasplantes, dos médicos residentes de la subespecialidad en trasplantes, una residente en medicina conductual y una trabajadora social.

El servicio de trasplantes, ingresa pacientes por el área de urgencias y consulta externa apoyados por las enfermeras del servicio, durante su estancia son

evaluados por el psicólogo residente en medicina conductual mientras trabajo social se encarga de la evaluación familiar.

2.2.2 ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEDICINA CONDUCTUAL EN EL SERVICIO

a) Actividades clínicas

De acuerdo al programa operativo de la maestría en medicina conductual, para el servicio de trasplantes se realizaron múltiples actividades interdisciplinarias, que se enumeran y detallan a continuación.

I.- Elaboración de protocolo de paciente candidato a trasplante renal.

Inicialmente el médico recibe en consulta al paciente para evaluación de su candidatura a un trasplante, le explica brevemente el procedimiento médico, e institucional y se programa una **sesión de primera vez con el paciente y su familia con el equipo multidisciplinario** de trasplantes (médicos residentes, trabajadora social y residente de medicina conductual) con la finalidad de explicar a fondo el procedimiento y requerimientos para llevar a cabo el trasplante renal. En esta sesión se abordaban específicamente los siguientes puntos:

- Presentación del equipo de trabajo
- Importancia del manejo interdisciplinario y elaboración de los tres protocolos.
- Explicación sobre la enfermedad (enfermedad renal crónica o padecimiento hepático)
- Riesgos y beneficios del trasplante.
- Proceso de protocolo de trasplante renal y hepático tanto para donación cadavérica como para donador vivo.
- Requerimientos de periodo de aislamiento
- Importancia de la adherencia al tratamiento
- Apoyo familiar
- Influencia del estado de ánimo en el proceso y recuperación

Posterior a esta reunión el paciente candidato a trasplante decidía si continuaba o no con el procedimiento para llevar a cabo el trasplante, y en caso de aceptar continuar con el proceso, se le citaba para iniciar los protocolos de cada una de las áreas (médica, psicológica y de trabajo social).

Entonces la residente de medicina conductual que suscribe este reporte, iniciaba la **evaluación psicológica** para elaborar el protocolo de esta área. El trabajo inicial con el paciente consistía en realizar la evaluación del paciente candidato a trasplante y el donador si era el caso, para ello se aplicaban los siguientes instrumentos:

- Prueba mínima para determinación del estado mental.
- Entrevista estructurada para receptor/donador de trasplante renal.
- Inventario de ansiedad de Beck/ Inventario de ansiedad rasgo-estado
- Inventario de depresión de Beck
- Inventario para determinar estrategias de afrontamiento ante problemas de salud
- Prueba de 16 factores de personalidad

La finalidad de realizar el protocolo psicológico de trasplante renal es saber si los involucrados en el trasplante (donador y receptor) se encuentran aptos o no para el procedimiento, (ver anexo 1, donde se muestra un ejemplo de reporte de evaluación). La valoración tiene como objetivo cubrir puntos importantes que aparecen en la ley general de salud con respecto a los trasplantes y que están relacionados con aspectos psicológicos, pero también se busca valorar otras áreas de los pacientes como lo es: aceptación de la enfermedad, capacidad de comprensión y la relación familiar. Con respecto al donador, además se busca valorar la capacidad de comprensión, motivación para donar y aspectos familiares. A continuación se enlistan los requerimientos en los pacientes para poder ser candidatos a un trasplante de acuerdo al “Manual de Procedimientos del Servicio de Trasplantes” (Espinoza, 2012).

El receptor requiere:

- Capacidad de comprensión.
- Ser consciente de los riesgos del trasplante y la probabilidad de éxito
- No haber incurrido en coacción física o moral para conseguir el órgano
- Tener adherencia a los tratamientos.
- Haber aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante
- No tener síntomas-cuadros psicopatológicos (e.g. personalidad antisocial o cuadros psicóticos).
- Tener enfrentamiento adecuado para tolerar el aislamiento.

El donador requiere:

- Capacidad de comprensión.
- Estar libre de coacción física o moral para donar.
- Tener conocimiento de los riesgos de la operación y sus consecuencias, así como posibilidades de éxito para el receptor.
- No tener expectativas de ganancias secundarias (económicas o en especie) por donar.
- No tener síntomas-cuadros psicopatológicos (e.g. personalidad antisocial o cuadros psicóticos).

Como resultado del proceso de valoración, se obtiene un diagnóstico, el paciente pudiera no cubrir en su totalidad los criterios psicológicos de inclusión para el trasplante. En tal caso, la labor del residente en medicina conductual consiste en determinar si mediante una intervención puede preparar al paciente para afrontar de la mejor forma posible el trasplante de tal forma que se considere completamente apto para el trasplante.

Por ello es siguiente paso en la atención es elaborar un **plan de tratamiento mediante intervención cognitivo conductual** de acuerdo a las necesidades de atención del paciente. La mayor parte de las intervenciones van enfocadas en favorecer la adherencia terapéutica, habilidades de autocontrol emocional

enfocadas a la ansiedad y depresión, entrenamiento en habilidades sociales, toma de decisiones y solución de problemas. Cada sesión de atención psicológica que se trabajaba con el paciente era resumida en las notas clínicas con formato SOAP, que se anexaban al expediente clínico de cada paciente.

Finalmente se procedía a la **elaboración del informe psicológico y se presentaba el informe junto con el paciente** al jefe del servicio de psiquiatría, para que diera su visto bueno, él llevaba a cabo una entrevista breve al paciente para supervisar el dictamen de aptitud al trasplante.

El informe Psicológico contenía los siguientes apartados:

- I.- Ficha de Identificación
- II.- Motivo de Consulta
- III.- Instrumentos empleados
- IV.- Descripción del paciente
- V.- Evolución
- VI.- Comprensión de la enfermedad
- VII.- Motivación para el trasplante
- VIII.-Relación familiar
- IX.- Resultados de los instrumentos
- X.- Conclusión y comentarios
- XI.- Firma de VoBo del Jefe de Psiquiatría
- XII.- Firma de Psicólogo responsable de la evaluación.

Una vez que se tenía completo el protocolo psicológico pues se había concluido la evaluación y el informe, se procedía a la **presentación de los casos en el subcomité y comité de trasplantes**. Una vez que el paciente concluía los tres protocolos para el trasplante, dependía de varios factores su cirugía de trasplante de acuerdo al caso.

Si se trataba de un paciente con donador vivo el trasplante se llevaba a cabo con prontitud, a él se le brindaba seguimiento psicológico hasta el momento de su **internamiento para la cirugía.**

Si se trataba de un paciente candidato a donación cadavérica, al finalizar el protocolo se le ingresaba al grupo de trabajo de pacientes en lista de espera, con este grupo formado por aproximadamente 20 pacientes se trabajaba una vez al mes durante dos horas. Pues tenían que asistir con esa frecuencia a seguimiento médico, psicológico y de trabajo social, para asegurar su lugar en la lista de espera, ya que al acumular 3 faltas sin aviso o justificación se da de baja de la lista y en caso de aún desear el trasplante, deberán iniciar nuevamente los protocolos. Cabe destacar que de este grupo de pacientes se detectaban aquellos que requerían atención individual, ya sea por su actitud durante las sesiones grupales, por referencia de algún médico o por verbalización de los mismos pacientes o familiares.

II) Trabajo con pacientes hospitalizados.

Inmediatamente ingresaban hospitalizado a algún paciente al servicio, se le valoraba psicológicamente con la finalidad de identificar posibles elementos de ansiedad, preocupación, miedo o alguna alteración que interfiriera con el procedimiento medico, complicará o deteriorará la salud del paciente. Para ello se realizaban entrevistas con el paciente y los familiares, aplicación de instrumentos de evaluación, obtención de un diagnostico y se efectuaba una intervención.

También se realizaba acompañamiento psicológico al paciente durante momentos previos a la cirugía del trasplante y posteriormente también hasta que finalizaba el periodo de aislamiento. Ayudándole a practicar técnicas de relajación, distracción cognitiva, psicoeducación y aplicando diversas técnicas psicológicas para favorecer estabilidad emocional durante el procedimiento médico y periodo de hospitalización.

III) 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. Se intervenía en entrenamiento en comunicación asertiva, control de estímulos ambientales para favorecer adherencia al tratamiento en los pacientes, se comentaba sobre la importancia del apoyo familiar y social para llevar a cabo el trasplante y se comentaban las ventajas de realizarlo.

IV) Consulta externa.

Se asistía a la consulta externa junto con el médico adscrito o residente los días jueves y se veían casos de pacientes candidatos a trasplantarse o ya trasplantados, la finalidad de asistir a esta actividad era identificar pacientes con necesidades de atención psicológica, captarlos y otorgarles una cita para darles el seguimiento necesario.

a) Actividades Académicas

Aunadas a estas actividades propias del servicio, también participaba en actividades de **supervisión académica** dentro del hospital, que corrían a cargo de la Dra. Sandra Anguiano Serrano, donde se comentaban los casos que había tenido quincenalmente y si existía alguno en particular en el cual tuviera duda. También participaba en las **sesiones generales del hospital** y en las **sesiones bibliográficas** con el Jefe del Servicio de Psiquiatría quien también era el supervisor in situ.

2.2.3 DATOS SOBRE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS

Durante el tiempo de trabajo en la Residencia dentro del servicio de trasplantes, se obtuvieron los siguientes resultados:

Mensualmente atendía un promedio de 15 pacientes subsecuentes, ya sea semanal o quincenalmente.

- Se intervino en un trasplante cadavérico. Con dos pacientes trasplantados y en aislamiento.
- Se realizaron 9 protocolos completos de pacientes candidatos a trasplante renal.
- Se realizo 1 protocolo de paciente candidato a trasplante hepático y seguimiento individual durante el tiempo en espera.
- Se trabajo con 5 pacientes de forma individual y con sesiones semanales.
- Se atendieron 2 casos de pacientes hospitalizados para cirugía de Vesícula.
- Se implementa un programa de intervención grupal con 15 pacientes receptores en lista de espera de riñón de fuente cadavérica, durante los meses de noviembre, enero, marzo y abril, los temas de autoconcepto, psicoeducación sobre enfermedad renal, autocontrol y expresión emocional.
- Se colaboro con el grupo para pacientes renales conjuntamente con el residente del Servicio de Nefrología, con la presentación del tema “Trasplante Renal una opción para ti”
- Se realizaron 14 sesiones de primera vez con pacientes y familiares en equipo con médicos residentes y trabajo social.

Las técnicas psicológicas más empleadas fueron: entrevista con paciente y familiares (100%), psicoeducación (100%), solución de problemas (42%),

expresión emocional y entrenamiento en relajación (33%), control de estímulos ambientales y manejo de contingencias para favorecer adhesión terapéutica (80%).

En cuanto a los problemas psicológicos atendidos, los más frecuentes fueron déficit de información sobre el procedimiento de trasplante renal o el periodo de aislamiento (100%), ansiedad (64%), depresión (27%) y déficit en adhesión terapéutica (42%).

A continuación se presenta el informe de un caso destacado durante la segunda etapa de la residencia, en donde se muestra el trabajo realizado con pacientes del Servicio de trasplantes.

2.2.4 CASO CLÍNICO

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL SERVICIO DE TRASPLANTE.

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: OERH SEXO: MASCULINO EDAD: 31 AÑOS ESTADO CIVIL:
SOLTERO
ESCOLARIDAD: LICENCIATURA EN MERCADOTECNIA
OCUPACIÓN: ENCARGADO DE NEGOCIO (ESTETICA)
RELIGIÓN: CATÓLICA LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA: DISTRITO FEDERAL
DX. MÉDICO: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5, QUISTE PORO ENCEFÁLICO,
MALFORMACIÓN CONGÉNITA EN BRAZO Y PIERNA DERECHOS.

2.- MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es referido por medico tratante, debido a la imposibilidad de completar los estudios pertenecientes a protocolo médico de Trasplante Renal, ya que el paciente presenta infección y sangrado en el oído, por continuo rascado y arranque de costras, inicia a desplazar el rascado a la nariz.

3.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Padre con Cáncer de Próstata, Diabetes Mellitus tipo 2.
Madre sufrió paro cardiaco en 2008.
Hermano mayor murió por Linfoma de Hodgkin en 2004.
Hermano R padece esponelitis anquilosante, perdió un ojo.

4.- ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS.

El paciente ha recibido atención psicológica anteriormente por parte de residente de Medicina Conductual de rotación anterior, quien inició evaluación como parte de protocolo psicológico de Trasplante y brindo psicoeducación sobre Enfermedad Renal y tratamiento.

5.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

INFANCIA

Paciente producto de embarazo planeado, su madre de 33 años al momento del parto presenta complicaciones, por lo que el paciente nace sietemesino, con hipoxia fetal y parálisis de medio cuerpo (lado derecho).

Es operado a los 4 años de edad para recuperar movimiento en el pie, a partir de entonces puede caminar sin ayuda; a los 7 años es operado de la mano, mejorando su aspecto físico y recuperando cierta movilidad.

Sus padres pasaron poco tiempo con él pues tenían que trabajar, recuerda que en las disputas con sus hermanos, él era quien salía regañado. Comenta haber sido “tímido y dejado” pues lo golpeaban en el kínder y en la primaria y él no decía nada, su madre era quien tenía que hablar con los profesores y la directora.

ADOLESCENCIA

Durante esta etapa, el paciente comenta haberse vuelto más sociable, dificultándosele centrar su atención en las clases, por platicar con sus compañeros o saltarse clases, motivo por el cual reprueba algunas materias en la secundaria y preparatoria. Su desempeño escolar fue con calificaciones de 6 a 8. Su padre le regañaba cuando sus calificaciones no eran buenas y también le decía groserías. Cuando decide continuar estudiando la licenciatura, su padre le “exige” (sic. Paciente), estudie derecho, sin embargo el paciente apoyado por su madre, opta por estudiar mercadotecnia. El paciente sostenía gusto y deseos de estudiar gastronomía, no obstante se contuvo de hacerlo porque a su madre no le permite ni le gusta que esté cerca de la estufa en la cocina.

ADULTEZ

Cuando el paciente asistía a la universidad, su madre, lo llevaba y recogía, argumentando que le quedaba cerca y no le pesaba ir por él; Aunque el paciente era más sociable, no le gustaba ir a fiestas, prefería platicar o beber esporádicamente con algunos amigos cercanos, sin que sus padres se enteraran.

Cuando concluye la Universidad, comienza a involucrarse en los negocios familiares (estéticas). Comenta haberse enamorado por primera y única vez, a los 25 años, de una empleada del negocio de sus padres que tenía una hija, su relación duro 6 meses, pues cuando sus padres se enteraron insultaron y despidieron a la chica, sin que el paciente volviera a verla ni saber nada de ella. El paciente refiere haberse sentido enojado poco tiempo con sus padres, pues los justifica argumentando que ellos no aceptaban a la chica porque ya tenía una hija.

PERSONALIDAD PREVIA A LA ENFERMEDAD

El paciente considera que siempre ha sido “una persona noble, honesta, que le gusta ayudar a la gente, con dificultad para tomar decisiones, que no sabe decir no, tímido y preocupón” (sic. paciente).

HISTORIA SEXUAL

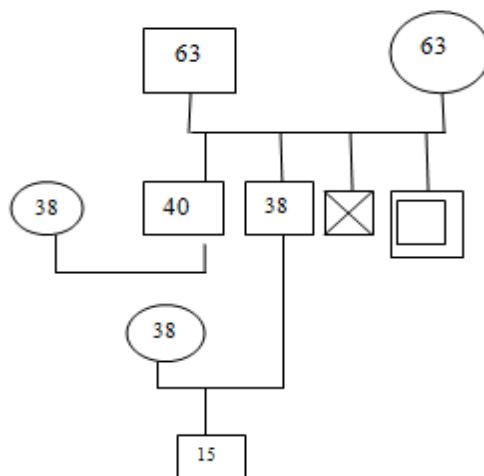
El paciente comenta no haber recibido información sobre su sexualidad por parte de sus padres y aun no ha iniciado su vida sexual.

6.- DINÁMICA FAMILIAR.

El paciente vive con sus padres (ver familiograma), la relación con su padre es “mala” (sic. Paciente), porque tienen diferencias de opinión en muchos temas principalmente sobre la forma en que afronta la enfermedad renal, ante lo cual el paciente siente que su padre es poco empático con los síntomas que presenta y tiende a regañarlo mucho.

Con su madre la relación es “muy cercana, pues existe comunicación y comprensión aunque es celosa y autoritaria” (sic. Paciente), lo acompaña a sus citas médicas, se acompañan diario a la mayoría de los lugares y la madre es quien lleva el mayor control de la enfermedad del paciente, le escombra su cuarto y no le permite preparar sus alimentos (la madre anteriormente era enfermera que brindaba atención a niños quemados y teme que a su hijo le ocurra un accidente cerca de la estufa). El paciente reporta que en ocasiones los médicos les han llamado la atención al paciente y su madre porque ella lo sobreprotege, sin embargo ella continua haciéndolo, ya que después de la muerte de uno de sus hermanos, su madre cuida de él de manera “muy exhaustiva” (sic. Paciente). Con sus hermanos la relación es distante pues son casados y viven lejos, los frecuenta poco, sin embargo sus hermanos le comentan a su madre que debería dejar al paciente ser más independiente, pues se preguntan que será del paciente cuando la madre falte.

Familiograma del paciente OERH.



7.- HISTORIA DEL PROBLEMA

Problema médico

En diciembre del 2008, el paciente es diagnosticado con enfermedad renal crónica, al principio no sabía de que trataba la enfermedad y pensó que era temporal, posteriormente cuando le explicaron que era un padecimiento crónico lloró, sin embargo después de 1 mes tomo su enfermedad como “una oportunidad de vida” (sic. Paciente).

Inicia con tratamiento de diálisis automatizada en 2009, hasta la fecha se conecta a la máquina 9 horas mientras duerme.

En agosto del 2012, inicia protocolo de trasplante renal, argumentando que inicialmente lo hacía más por sus padres que por decisión propia, ya que se siente cómodo dializándose, sin embargo después de conocer más sobre el trasplante y sus beneficios, dice estar convencido de hacerlo porque quiere sentirse mejor.

En octubre, le surge un granito en el oído derecho y comienza a tocarse y rascarse, posteriormente en el servicio de otorrinolaringología se le detecta infección de oído. El médico que lleva protocolo de trasplante, detiene estudios de protocolo hasta que se elimine infección, comienza a recuperarse del oído e inicia con rascado de nariz.

Problema psicológico

Paciente comenta sentirse inseguro y con nerviosismo desde la infancia, cuando se presenta ante una situación que él considera difícil tiende a morderse las uñas. Niega la existencia de algún tic o conducta autolesiva adicional.

8.- PROBLEMÁTICA ACTUAL.

Paciente se encuentra realizando protocolo de trasplante renal de donador cadavérico, sin embargo su protocolo médico se encuentra detenido hasta que no se cure y elimine el rascado y sangrado de oído y nariz.

Paciente presenta rascado de oído y nariz, comenta deseos de hacerlo cuando se acuerda que por indicación del médico no debe rascarse o cuando está aburrido, también cuando está nervioso por algún problema, sobretodo relacionado con sus padres o el negocio, reporta deseos de dejar de hacerlo, sin poder lograrlo.

9.- IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL.

El paciente presenta condiciones de higiene y aliño adecuadas, viste de forma casual acorde a su edad, presenta síntomas característicos de ansiedad tales como sudoración de manos, leve tartamudeo y movimiento de extremidades continuamente. Su actitud tiende a ser socialmente deseable; acude de forma puntual a las sesiones y durante ellas se muestra cooperador e interesado.

10.- EXAMEN MENTAL.

Masculino con edad aparente igual a la cronológica alerta, de complexión ectomórfica; consciente, orientado en espacio y persona, con dificultades para orientarse en tiempo;

atención y concentración adecuadas, memorias conservadas, pensamiento con tendencia a lo concreto, impresión clínica de inteligencia por debajo del promedio, con lenguaje coherente, congruente, con leve tartamudeo, afecto eutímico, estilo de afrontamiento centrado en la emoción, locus de control externo, redes de apoyo reales y percibidas adecuadas, con noción de enfermedad.

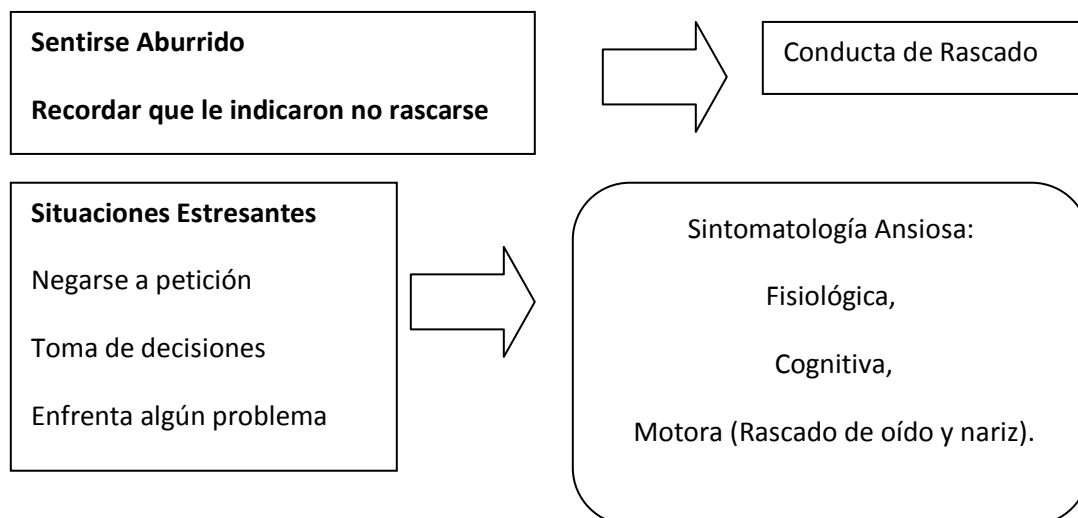
11.- SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICA DE EVALUACIÓN.

- ✓ Entrevista conductual.
- ✓ Inventario de Ansiedad de Beck: 9 pts. = leve
- ✓ Test de Bender.- Dificultad en el cierre, simplificación y rotación, puntaje crudo=3. Se descarta alteración neurológica grave (Sistema de calificación cuantitativa para adultos, de Hutts y Lacks).
- ✓ Autoregistro: Conducta de rascado de oído.

12.- ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

Conductas problema	Variables biológicas	Variables familiares	Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia en conductas de autocuidado y control de enfermedad. • Sintomatología Ansiosa <p>Fisiológico: sudoración y taquicardia Motor: Movimientos continuos de extremidades, onicofagia conducta de rascado de oído y nariz.</p> <p>Cognitivo: Inseguridad, Dificultad en toma de decisiones, negación a peticiones, déficit en solución de problemas.</p>	<p>IRC-5.</p> <p>Quiste poro encefálico = Crisis epilépticas (6 veces).</p> <p>Malformación congénita en brazo y pierna.</p> <p>Proceso infeccioso de oído</p>	<p>Madre sobreprotectora.</p>	<p>Diálisis, Dieta, Restricción Líquidos.</p> <p>Medicamentos: prazosina, losartan, nifedipino, enalapril. carbamazepina complejo B ácido Fólico</p> <p>Antibiótico.</p>

12.1 Análisis secuencial.



12. 2 Análisis secuencia integrativo.

E	O	R	C
<p>Historia:</p> <p>Pasada:</p> <p>Nacimiento sietemesino.</p> <p>Empleo de madre de enfermera con niños quemados.</p> <p>Muerte de hermano.</p> <p>Contemporanea:</p> <p>Suspensión de estudios de protocolo de trasplante renal.</p> <p>Est. Externos:</p> <p>Aburrimiento, Situaciones Estresantes.</p> <p>Est. Internos:</p> <p>Dificultad para decir no, “ no soy capaz de decidir”, “no sé que decir”. Tensión física.</p>	<p>Biológicas:</p> <p>IRC-5.</p> <p>Quiste poroencefálico = Crisis epilépticas (6 veces). Malformación congénita en brazo y pierna.</p> <p>Proceso infeccioso de oído</p> <p>Déficit y excesos:</p> <p>Déficit en conocimiento de conductas de autocuidado</p> <p>Déficit en solución de problemas y asertividad</p> <p>Habilidades:</p> <p>Sigue instrucciones</p> <p>Motivación al cambio</p> <p>Compromiso con terapia</p>	<p>Dependencia en conductas de autocuidado y control de enfermedad.</p> <p>Sintomatología Ansiosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisiológico: sudoración y taquicardia • Motor: movimientos continuos de extremidades, morderse las uñas, conducta de rascado de oído y nariz. ✓ Cognitivo: Inseguridad. 	<p>A corto plazo:</p> <p>Comodidad por dependencia</p> <p>Gratificación por rascado de oído y nariz= Disminución de ansiedad.</p> <p>Complicaciones de salud</p> <p>Trasplante Renal aplazado.</p> <p>Largo plazo</p> <p>Aumento de sintomatología ansiosa.</p> <p>Aumento de conductas autolesivas.</p> <p>Deterioro de salud.</p> <p>Muerte</p>

13.- ANÁLISIS FUNCIONAL:

Cuando el Paciente O, recuerda que no debe rascarse, se encuentra inactivo, con las manos desocupadas y aburrido (antecedentes), presenta la conducta de rascado de oído o nariz (operante), lo cual le entretiene y resulta gratificante (consecuencia = reforzador).

A corto plazo la consecuencia es positiva pues se entretiene y le gusta la sensación, a largo plazo, esta conducta trae dolor y sangrado.

Cuando el Paciente O se siente inseguro, preocupado, tiene que tomar una decisión o negarse a una petición, presenta la conducta que le es gratificante (rascado de oído y nariz), para afrontar la situación. Esta conducta es reductora momentánea de ansiedad, sin embargo no resuelve el problema.

En ambas situaciones el paciente presenta antes de la conducta de rascado una sensación de tensión asociada al intento de resistir el rascado.

14.- HIPÓTESIS FUNCIONAL:

El paciente presenta la conducta problema (rascado de oído y nariz) cuando recuerda que no debe rascarse o se encuentra aburrido, si se tiene disponible alguna actividad manual incompatible con la conducta problema durante el periodo de aburrimiento o cuando recuerda que no debe rascarse, esta conducta problema no tendrá lugar.

Si el paciente presenta la conducta problema (rascado de oído y nariz) y sintomatología ansiosa cuando enfrenta algún problema, desea negarse a una petición o debe tomar una decisión, entonces al brindarle un entrenamiento en relajación muscular progresiva, solución de problemas y asertividad el paciente podrá afrontar de forma diferente las situaciones que le resulten complicadas sin infectar ni dañar su cuerpo.

15.- DIAGNÓSTICO MULTIAIXIAL

Eje I.- Trastorno de movimientos estereotipados, con comportamiento autolesivo, F98.4
Problemas paterno filiales, Z63.1

Eje II.- Trastorno de la personalidad por dependencia, F60.7

Eje III.- Enfermedad renal crónica estadio 5, quiste poroencefálico, malformación congénita en brazo y pierna derechos.

Eje IV.- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: sobreprotección de madre, problemas de salud en la familia.

Eje V.- EEAG = 45

16.- OBJETIVO GENERAL

O contará con estrategias que permitan la disminución de la conducta de rascado y adquirirá habilidades que permitan afrontar situaciones estresantes de forma más adaptativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- O ejecutará conductas incompatibles con la de rascado.
- 2.- O disminuirá activación fisiológica mediante la práctica de técnica de relajación muscular progresiva.
- 3.- O realizará actividades de autocuidado de forma independiente.
- 4.- O generará alternativas de solución de problemas y realizará balance decisional que le facilite la toma de decisiones.
- 5.- O practicará el negarse a peticiones para disminuir el malestar emocional mediante un entrenamiento asertivo.

17.- SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.

Conductas problema	Estrategias de Intervención
<ul style="list-style-type: none">▪ Dependencia en conductas de autocuidado y control de enfermedad.	Fomentar la realización de tareas de autocuidado simples de forma independiente, mediante un programa de reforzamiento y psicoeducación.
Sintomatología ansiosa: <ul style="list-style-type: none">✓ Fisiológico: sudoración y taquicardia✓ Motor: movimientos continuos de extremidades, morderse las uñas, conducta de rascado de oído y nariz.✓ Cognitivo: Dificultad en toma de decisiones, negación a peticiones, déficit en solución de problemas.	Entrenamiento en relajación: <ul style="list-style-type: none">✓ Respiración diafragmática y técnica muscular progresiva.✓ Empleo de conductas incompatibles con rascado✓ Entrenamiento en solución de problemas y asertividad.

Sesión 1 y 2

Evaluación con instrumentos psicológicos y mediante entrevista conductual. Se explica y deja de tarea registro ACC de conducta problema de rascado de oído.

Sesión 3 y 4

Se explica a madre y paciente ventajas de que esté realice actividades de autocuidado de forma independiente; se solicita a la madre, escriba las expectativas y temores sobre su hijo; se trabaja con planificación de tiempo y actividades para disminuir hipervigilancia en las actividades que realiza su hijo y se realizan acuerdos sobre las tareas de casa que el paciente puede iniciar a hacer con bajo o nulo riesgo. La madre del paciente reconoce que tiene que trabajar con aspectos de su pasado y decide buscar atención psicológica para trabajar sus emociones, disminuir la sobreprotección a raíz de la muerte de su otro hijo y mejorar la relación con su familia.

Se comenta con paciente la importancia del control y cuidado propio de su enfermedad, se trabaja con cuaderno el registro de enfermedad y tratamiento.

Se deja de tarea que paciente realice actividades del hogar y bajo supervisión y mediante guía únicamente verbal de su madre ponga a calentar a la estufa algún alimento o líquido inicialmente y posteriormente cocine algo sencillo.

Sesión 5 a 7

Se analiza con paciente tarea de registro ACC de conducta problema.

Se revisan las desventajas de ejecutar la conducta problema y las ventajas de eliminarla o reducirla.

Se enseña técnica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, se deja de tarea la práctica de la técnica.

Se generan ideas de conductas incompatibles y se ensaya su uso: apretar una pelota, dibujar o escribir, aplaudir, hacer bolitas de papel, técnica de relajación muscular progresiva.

Sesión 8

Se realiza entrenamiento en solución de problemas.

Sesión 9 y 10

Se enseña el concepto de asertividad y la importancia en la vida cotidiana, se muestra un video y se modelan conductas asertivas, el paciente practica respuestas asertivas.

RESULTADOS

El paciente inicio a realizar por sí mismo conductas de autocuidado y cooperar con labores del hogar sencillas, se realizaron acuerdos con la madre para ir ampliando la variedad de actividades del hogar que O realiza, las cuales tienen que ir en aumento de dificultad.

Mediante algunos ejercicios realizados en las sesiones, la madre del paciente reconoce que existen aspectos emocionales que debe trabajar en una psicoterapia para mejorar la relación con su hijo y disminuir la sobreprotección.

La conducta de rascado de oído disminuyó, pero no se erradicó por completo; al final del tratamiento la mayoría de las cicatrices se encontraban a punto de sanar, el médico tratante comentó que había mejorado bastante y podrían continuar con el protocolo.

El paciente ejecuta correctamente técnica de relajación para disminuir ansiedad.

El paciente es capaz de elaborar un ejercicio con la técnica de solución de problemas y emplearla aunque le generaba flojera escribir cada situación que él consideraba un problema, ante esto, se enfatizó en que lo importante era generar soluciones y hacer un balance decisional.

Dentro del repertorio conductual del paciente existen ahora verbalizaciones asertivas y sus conductas han mejorado, pues ya es capaz de expresar a su madre sus emociones y deseos, le cuesta trabajo negarse a peticiones de su madre pero ya lo hace en algunas ocasiones y su sentimiento de culpa al negarse ha disminuido.

DISCUSIÓN

La ansiedad y depresión son los padecimientos psicológicos más comunes en pacientes crónicos, pues se enfrentan a diversas dificultades propias de la enfermedad y cambios en su estilo de vida, se trata de un momento de crisis donde las habilidades para la vida que posea un individuo se ponen en juego, por ejemplo el control emocional, el autocuidado, la comunicación asertiva y las estrategias de afrontamiento ante los problemas. En el caso presentado, se observaron diversos déficits que mantenían conductas problemáticas en el paciente que de haber continuado, probablemente entorpecerían la oportunidad del paciente de trasplantarse y mejorar su calidad de vida. La implementación de un plan de tratamiento psicológico, donde se brindaron estrategias especializadas para disminuir el malestar emocional, a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emocional permitió la mejora clínicamente significativa del paciente, parte del éxito del tratamiento consistió en incluir al cuidador primario en el tratamiento.

CAPÍTULO III.

**PROGRAMA COGNITIVO-
CONDUCTUAL PARA FAVORECER
CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN PACIENTES
RENALES:**

ESTUDIO DE CASO

PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA FAVORECER CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES RENALES: ESTUDIO DE CASO

3.1 Resumen

El objetivo de esta investigación fue desarrollar un programa de intervención cognitivo-conductual para influir en la adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes renales crónicos. Para conseguir este propósito, se trabajó en tres fases: 1) detección de las necesidades de intervención psicológicas de pacientes renales 2) se desarrolló un programa de intervención cognitivo conductual y 3) se evaluó la efectividad de esta intervención en la adhesión terapéutica y calidad de vida. El programa de intervención se sometió a prueba mediante un estudio de caso y tuvo una duración de 4 sesiones; para evaluar la efectividad del tratamiento se hicieron mediciones biológicas y psicológicas pre y post intervención. Se aplicó el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck y el Inventario de Calidad de Vida y Salud. El paciente elaboró autoregistros de alimentos, toma de medicamentos y líquidos ingeridos; se consideraron además los resultados de laboratorio de elementos séricos como: sodio, potasio fosforo y calcio. Los resultados obtenidos muestran una disminución de consumo de alimentos no permitidos lo cual se confirma con los resultados de laboratorio donde se observa reducción en niveles de fosforo, sodio y potasio. La calidad de vida mejoró en áreas como: percepción corporal, familiar, vida cotidiana y disminución de aislamiento. El paciente asumió mayor control de su enfermedad y mejoró su actitud hacia el tratamiento aumentando los días en que tomó completo su medicamento. Con respecto al inventario de ansiedad, se observó una disminución de ansiedad severa a ansiedad leve, en el inventario de depresión hubo un cambio de depresión severa a depresión moderada. Cabe mencionar que se logró el objetivo de la investigación y se obtuvo un material de intervención, con relevancia social y clínica; efectivo para aumentar la adhesión al tratamiento y mejorar la calidad de vida en la enfermedad renal.

Palabras clave: Enfermedad renal, intervención psicológica, cognitivo-conductual, adherencia terapéutica, calidad de vida.

3.2 INTRODUCCIÓN.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública creciente. De acuerdo con Treviño-Becerra (2004), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para el año 2004, la enfermedad renal crónica ocupaba el segundo sitio entre los cinco padecimientos que consumen el 78% del presupuesto médico de esta institución. El Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), reportan que en 2012, la enfermedad renal crónica fue la onceava causa de muerte en todo el país con alrededor de 11,202 defunciones, mientras que para 2014 es la tercera causa de muerte hospitalaria, este padecimiento afecta a entre 8 y 9 millones de personas dichas estadísticas reflejan la relevancia de esta enfermedad, tanto su estudio como su intervención desde todas las disciplinas.

La enfermedad renal crónica es la disminución de la capacidad funcional de ambos riñones de forma permanente e irreversible (Marques & Barrientos, 2000), es decir es cuando los riñones no son capaces de eliminar los productos de desecho, mantener en equilibrio la cantidad de líquidos en el organismo, controlar la presión arterial, facilitar la producción y mantenimiento de glóbulos rojos y regular los niveles de calcio y fosforo (Pérez, Llamas & Legido, 2005). Las causas más comunes de la enfermedad renal crónica son: diabetes mellitus (tipo II), enfermedad hipertensiva, glomerulonefritis, poliquistosis renal, nefropatías intersticiales, anomalías congénitas y lupus eritematoso sistémico (Marques & Barrientos, 2000; Hersh-Rifkin & Stoner, 2005). Específicamente la diabetes mellitus se ha convertido en la causa más frecuente de enfermedad renal crónica, en México (Casanueva, Kaufer-Horwitz; Perez-Lizaur & Arroyo, 2008; Ávila-Saldivar, Conchillos Olivares, Rojas Báez, Ordoñez-Cruz & Ramírez Flores, 2013).

Los pacientes con enfermedad renal crónica pueden estar asintomáticos y no tener algún indicador de estar enfermos, sino hasta que el caudal de filtrado glomerular de los riñones desciende a valores muy bajos, cuando esto sucede se

produce una importante retención de líquidos, cambio en la coloración de la piel, diarreas frecuentes y falta de apetito. Los pacientes se edematizan de forma desproporcionada, el color de su piel se torna amarillo-verdoso y su aliento es metálico; tienen poca tolerancia a los alimentos cursando con náuseas así como problemas intestinales. También refieren calambres en las extremidades y problemas para dormir (Santillán, 2010; Moore & Persaud, 2008).

La enfermedad renal crónica es una enfermedad terminal, con varios tratamientos paliativos, que no logran una recuperación integral de la salud del paciente (Andrés, 2004), además son altamente invasivos y demandantes, lo que implica un cuantioso costo físico, psicológico y económico para el paciente y su familia. El tratamiento para esta enfermedad incluye cuatro aspectos básicos: el tratamiento sustitutivo de la función renal, el farmacológico, alimenticio y restricción de líquidos.

En México los procedimientos sustitutivos de la función renal que operan médicamente para el tratamiento de la enfermedad renal crónica son la diálisis, hemodiálisis y trasplante renal (De Icaza, Arredondo, Calderón & Hernández, 1997; Andrés, 2004). Además del tratamiento sustitutivo, estos pacientes son sometidos a una terapia farmacológica ya sea para suplir las sustancias que el organismo ha dejado de producir o para controlar los efectos secundarios de la enfermedad renal crónica o de la enfermedad que la causó; el tratamiento nutricional (Moore & Persaud, 2008) es necesario para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio (Barrios, Cuenca, Devia, Franco, Guzmán & Niño, 2004) y otros elementos que se ingieren o se encuentran en el organismo y pueden estar desbalanceados en el paciente y parte importante del tratamiento es la restricción en la ingesta de líquidos, puesto que ya los riñones no funcionan y la eliminación de los líquidos se muestra afectada.

La diálisis peritoneal, es un proceso mediante el cual se lleva a cabo el intercambio de productos tóxicos a través de una solución dializante, se toma el peritoneo como filtro para extraer los desechos y se realiza en forma continua, de manera que siempre hay líquido en la cavidad peritoneal (Pérez y cols., 2005).

La diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA), es aquella que se autorealiza en casa tras haber recibido un corto entrenamiento por la institución sanitaria, implica cuatro intercambios diarios de 2,0 a 2,5 l/día, con un período de permanencia de 4-8 horas (Daugirdas & Blake, 2003).

La diálisis peritoneal intermitente (DPI), consiste en sesiones de un número limitado de intercambios (15 a 20) con tiempos de estancia intraperitoneal corto (15 a 20 minutos). Se practica, según necesidades del paciente, de dos a tres veces por semana en el centro hospitalario.

En la diálisis peritoneal cicladora (DPCC), se utiliza un monitor automático para infundir y reemplazar la solución por la noche mientras el paciente duerme. Generalmente realiza cuatro intercambios de 2.000 ml en un total de 9 a 11 horas; cuando el paciente se despierta se infunde un intercambio final que permanecerá en la cavidad el resto del día. La larga permanencia durante el día de la solución de diálisis en la cavidad peritoneal aumenta el aclaramiento de moléculas medianas cuya eliminación está en función del tiempo. La DPCC sería inadecuada si sólo se limitara a ciclos cortos.

La hemodiálisis es la depuración sanguínea extracorpórea, que va a suplir parcialmente las funciones renales de excreción de solutos, regulación del equilibrio ácido-base y electrolítico y eliminación de líquido retenido. Estos objetivos se consiguen poniendo en contacto la sangre del paciente con un líquido de características predeterminadas a través de una membrana semipermeable instalada en un filtro llamado dializador (Alijama, 1990). Para ello, el paciente debe asistir al menos tres veces por semana al centro asistencial y permanecer allí de tres a cuatro horas en promedio. Los pacientes pueden presentar durante la hemodiálisis una serie de complicaciones clínicas como hipotensión, calambres musculares, dolor precordial, desequilibrio dialítico, hemolisis, embolia gaseosa, entre otras, además de complicaciones técnicas que pueden ser rotura del dializador y extravasación sanguínea (Brescia, Cimino, Appel & Hurwich, 1966).

El paciente en diálisis se enfrenta a deterioro físico inevitable, suele presentar insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón de pies y tobillos y una percepción de mal sabor en la boca debida a la falta de eliminación de desechos (Barrios y cols., 2004).

Además de los problemas físicos, los pacientes en diálisis se encuentran expuestos a varios tipos de estrés psicológico como la dependencia del procedimiento, las exigencias del cumplimiento del tratamiento; las pérdidas varias que sufren (trabajo, libertad, esperanza de vida, etc.), la disfunción sexual asociada (Muñoz, Vaca, Romero, García, Bagdag & Mahamed, 2010), pues se producen niveles bajos de testosterona en hombres y progesterona en mujeres (Marques & Barrientos, 2000), incertidumbre con respecto al futuro, lo que genera sentimientos de minusvalía, incapacidad e indefensión (Vázquez-Mata, Vital-Flores, Bravo-González, Jurado-Cárdenas & Reynoso Erazo, 2009).

Varios autores han señalado que los problemas que mayormente se presentan en personas en tratamiento de diálisis, son depresión (Muñoz y cols., 2010), ansiedad (Contreras, Esguerra, Espinoza, Gutiérrez & Fajardo, 2006; Lerma, 2012), lo cual puede influir en la adhesión al tratamiento y la evaluación de la calidad de vida, estas percepciones pueden acortar la supervivencia del afectado (Calvanese, Feldman & Weisinger, 2004).

El trasplante renal es la mejor opción terapéutica para la enfermedad renal crónica (Treviño-Becerra, 2004) en comparación con los otros tratamientos mencionados anteriormente por varias razones: (1) mejora movilidad general, ya sea en dentro o fuera de la casa-habitación del paciente o sin necesitar la ayuda de alguien para desplazarse de un lugar a otro; (2) el estado de salud del paciente afecta en menor grado su vida social, pasatiempos y vida sexual; (3) su estado de salud los lleva a experimentar en menor grado sentimientos como: tristeza, depresión, ansiedad, preocupación, dolor, angustia, enojo, resentimiento, soledad, etc. y (4) los pacientes reportan que su estado de salud los mantiene menos tensionados que antes del trasplante (Arredondo, Rangel & De Icaza, 1998). Las personas trasplantadas tienen una percepción de mayor bienestar subjetivo y manifiestan

menos trastornos emocionales de ansiedad y depresión que los pacientes en diálisis, a pesar de ello hay consenso en que un nivel clínicamente significativo de depresión y ansiedad es común en pacientes en DPCA y en general en pacientes con enfermedad renal crónica (García & Calvanese, 2008).

De hecho, se ha observado que las personas con pensamientos pesimistas, se encuentran en riesgo de padecer alteraciones en su sistema inmune, presentar enfermedades y complicar su estado de salud al tener baja adhesión médica, ya que no perciben que su comportamiento cambie su salud. Por el contrario, diversos estudios, han demostrado que las personas optimistas resisten la indefensión, no se deprimen tan fácilmente y por lo tanto previenen que su sistema inmune altere su funcionamiento, encontrando que se enferman menos y buscan ayuda profesional cuando se presenta alguna alteración en su salud por lo que tienen mayor adhesión médica y cuentan con habilidades sociales que les permiten tener apoyo social en los momentos difíciles lo que amortigua el impacto del estrés, finalmente las personas que saben resolver problemas por lo que se perciben exitosos en distintos escenarios particularmente en ámbitos familiares, académicos y laborales (Valencia, 2007).

Las características propias o inherentes a la ERC y a los tipos de tratamiento – entre las que se pueden mencionar la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia a máquinas y al personal de salud, las restricciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales y familiares y la situación laboral, entre otras- explican que estos pacientes manifiesten con frecuencia trastornos emocionales y mayores niveles de depresión y ansiedad que se asocian a una pobre calidad de vida (García & Calvanese, 2008).

CALIDAD DE VIDA

La Calidad de Vida entraña la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores, en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses (Brähler, Mühlán, Albani, & Schmidt, 2007), sin embargo, el concepto de calidad de vida debe incluir tanto las condiciones

subjetivas relacionadas con la evaluación o apreciación del sujeto, como las objetivas, es decir, las condiciones materiales evaluadas independientemente del sujeto (De Icaza, Arredondo, Calderón & Hernández, 1997; Fernández-Ballesteros, 1998; Velarde & Ávila, 2002; Ardila, 2003). Así, el concepto de calidad de vida, como lo señalan Sánchez-Sosa y González-Celis (2001), abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva. La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. Esta medición se ha llevado a cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción. Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes de la calidad de vida relacionada con la salud. La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades cotidianas de la vida diaria, y, en su caso, de actividades ocupacionales, así como por el impacto que el grado de habilidad o deterioro físico produce en el desempeño. La incomodidad se caracteriza por la presencia de dolor y la presencia de fatiga desde la percepción del individuo. Finalmente, la insatisfacción se mide por el grado de logros alcanzados de acuerdo con las expectativas propuestas por el individuo según el papel que desempeña dentro del funcionamiento social, el bienestar general y la vida.

Patrick y Erickson (1993) definieron la calidad de vida asociada a la salud como el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada, relacionada principalmente con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento. En este sentido, las personas con alguna enfermedad requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Su

evaluación debe llevarse a cabo en sus dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo; estas mediciones pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto, mediano y largo plazo, y para evaluar a diversos grupos con diferentes padecimientos y con distintos instrumentos (López-Carmona & Rodríguez-Moctezuma, 2006).

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado (Vinaccia & Orozco, 2005).

En este sentido, la calidad de vida que percibe el individuo está en función de diversos factores, lo que supera la presencia misma de la enfermedad crónica y su tratamiento, y de lo que dependerá en cierta medida el bienestar del paciente, así como la adhesión y la respuesta al tratamiento de sustitución renal (Contreras y cols., 2006; Sandoval-Jurado, Ceballos-Martínez, Navarrete-Novelo, González-Hernández & Hernández-Colín, 2007), ante lo cual se torna importante, la intervención multidisciplinaria para favorecer la calidad de vida en las diversas áreas de desempeño del ser humano, y favorecer de esta manera la vida de un paciente con enfermedad crónica.

ADHESIÓN A TRATAMIENTO MÉDICO.

La escasa adherencia al tratamiento, constituye un problema ampliamente extendido en los pacientes con enfermedad renal crónica (Conde, 1994; Amigo, Fernández & Pérez, 2003; Cvengros, Christensen & Lawton, 2004; Santillán, 2010), lo que puede generar graves consecuencias para el paciente, entre ellas, malnutrición, neuropatías, enfermedad en los huesos, falla cardíaca e incluso la muerte (Andrés, 2004). Por otra parte, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2004), la baja adhesión al régimen terapéutico compromete de manera importante su efectividad, disminuye la percepción de bienestar de los pacientes y puede generar costos extra al sistema sanitario; por ello propone que las intervenciones deben ir encaminadas a mejorar esta situación y a hacer un

importante aporte a nivel de prevención secundaria (modificación de conductas inapropiadas) y terciaria (disminuir las consecuencias de la enfermedad como la repercusión en otros órganos) de los pacientes renales.

De acuerdo con las investigaciones realizadas para evaluar la adherencia terapéutica se han dividido dos categorías, los métodos empleados para evaluar la adherencia: 1) directas e 2) indirectas.

Las mediciones directas de adherencia terapéutica incluyen exámenes de evidencia bioquímica, como los análisis de sangre, orina, saliva por la presencia o concentración de alguna droga específica. En pacientes renales, se ha medido la adhesión mediante diferentes elementos, uno de ellos es la ganancia de peso interdialisis (GPI) el cual debe ser <2.5 kg., pues refleja el cumplimiento de la restricción de líquidos, aunque se ha detectado como inconveniente de esta medida que la ganancia depende del peso basal de la persona y puede deberse a una mejor nutrición y no necesariamente a un exceso de líquidos (Testa & Beaud, 1998). Con respecto a la dieta y los medicamentos, los indicadores suelen ser los niveles de potasio y fosfato de suero en la prediálisis; la mala adherencia a la dieta se observa en un nivel de potasio sérico prediálisis de ≥ 6 meq/L; también la mala adherencia se manifiesta mediante la inasistencia a las sesiones de diálisis, así como el acortar el tiempo entre sesiones.

En cuanto a las mediciones indirectas de adherencia al tratamiento médico, se encuentran las siguientes: 1) tareas clínicas, 2) tareas del paciente, 3) tareas de otra persona, 4) conteo de píldoras, 5) autoreportes o autoinformes (OMS, 2004).

Se ha demostrado que a mayor severidad de los síntomas depresivos es más elevado el porcentaje de pacientes con mala adherencia a restricción de líquidos y dieta (García & Calvanese, 2008). Siendo ansiedad y depresión los trastornos psicológicos más frecuentes según varios autores (Millán, 2009; Vázquez-Mata y cols., 2009). Se ha confirmado que las técnicas cognitivo-conductuales, resultan eficaces para disminuir ansiedad y estrés en pacientes renales (Vázquez-Mata y

cols., 2009) y con ello aumentar la percepción de calidad de vida. También, se ha demostrado, la eficacia de programas cognitivo-conductuales en adhesión a tratamientos médicos, indicando que el uso combinado de diferentes técnicas psicológicas, como dotar de información al paciente (Santillán, 2008, 2010), dar entrenamiento en estrategias de afrontamiento mediante el cambio de pensamiento, son útiles para disminuir los niveles de tensión, nerviosismo e inquietud, relacionada con la enfermedad en pacientes que acuden a un hospital (Sánchez-Román, Velasco-Furlong, Rodríguez-Carvajal & Baranda-Sepúlveda, 2006). Además, existe evidencia de que las intervenciones cognitivo conductuales logran cambiar los estilos explicativos y alterar el funcionamiento inmune por lo que aumentan la probabilidad de mejorar el estado de salud de los pacientes o incluso lograr prevenir futuras complicaciones asociadas al desajuste emocional (Vinaccia & Orozco, 2005).

Por lo expuesto anteriormente, se considera que el estudio de la calidad de vida de pacientes con trastornos crónico-degenerativos constituye un objetivo importante para todas las disciplinas enfocadas a la salud. Se ha demostrado la importancia de los factores psicosociales en la atención integral de los pacientes con enfermedad renal, pues los pacientes se enfrentan a muchos cambios en su estilo y calidad de vida, generando en el paciente sintomatología ansiosa y depresiva, lo que interfiere a su vez con el seguimiento del tratamiento y la adhesión al mismo. Es ahí donde el papel del psicólogo juega un papel importante, pues los tratamientos psicológicos favorecen el bienestar emocional, la adhesión terapéutica y mejoran la calidad de vida. Los propósitos de esta investigación fueron: 1) indagar de manera precisa cuales son las necesidades de intervención psicológicas en los pacientes renales, 2) desarrollar con base en esta detección un programa de intervención psicológico y 3) aplicar el programa con la finalidad de evaluar su efectividad en adhesión terapéutica y calidad de vida.

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar, implementar y evaluar la eficacia de un programa **cognitivo-conductual** que favorezca el incremento de **adhesión terapéutica** y mejore la percepción de **calidad de vida** de pacientes con enfermedad renal en tratamiento sustitutivo.

Para lograr el propósito, el trabajo se divide en tres fases:

- 1) Detectar las necesidades reales de atención psicológica manifestadas por los pacientes renales. FASE 1
- 2) Desarrollar un programa de intervención con base en las necesidades detectadas y asegurar la validación teórica del programa a través de la opinión de expertos en el tema. FASE 2
- 3) Evaluar la eficacia del programa de intervención cognitivo-conductual en calidad de vida y adhesión terapéutica. FASE 3

3.2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El programa cognitivo conductual desarrollado e implementado tiene efecto sobre la adhesión terapéutica y calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica?

3.2.3 HIPÓTESIS

Ho= No hay relación entre el programa de intervención y la adhesión terapéutica.

Ha= Hay relación entre el programa de intervención y la adhesión terapéutica.

Ho= No hay relación entre el programa de intervención y la calidad de vida.

Ha= Hay relación entre el programa de intervención y la calidad de vida.

3.2.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se trata de una investigación cuasi-experimental, transversal, con evaluación pre y pos-test, de caso único (N=1) donde se busca evaluar la eficacia de una intervención (AB).

3.3 FASE 1.-DETECCIÓN DE NECESIDADES DE INTERVENCIÓN

3.3.1 OBJETIVO

- ✓ 1) Detectar las necesidades reales de atención psicológica manifestadas por los pacientes renales.

3.3.2 MÉTODO

PARTICIPANTES

La selección de la muestra fue no probabilística, por conveniencia e invitación; participaron 20 pacientes del Hospital Juárez de México, con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal: de diálisis peritoneal continua ambulatoria participaron 3 pacientes; de hemodiálisis 4 pacientes; y 13 pacientes que se encuentran en otro hospital recibiendo tratamiento dialítico pero que están en lista de espera para trasplante renal en el Hospital Juárez de México. Eran 10 hombres y 10 mujeres de entre 18 y 60 años de edad, con una $\bar{x}=36.88$ y $\bar{\delta}=12.15$, en cuanto a la escolaridad, 9 de los participantes contaban con primaria, 4 con secundaria, 3 preparatoria, 1 con carrera técnica y 3 con licenciatura. Las ocupaciones eran variadas, la moda es el desempleo y comercio. Con referencia a su estado civil, 11 eran solteros y 9 casados. Reportaron ingresos promedio mensuales familiares menores a \$6000, siendo la moda de \$2500 a \$4000.

Criterios de selección de los participantes

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes del Hospital Juárez de México.
- ✓ Pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad renal crónica.

- ✓ Pertenezcan al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria o tengan hemodiálisis como tratamiento sustitutivo, con al menos 2 meses en dichos tratamientos.
- ✓ Edad a partir de 18 años, que hayan firmado carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- ✓ Se excluyó a los pacientes que participaban en algún otro protocolo de investigación.
- ✓ Aquellos que presentaron algún trastorno psicótico

INSTRUMENTOS.

- Se utilizó un cuestionario con 7 preguntas abiertas, elaborado para cumplir los objetivos de esta investigación, que explora conductas, cogniciones, y área afectiva en relación con la enfermedad, la adhesión y calidad de vida (Ver Anexo 2).

PROCEDIMIENTO

La aplicación del instrumento para detectar necesidades de atención se llevó a cabo en un consultorio del Hospital Juárez de México, una vez que los pacientes terminaban su consulta de revisión mensual individual.

El examinador, explicaba de forma oral e individualmente a los pacientes que se estaba llevando a cabo una investigación en la Facultad de Psicología de la UNAM, y se solicitaba su participación contestando un cuestionario, haciendo énfasis en que los datos proporcionados eran confidenciales y anónimos. Una vez que los pacientes accedían se les entregaba el instrumento y un lápiz. De igual manera, se explicaron las dudas que los participantes tuvieron cuidando de no sesgar las respuestas. Finalmente se agradecía su participación.

3.3.3 RESULTADOS

Se capturaron y codificaron los resultados, en el programa Excel, primeramente se analizaron los datos socio demográficos obteniéndose frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión para conocer las características de los participantes y posteriormente se realizó un análisis de contenido.

Para los indicadores conductuales las áreas de incidencia fueron: personal, social, laboral, escolar, familiar, sexual y salud general. En cuanto a los cognitivos y cognitivo- emocionales, se obtuvo que inciden a nivel personal y hacia el tratamiento. Los indicadores se clasificaron de la siguiente forma:

Indicadores conductuales.

Disminución de interacciones sociales- Social

Aislamiento en el hogar- Social

Disminuye arreglo físico diario- Personal

Paciente pasa gran parte del día en casa sin actividades específicas.- Personal

Discusiones con cuidadores primarios por falta de seguimiento de tratamiento- Familiar

Dificultades económicas- Laboral

Falta de empleo- Laboral

Abandono de estudios- Escolar

Vida sexual inactiva a partir de diagnóstico de enfermedad- Sexual

Malestares físicos- Salud general

Indicadores cognitivos.

Porque a mí- Personal

Prefiero morir- Personal

Ya nada tiene sentido- Personal

Los medicamentos no sirven- Tratamiento

La diálisis es incierta- Tratamiento

Casi no puedo comer nada- Tratamiento

Siempre me quedo con hambre o sed- Tratamiento

Indicadores cognitivo-emocionales.

Enojo a partir del diagnóstico y realización de diálisis de manera continua-Tratamiento

Frustración por no poder hacer lo que quiero ni comer como quiero-Tratamiento

Tristeza por el cambio de vida-Personal

Soledad por falta de socialización-Personal

Desesperación por no poder hacer algo para cambiar mi situación-Personal

3.3.4 DISCUSIÓN

Toda enfermedad representa para los seres humanos, una amenaza tanto para la salud como para la vida. Implica una serie de cambios, modificando completamente el entorno del individuo en diversas áreas. Es por ello que la intervención psicológica es de vital importancia, pues permite un mayor ajuste a la enfermedad y los cambios que conlleva.

No obstante, la intervención que empleemos con los pacientes debe adaptarse al contexto y no viceversa, como menciona Valencia (2007), es por ello que la detección de necesidades de la población blanco ha sido señalada como un aspecto crucial; en la primera fase de esta investigación, se evaluaron e identificaron necesidades de intervención de pacientes enfermos renales del Hospital Juárez de México. La información obtenida en dicha fase, permitió describir y conocer las características de la población con la que se trabaja como su nivel cultural, social y económico; la mayoría de los pacientes cuenta con baja escolaridad y sus ingresos económicos son mínimos, siendo predominante el desempleo, características de la mayor parte de la gente que acude al sistema de salud público en México y no cuenta con seguridad social (Flores, 2002).

Al respecto, se observó que la mayoría de los pacientes presentaban sesgos de pensamiento importantes, relacionados con el tratamiento y a nivel personal realizando atribuciones hacia su persona; lo que genera en ellos enojo, frustración, desesperación, tristeza y sensación de soledad. También se encontraron déficits conductuales como aislamiento, desempleo, dificultades económicas y abandono de estudios, problemáticas sociales que preocupan en general a la población

mexicana y que se incrementan cuando está presente una enfermedad crónica, por los costos que conlleva la atención sanitaria. Este estudio de necesidades, detalla las razones por las cuales los pacientes padecen ansiedad o depresión, trastornos frecuentes en la enfermedad renal crónica, según reporta la literatura de diversos contextos socioculturales. (Cvengros, Christensen & Lawton, 2004; Contreras, et. al., 2006; García & Calvanese, 2007; Muñoz, et.al., 2010; Torres, 2010).

3.4 FASE 2.- DESARROLLO DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.4.1 OBJETIVO

Desarrollar un programa de intervención con base en las necesidades detectadas en la fase 1 y asegurar la validación teórica del programa a través de la opinión de expertos en el tema.

3.4.2 MÉTODO

PARTICIPANTES

A. Tamaño de la muestra

Participaron 16 pacientes con enfermedad renal crónica del Hospital Juárez de México para pilotear el programa de intervención. De estos pacientes, 6 eran de género femenino y 10 masculino, con edades de entre 18 y 35 años, la media de edad fue de 24 años y con una desviación estándar $\delta = 8.68$. En cuanto a su escolaridad, 8 habían concluido su educación primaria, 4 contaban con secundaria, 2 con preparatoria y 2 tenían licenciatura. Respecto a su ocupación, 4 eran estudiantes, 8 desempleados, 2 se dedicaban al comercio y 2 se dedicaban al hogar. En cuanto a su estado civil, 10 eran solteros, 2 se encontraban en una relación de noviazgo y 4 estaban casados.

Adicionalmente, 11 especialistas participaron en la validación del material proporcionando su opinión, siendo profesionales con experiencia en el campo de la salud y en constante contacto con pacientes nefropatas, de diversas especialidades como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. *Especialidad y frecuencia de los profesionales que participaron como jueces.*

Profesionales	Cantidad
Licenciatura en Enfermería	2 personas
Licenciatura en Nutrición	1 persona
Licenciatura en Trabajo Social	1 persona
Médico con especialidad en Nefrología	1 persona
Médico con especialidad en Trasplante Renal	1 persona
Médico con especialidad en Psiquiatría	1 persona
Psicólogos cursando Maestría en Medicina Conductual	3 personas
Doctorado en Psicología	1 persona

B. Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión para pilotear manual

- ✓ Pacientes del Hospital Juárez de México.
- ✓ Pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad renal crónica.
- ✓ Pertenezcan al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria o tengan hemodiálisis como tratamiento sustitutivo, con al menos 2 meses en dichos programas.
- ✓ Edad a partir de 18 años, que hayan firmado carta de consentimiento informado.

Criterios de inclusión para opinión de expertos

- ✓ Profesionales en Psicología de la salud expertos en terapia cognitivo-conductual
- ✓ Profesionales de la salud que actualmente trabajen con pacientes con enfermedad renal crónica.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

- El **programa de intervención** para pacientes renales, consiste en un **manual** con información, ejercicios y ejemplos por escrito, que versa sobre las necesidades detectadas (fase 1).

El programa está estructurado para que el terapeuta realice junto con el paciente las actividades establecidas en el manual en diferentes sesiones, brindando un ambiente cordial y reforzando el trabajo hecho por el paciente continuamente. Al emplear este manual es importante firmar el consentimiento informado, así como realizar una evaluación inicial y una al finalizar el programa de intervención.

La primera sección del manual contempla aspectos de autoconcepto, favoreciendo que el paciente valore características positivas de su personalidad y reconozca que ha tenido logros. Mediante ejercicios de reconocimiento de fortalezas y debilidades.

Posteriormente, se trabajan aspectos de autocuidado, luego se muestra una sección con material psicoeducativo sobre los riñones, la enfermedad renal crónica, los síntomas y características y finalmente se proponen preguntas para evaluar la comprensión sobre la lectura. Es en estos ejercicios donde el terapeuta debe poner especial atención, pues de 7 preguntas que se plantean, para poder tener la certeza de que el paciente ha comprendido la información, debe tener la mayoría de las respuestas correctas, sino es así el terapeuta debe sugerir y llevar a que el paciente lea nuevamente la información que aun no queda clara.

Finalmente se trabaja en esta sección la expresión libre de como el paciente vive su enfermedad, lo que significa en su vida, cómo le hace sentir padecer la enfermedad y que ha aprendido de esta situación.

Para trabajar con adherencia a tratamiento, se plantea un ejercicio de balance decisional sobre el seguimiento del tratamiento para la enfermedad renal, para posteriormente enumerar los elementos incluidos en todo tratamiento para enfermedad renal crónica y donde se pide al paciente que genere frases para motivar el seguimiento de los elementos del tratamiento. Luego se trabaja cada uno de estos elementos a detalle, en todos se brindan estrategias para el control de estímulos que favorezcan el seguimiento adecuado del tratamiento. Esta sección se inicia con la alimentación, donde se busca que el paciente identifique los alimentos que debe restringir por su condición nefropata, también se proponen ejercicios para que el paciente pueda planear horarios de alimentación e incluir colaciones entre comida. Después se trabaja con el segundo elemento que es la restricción de líquidos, posteriormente la toma de medicamentos, donde se trabaja con que el paciente elabore un registro de los medicamentos que ingiere e identifique su función y posteriormente se trabaja con el tratamiento de diálisis o hemodiálisis, donde se pide al paciente revalore cognitivamente la utilidad de este tratamiento y reafirmar lo cuidados que debe tener, finalmente al concluir esta sección, se ofrece un contrato conductual, donde el paciente si está de acuerdo con las ventajas que le traería el seguimiento adecuado de su tratamiento, decide comprometerse a realizarlo y firma el contrato conductual junto con un testigo que puede ser el terapeuta o una persona significativa para el paciente.

Posteriormente, se introduce al paciente al modelo situación-pensamiento-emoción-conducta, exponiéndose algunos ejemplos y actividades, después se detalla cada uno de estos componentes, se explica que es una situación, que hay eventos fuera de nuestro control y otras situaciones que si podemos cambiar. Se trabaja también con que el paciente identifique los pensamientos que está teniendo ante diversas situaciones, si son positivos o negativos y se entrena al paciente a modificar su pensamiento inicial cuando es negativo a uno más

positivo. Después se plantea una breve explicación sobre las emociones y su clasificación, así como una actividad donde se busca que el paciente identifique las actividades, situaciones y personas que le generan ciertas emociones y la identificación de consecuencias físicas cuando experimentan las emociones, finalmente se pide al paciente genere alternativas para expresar de forma saludable cada emoción. Posteriormente para trabajar las conductas, se exponen dos historias, donde la diferencia entre ambas historias es la activación conductual de cada uno de los personajes y se pide al paciente identifique las diferencias entre ambos personajes y las ventajas de mantenerse con actividades programadas.

Una vez concluida la explicación de cada elemento, se plantea en conjunto el modelo de modificación de pensamiento con unas viñetas de ejemplo, y otras de práctica para verificar que el paciente ha comprendido y es capaz de aplicar la modificación de pensamiento y con ello las consecuencias emocionales y conductuales

- **Cuestionario de opinión** que contenía 11 preguntas, con 5 opciones de respuesta tipo Likert que van desde nada a mucho; se evalúan cuatro áreas principalmente: contenido y forma de información; imágenes; ejemplos y utilidad de manual (ver anexo 3). Fue un cuestionario elaborado para esta investigación y para asegurar la validez de contenido y evaluar la adecuación de los contenidos e imágenes.

PROCEDIMIENTO

Para identificar las características de los usuarios del Hospital Juárez de México y poder diseñar el material de intervención se tomó en cuenta la información obtenida en la fase 1 sobre los pacientes y sus datos socio demográficos y con base a las necesidades de atención que manifestaron y la revisión de la literatura, se desarrolló el manual de intervención con ejercicios y ejemplos.

Teniendo el manual, se procedió a aplicar en forma de piloteo a pacientes nefropatas de forma grupal, donde se pidió anotaran sugerencias o subrayaran contenidos que no fueran claros en redacción.

Posteriormente, se corrigió y modifico el manual con las observaciones de los pacientes y se entregó a los profesionales expertos en salud junto con el cuestionario de validación/opinión; se analizaron los datos obtenidos de las respuestas de los expertos.

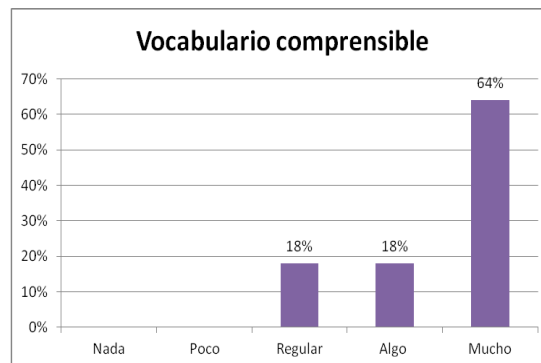
3.4.3 RESULTADOS

La opinión de los profesionales expertos en salud, sobre el contenido del manual fue la siguiente:

Contenido y forma de información:

Se preguntó a los profesionales expertos si consideraban que el vocabulario empleado era comprensible a todo público (Ver fig. 1). El 64% de ellos indicó que consideraba el vocabulario muy comprensible. El 18 % contestó que era algo comprensible y otro 18% que era regularmente comprensible.

Figura 1. Evaluación de los jueces sobre el vocabulario del manual.



Respecto a si los profesionales expertos consideraban que el manual abarcaba temas que el paciente nefropata debe saber, los especialistas opinaron mayormente (46%) que los temas si eran bastos, mientras que 27% determinaron que “regularmente” y “algo” se abarcaban los temas que el paciente con enfermedad renal debe conocer (Ver figura 2). También se indago si la

información proporcionada en el manual era correcta, al respecto, el 91% opinó que el contenido era muy correcto, mientras que 9% indico que era regular (Ver figura 3).

Fig. 2 Pregunta sobre los temas que se abordan y porcentaje de frecuencia para cada opción de respuesta.

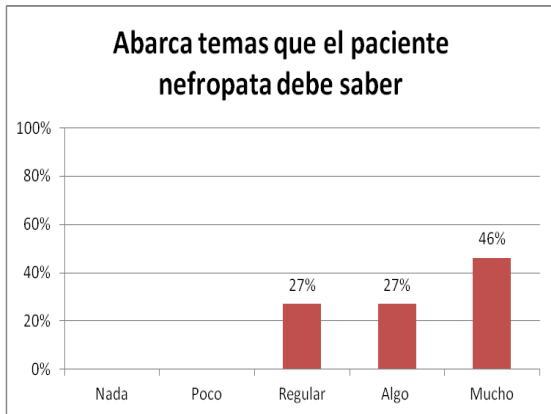
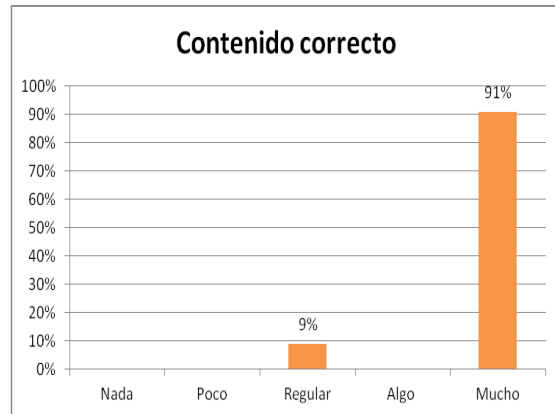
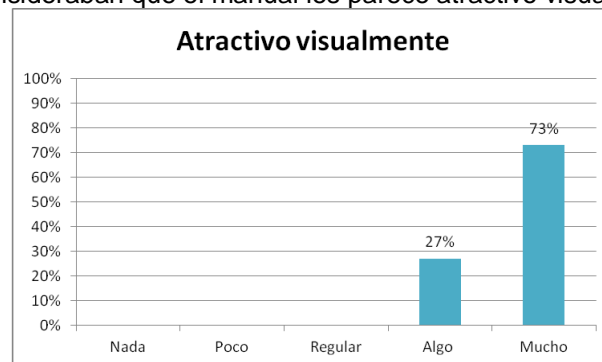


Fig. 3 Pregunta sobre adecuación del contenido y porcentaje de frecuencia para cada opción de respuesta.



En cuanto a si el manual les parecía que era visualmente atractivo, el 73% consideró que era muy atractivo, mientras que el 27% respondió que era algo atractivo.

Figura 4. Porcentaje de frecuencia de respuestas de los profesionales expertos sobre si consideraban que el manual les parece atractivo visualmente.



Imágenes

También se preguntó a los profesionales expertos si las imágenes que se presentaban en el manual eran adecuadas y el 54% respondió que eran mucho muy adecuadas, mientras que el 46 % consideró que eran algo adecuadas (Ver

figura 5). En cuanto a si eran congruentes con el texto que se presentaba, 9% respondió que regular, 27% contestó que algo congruentes y el 64% mucho muy congruentes (Ver figura 6).

Figura 5. Porcentaje de frecuencia de respuestas ante las preguntas sobre la adecuación de imágenes.

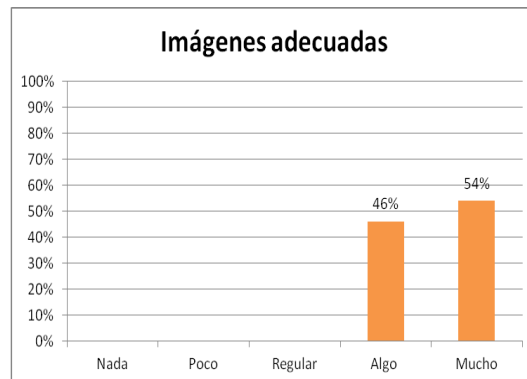
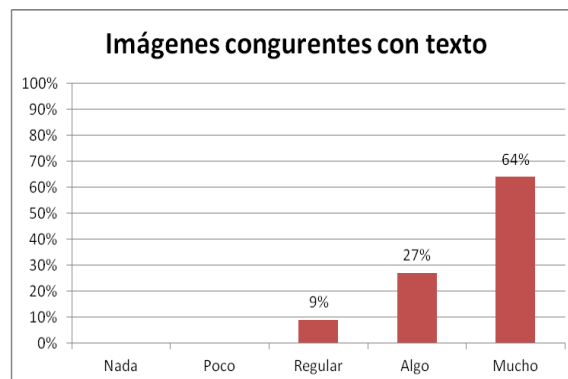


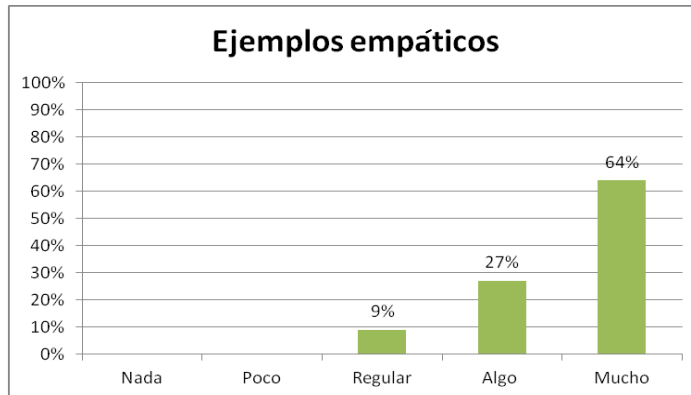
Figura 6. Porcentaje de frecuencia de respuestas ante las preguntas sobre la congruencia de las imágenes.



Ejemplos

Se preguntó a los profesionales expertos si consideraban que los ejemplos presentados en el manual eran ejemplos que generaban empatía en el paciente, es decir si se sentía identificado con lo que le sucedía en la vida cotidiana, 64% de los jueces consideraron que eran mucho muy empáticos, 27% algo empáticos y 9% regularmente (Ver figura 7).

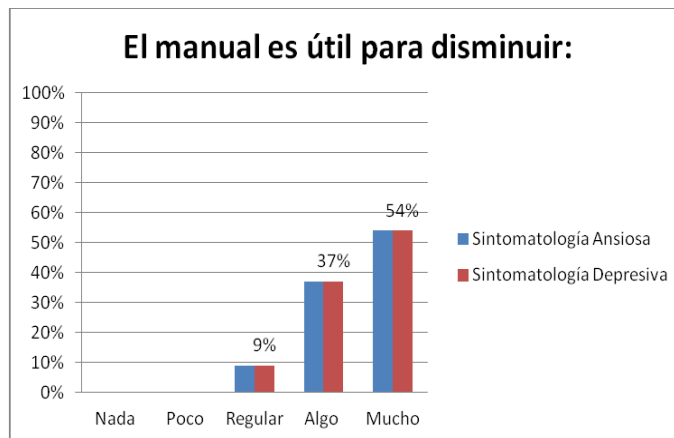
Figura 7. Porcentaje de frecuencia de respuestas ante la pregunta de si los ejemplos presentados son empáticos.



Utilidad

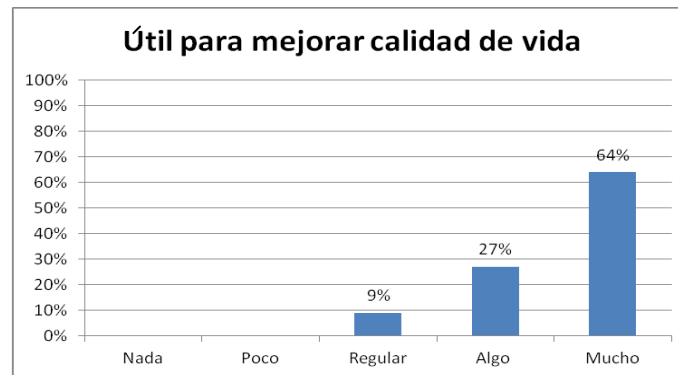
Se indagó si los especialistas consideraban que el manual contenía información que fuera útil en la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva y para ambas condiciones un 54% contestó que era muy útil, un 37% que era algo útil y un 9% que era regular (Ver figura 8).

Figura 8. Porcentaje de frecuencia de respuestas de los expertos al considerar la utilidad del manual para disminuir sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa.



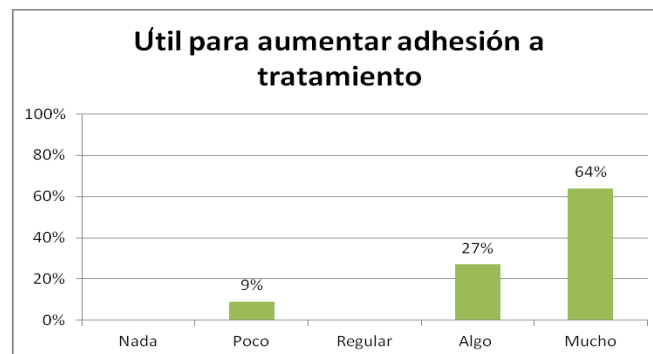
Se preguntó además si consideraban que el manual era útil para aumentar la percepción de calidad de vida de los pacientes, ante esta interrogante, un 64% contestó que podía mejorar en mucho la calidad de vida, un 27% que algo y un 9% que regular (Ver figura 9).

Figura 9. El porcentaje de frecuencia de respuesta para evaluar la utilidad del manual para mejorar la calidad de vida.



Finalmente se preguntó a los expertos si consideraban que el manual podría ser útil en aumentar la adhesión al tratamiento para la enfermedad renal (Ver figura 10). Un 64% contestó que podía aumentar en mucho este factor, mientras que un 27% consideró que algo y un 9% poco.

Figura 10. El porcentaje de frecuencia de respuestas ante la pregunta de utilidad para aumentar la adhesión al tratamiento.



3.4.4. DISCUSIÓN

En esta fase de la investigación se elaboró un manual de intervención cognitivo-conductual con ejercicios y ejemplos para trabajar técnicas encaminadas a mejorar las necesidades de intervención de los pacientes.

Se buscó beneficiar el papel activo del paciente en el cuidado de su cuerpo y salud, ya que cuando un paciente tiene basta información sobre su enfermedad y tratamiento puede tomar decisiones para favorecer su bienestar y aumentar su adherencia al tratamiento (OMS, 2004; Vinaccia & Orozco, 2005 y Torres, 2010).

Tratándose de un estudio exploratorio, es importante pilotear el material para verificar que es apropiado, claro y comprensible para los pacientes a los cuales va dirigido. Ya que la comunicación entre un profesional de la salud que emplea frecuentemente términos técnicos y un paciente con diverso nivel sociocultural es un aspecto que debe considerarse. Pues se ha observado que la cantidad y calidad de información en las interacciones entre ambos, es algo crucial en el entendimiento y eficacia del tratamiento (OMS, 2004).

Contar con la opinión de profesionales en frecuente contacto con pacientes renales, favorece que el contenido de la intervención sea oportuno, conveniente y útil, para beneficiar su salud emocional y física.

3.5 FASE 3.- APLICACIÓN DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.5.1 OBJETIVO

Evaluar la eficacia del programa de intervención cognitivo-conductual en calidad de vida y adhesión terapéutica.

3.5.2 MÉTODO

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Variable Independiente

1. Intervención cognitivo-conductual

Definición conceptual.- Técnica terapéutica centrada en la naturaleza y modificación de las cogniciones para promover el cambio conductual de los pacientes (Reynoso-Erazo & Seligson-Nisenbaum, 2005).

Definición operacional.- Técnicas psicológicas empleadas para cubrir necesidades de atención psicológicas detectadas en este estudio y aplicadas en el material de intervención, que se describe en la sección de instrumentos y materiales de la fase 2 de este estudio.

Variables Dependientes.

1. Calidad de vida

Definición conceptual.- “Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar, materiales, relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida” (Ardila, 2003).

Definición operacional.- Índice (porcentaje de cambio) en nivel de bienestar y calidad de vida medido a través de la escala Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).

2. Adhesión terapéutica.

Definición conceptual.- El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (OMS, 2004).

Definición Operacional.- Datos de autoregistros (alimentos, toma de medicamentos, control de líquidos, asistencia a citas médicas) y pruebas de laboratorio: Electrolitos séricos (Na, K, PO₄, Ca).

DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Para la aplicación del programa de intervención y evaluación del mismo se trabajó con diseño de caso único. El participante se encuentra en lista de espera para trasplante renal de fuente cadavérica, fue seleccionado para participar en esta investigación por invitación y conveniencia. Se trata de paciente masculino de 18 años de edad, con diagnóstico de enfermedad renal crónica en estadio 5 desde

hace 9 años, actualmente en tratamiento diálisis peritoneal continua ambulatoria. Es soltero, con escolaridad de secundaria concluida, desempleado, originario del estado de Michoacán. Vive con sus padres y un hermano 4 años menor que él. Su madre se dedica al hogar y es quien funge el papel de cuidador primario.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Se aplicó previo y posterior a la intervención el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Instrumento autoaplicable, que contiene 21 reactivos que describen diferentes síntomas fisiológicos y emocionales de la ansiedad, con cuatro opciones de respuesta que van de *poco o nada a severamente*. Cada opción de respuesta se puntúa de 0 a 3 y para calificarlo se suman todos los ítems. Los puntos de corte son los siguientes:

Puntaje	Nivel de ansiedad
0-5	Ansiedad mínima
6-15	Ansiedad leve
16-30	Ansiedad moderada
31-63	Ansiedad severa

Este instrumento presenta un elevado nivel de consistencia interna con un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.94 (Beck, 1993).

- Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Se aplicó previo y posterior a la intervención el Inventario de Depresión de Beck (BDI), en su versión traducida, adaptada y estandarizada para población mexicana por Jurado, et al. (1998). Cuenta con 21 categorías de síntomas. La suma de todas las respuestas varía de 0 a 63, en donde cuanto mayor es el resultado obtenido, más intensa es la depresión del sujeto. Los puntajes y los puntos de corte son los siguientes:

Puntaje	Nivel de depresión
0-9	Depresión mínima
10-16	Depresión leve
17-29	Depresión moderada
30-63	Depresión severa

Este instrumento presenta un elevado nivel de consistencia interna con un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.87, $p < 0.000$.

- Inventario de Calidad de Vida y Salud

Se aplicó previo y posterior a la intervención el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), elaborado por Riveros, Del Águila y Sánchez-Sosa en el 2009, consta de 53 ítems totales, 48 de ellos distribuidos en 12 dimensiones. Cada una de las dimensiones cuenta, con índices de consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0,68 a 0,93 y contiene cuatro ítems.

Las dimensiones son las siguientes:

- *Preocupaciones.*- Versa sobre la cantidad de preocupaciones que tiene el paciente sobre su economía, apoyo y la enfermedad, a mayor puntaje mayor preocupación.
- *Desempeño Físico.*- Describe la actividad física que el paciente considera tener, a mayor puntaje mayor activación física.
- *Aislamiento.*- Hace referencia a las relaciones sociales que sostiene, a mayor puntaje mayor aislamiento percibe.
- *Percepción Corporal.*- Se relaciona con el concepto que tiene la persona sobre sí misma, a mayor puntaje peor percepción corporal se percibe.
- *Funciones Cognitivas.*- Se refiere a aspectos de atención, concentración y memoria, a mayor puntaje peor preservación de funciones cognitivas autoreporta el individuo.

- *Actitud ante el Tratamiento.*- Se indaga sobre la actitud a la toma de medicamento, a mayor puntaje peor actitud.
- *Tiempo Libre.*- Describe el uso del tiempo libre en algo placentero, a mayor puntaje peor percepción de uso de tiempo libre.
- *Vida Cotidiana.*- Trata sobre el disfrute que se percibe de la vida diaria, a mayor puntaje peor percepción de disfrute.
- *Familia.*- Se relaciona con la interacción familiar, a mayor puntaje mejor percepción de apoyo familiar.
- *Redes Sociales.*- Se refiere a la percepción de apoyo social y a contar con personas de confianza, a mayor puntaje mayor percepción de apoyo social se percibe.
- *Dependencia Médica.*- Hace referencia a la atribución que se le hace al médico sobre el control de bienestar y mejoría de la enfermedad, a mayor puntaje, mayor dependencia.
- *Relación con el "médico".*- Describe el agrado de la interacción con el médico tratante, a mayor puntaje mejor relación se percibe.

Este instrumento tiene un formato de respuesta de opción múltiple, en escala tipo Likert con seis puntos, que van de “*nunca*” a “*siempre*” y el porcentaje correspondiente es: *nunca* (0%), *casi nunca* (20%), *pocas veces* (40%), *frecuentemente* (60%), *casi siempre* (80%), *siempre* (100%). Las puntuaciones obtenidas son interpretadas en percentiles; puntuación muy alta en percentil 90, puntuación alta en percentil 75, puntuación media en percentil 50, baja en percentil 20 y muy baja en percentil 10.

Se aplicó también del Inventario, la Escala Visual Análoga de Bienestar y Salud, donde se interroga de forma directa al participante sobre ¿Cómo evaluaría su calidad de vida? contiene una escala de respuesta de seis puntos que va de “*La peor calidad de vida posible*” a “*La mejor calidad de vida posible*”.

- Autoregistro

Se empleó un formato de autoregistro construido para fines de esta investigación, se elaboró de manera que fuera sencillo y que permitiera conocer las conductas de adherencia de forma semanal. Consiste en una hoja con una tabla que contiene en la primera fila los días de la semana y de forma vertical las conductas a registrar (Ver anexo 4). Las conductas a registrar fueron:

Alimentos NO recomendados.- Paciente contaba y registraba los alimentos no recomendados que consumía en el desayuno, comida y cena cada día de la semana y los anotaba con número. Basándose en la “*lista de alimentos no recomendados para pacientes renales*” que se entregaba al paciente junto con el autoregistro.

Cantidad de líquidos.- Paciente registra con una cruz cuando bebe más del líquido permitido por recomendación de su médico y con una palomita cuando consume la cantidad adecuada o menos.

Toma de medicamentos.- Paciente anota una palomita cuando consume sus medicamentos completos y una cruz cuando le hace falta ingerir algún o algunos medicamentos en el día correspondiente.

- Lista de “Alimentos no recomendados para paciente renales”

Es una lista con alimentos que son restringidos para pacientes con enfermedad renal crónica por su elevado contenido de sodio, fosforo, potasio o purinas, esta lista es de apoyo para que el paciente identificara y registrara con facilidad los “*alimentos no recomendados*” (Ver Anexo 5) en el autoregistro. La lista fue laborada para cubrir los objetivos de este trabajo, con sugerencias de la nutrióloga del servicio de nefrología.

PROCEDIMIENTO

Se invitó al paciente a participar en la investigación, explicándole los beneficios que podía obtener en salud y bienestar, así como las actividades que era necesario realizar. Una vez que el paciente aceptó participar, leyó y firmó el consentimiento informado (Anexo 7). Se le entregó la hoja de “alimentos no recomendados”, y se explicó la forma de llenado del autoregistro que era para una semana. Posteriormente, se aplicaron los instrumentos de calidad de vida, depresión y ansiedad de Beck . Al concluir con ello, se citó al paciente en una semana para iniciar con el tratamiento.

La aplicación de la intervención, tuvo una duración de 4 sesiones de 45 a 60 min., repartidas en 2 semanas. En cada una de estas semanas, se entregó un autoregistro. Durante las sesiones, se leía junto con el paciente la información contenida en el manual y el paciente solucionaba los ejercicios, si se presentaba alguna duda se resolvía en el momento (Anexo 8). Cuando terminaba cada una de las sesiones se reforzaba verbalmente al paciente por su trabajo y por cumplir con los autoregistros.

Al finalizar la intervención, se pidió al paciente continuara los registros durante una semana más, momento en que también se aplicaron los instrumentos de calidad de vida y ansiedad y depresión de Beck.

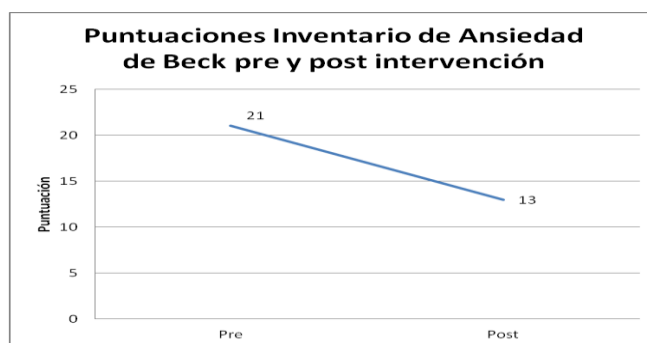
Del expediente médico del paciente, se tomaron datos sobre los resultados de laboratorio que para su seguimiento le iba solicitando el personal médico, además se verificó con el expediente, las citas que tenía y su asistencia o falta a cada una de ellas para tener las medidas indirectas de adhesión.

3.5.3 RESULTADOS

Inventario de Ansiedad de Beck

En cuanto al Inventario de Ansiedad de Beck (ver figura 11), en la primera aplicación se obtuvo un puntaje de 21, lo que equivale a un nivel de ansiedad moderada, posterior a la intervención, el puntaje fue de 13, perteneciendo a la categoría de ansiedad leve.

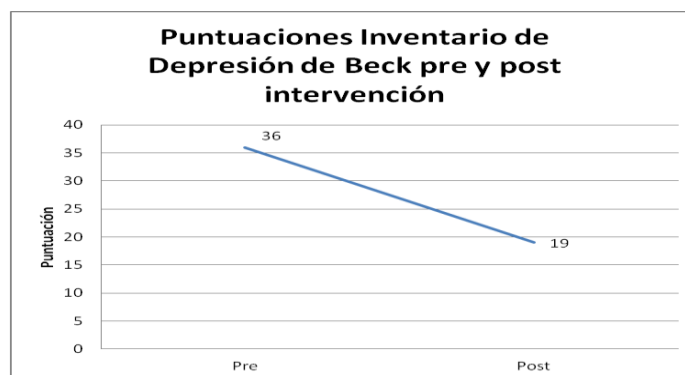
Figura 11. Puntuaciones del Inventario de Ansiedad



Inventario de Depresión de Beck

Se aplicó el Inventario de depresión de Beck previo y posterior a la intervención (ver figura 12), en la primera aplicación se obtuvo un puntaje de 36, equivalente a depresión severa, mientras que en la segunda aplicación el puntaje obtenido fue de 19, significando una depresión moderada.

Figura 12. Puntuaciones del Inventario de Depresión



Inventario de Calidad de Vida y Salud

En cuanto al Inventario de Calidad de Vida y Salud, aplicado de forma previa y posterior a la intervención, se consiguieron datos para cada una de las doce áreas que componen este instrumento, se obtuvo el puntaje total para cada área y posteriormente la calificación percentilar (ver tabla 2). Se observaron diferencias en la aplicación y pre y post tratamiento en 7 áreas: desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, actitud ante el tratamiento, vida cotidiana, familia y dependencia médica.

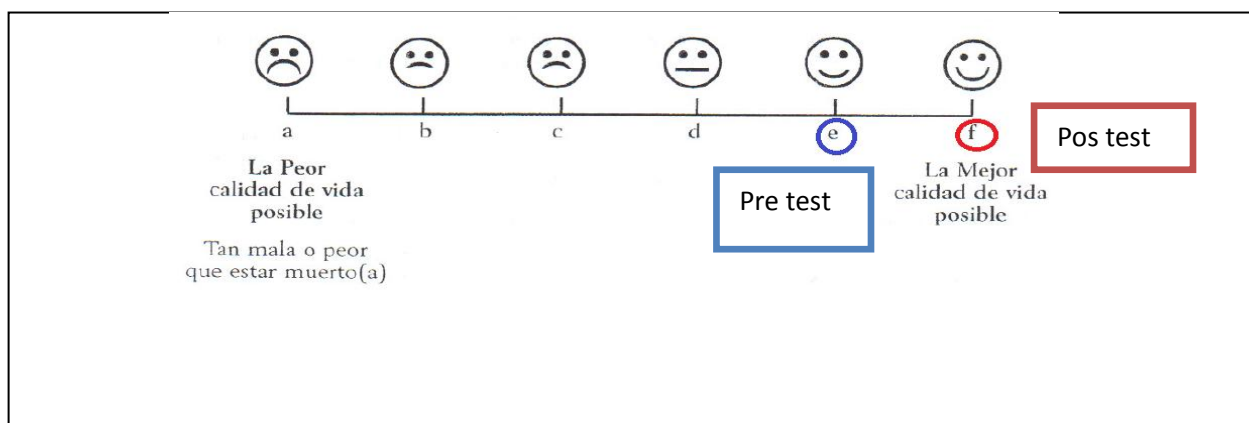
Tabla 2. Dimensiones evaluadas mediante en INCAVISA y los resultados obtenidos pre y post tratamiento. La referencia es el estado ideal para mayor bienestar.

Dimensión	Pre	Post	Referencia
Preocupaciones	Baja	Baja	Muy Baja
Desempeño Físico	Muy Alta	Alta	Muy alta
Aislamiento	Alta	Normal	Muy baja
Percepción Corporal	Muy Alta	Alta	Muy baja
Funciones cognitivas	Normal	Normal	Muy baja
Actitud ante el tratamiento	Alta	Normal	Muy baja
Tiempo Libre	Normal	Normal	Muy baja
Vida Cotidiana	Muy Alta	Normal	Muy baja
Familia	Muy Baja	Normal	Muy alta
Redes Sociales	Normal	Normal	Muy alta
Dependencia Medica	Normal	Muy Baja	Muy baja
Relación con el médico	Normal	Normal	Muy alta

Nota.- Se marcan con ***negritas*** las siete áreas con cambios pre y post tratamiento.

Respecto a la Escala Visual Análoga de Bienestar y Salud, que contiene la pregunta: “En general ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?”, el paciente contestó de forma previa a la intervención en el quinto punto equivalente a “buena calidad de vida”, mientras que en la evaluación posterior a la intervención, su respuesta varía al sexto punto “la mejor calidad de vida posible” (ver figura 13).

Figura 13. Respuestas a la Escala Visual Análoga (EVA) de bienestar y salud.



Autoregistros

Alimentación

Para analizar los datos de adhesión terapéutica, en cuanto a alimentación se llevo a cabo una autocorrelación y se encontró que los datos presentaban dependencia serial, con base en ello, se optó por emplear la “técnica de división en mitades”, (split-middle technique), (Ver anexo 6 para más información sobre la técnica). Los análisis estadísticos realizados, permiten evidenciar que existe un cambio en el nivel y en la pendiente de línea base a la fase de intervención (ver tabla 3), con un nivel de probabilidad $p= 0.0$, lo que indica que existen cambios estadísticamente significativos en la disminución del consumo de alimentos no recomendados (Ver figura 14).

Tabla 3. Resultados del análisis de los datos de la conducta de consumir alimentos no recomendados, considerando los datos de línea base y tratamiento.

Caso	Nivel		Cambio de Nivel	Pendiente		Cambio de la pendiente	Probabilidad
	LB	Tx		LB	Tx		
1	4	1	4	1.62	2.5	1.54	0.0*

Nota: Se obtuvo el cambio de nivel y cambio de pendiente para ambas fases (LB=Línea Base y Tx=Tratamiento) y su nivel de probabilidad. * $p \leq 0.01$

Se observó que el consumo de alimentos no recomendados era variado en la primera semana de línea base, obteniéndose que en un día el paciente llegaba a consumir hasta 6 de los alimentos no recomendados, mientras que en la fase de intervención el consumo disminuyó, de no haber tenido lugar la fase de intervención, es probable que el consumo de estos alimentos no recomendados se mantuviera o como muestra la línea de proyección de la gráfica, se elevara (ver figura 14).

Figura 14. Cantidad de alimentos no permitidos durante las fases de la Investigación.

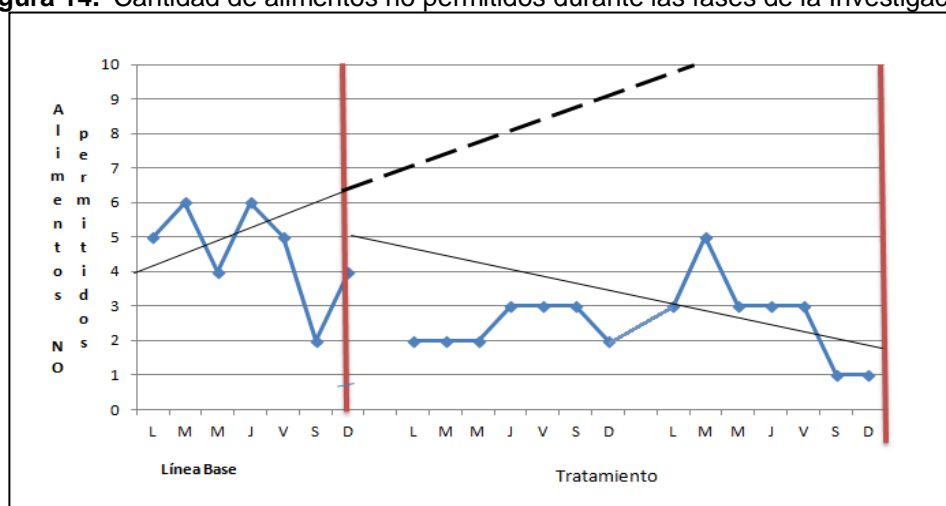


Figura 14. Se observa en línea azul la cantidad de alimentos no permitidos en las fases de Línea Base y Tratamiento. Las líneas continuas trazadas en negro representan las líneas de aceleración, mientras que la línea punteada negra, representa la línea de proyección que pronostica lo que ocurriría en caso de no haberse realizado alguna intervención.

Elementos indicadores de Laboratorio

Los elementos de laboratorio tomados en cuenta fueron fósforo, sodio, potasio y calcio, se registraron los valores previos a la intervención y los posteriores al tratamiento, además se obtuvo la diferencia entre ambos valores para obtener la pérdida o ganancia (Ver tabla 4) y se comparó con los niveles clínicos de referencia aceptados.

Tabla 4. Resultados de análisis de laboratorio, en las fases de Línea base y Post tratamiento, así como la diferencia entre ambas fases. Los niveles de referencia representan el rango de valores en el que debe permanecer cada uno de los elementos.

Niveles de electrolitos séricos	Línea base	Post tratamiento	Diferencia	Niveles de referencia
Fosforo	4.9	4.4	0.5	2.5 a 4.5
Sodio	138	135	3	135 a 145
Potasio	5.6	3.7	1.9	3.5 a 5.5
Calcio	9.4	9.4	0	8.5 a 10.1

Nota: Unidades de medida: mg/dl. En negritas se marco la diferencia obtenida que en este caso representan perdida de puntaje en los elementos.

Control de líquidos

En cuanto a la cantidad de líquidos que el paciente tenía permitido ingerir (1800 ml), los datos muestran (Ver tabla 5) que permanece dentro del límite considerado durante las cuatro semanas de registro.

Tabla 5. Cantidad de líquidos registrados durante las fases de la investigación

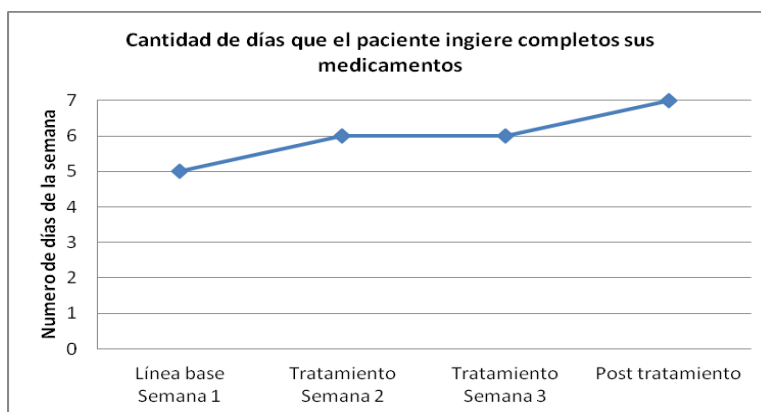
Fase	Cantidad de líquidos
Línea Base	≤ 1800 ml
Tratamiento	≤ 1800 ml
Tratamiento	≤ 1800 ml
Post tratamiento	≤ 1800 ml

Medicamentos

Respecto al registro sobre adhesión a medicamentos, se sumaron las frecuencias de los días que el paciente había tomado completo su medicamento (Ver figura 15), observándose que en la semana de línea base el número de días que el paciente consumió completo su medicamento fueron solo 5 días, mientras que se

observó un incremento a 6 días durante la intervención, y una semana posterior al tratamiento el paciente tomó completos sus medicamentos durante 7 días.

Figura 15. Frecuencia de días que el paciente registró ingerir sus medicamentos completos, durante las fases de la investigación.



Asistencia a citas médicas

En cuanto a las consultas, se observó en el expediente del paciente que en la primera semana de registro el participante asistió a dos citas médicas, siendo las únicas programadas. Durante las semanas de tratamiento, el paciente asiste a la única consulta que tenía lo mismo para la fase de post tratamiento. Por lo que de 4 citas programadas el paciente asiste a las 4 totales (Ver tabla 6).

Tabla 6. Fases de la investigación y asistencia al número de citas programadas

Fase	Numero de citas medicas programadas	Asistencia
Línea Base	2	2
Tratamiento	1	1
Tratamiento	0	0
Post tratamiento	1	1

3.5.4 DISCUSIÓN

Se trabajó con el diseño de caso único, siendo el mismo caso su propio control, con el objetivo de evaluar si existían cambios al implementar el programa de intervención.

Las variables de estudio fueron principalmente adhesión al tratamiento médico y calidad de vida; sin embargo con base en la literatura y en lo observado en la fase 1 de esta investigación sobre los indicadores emocionales, se optó por evaluar la ansiedad y depresión, padecimientos altamente frecuentes en pacientes renales; se aplicaron mediciones antes y después del tratamiento, mostrando una mejoría en ambas variables, lo cual pudo deberse a la intervención ya que al favorecer estrategias de información y modificación de pensamiento, tiende a disminuir el malestar emocional de los pacientes (Santillán, 2008, 2010).

Por otra parte, se encontraron cambios en siete dimensiones evaluadas mediante el Inventario de calidad de vida y salud, una de ellas fue desempeño físico, ya que se redujo de muy alto a alto desempeño, por lo tanto el paciente percibe que su rendimiento físico se ve afectado por su enfermedad, lo cual es absolutamente esperado pues parte de los síntomas de la enfermedad renal crónica es la disminución de energía física y fatiga. Lo mismo se observó en el estudio llevado a cabo por Contreras, et. al., (2007) quienes concluyeron que existe un deterioro de la calidad de vida en la dimensión desempeño físico en pacientes renales.

En cuanto a la dimensión de aislamiento, se observó una disminución de la conducta de alejarse de los demás tras la intervención, simultáneamente el disfrute que percibe de la vida diaria aumentó y mejoró la valoración positiva sobre su familia. Esto puede deberse a la modificación de pensamiento que se trabajó durante el programa, pues se reafirmó que a pesar de la enfermedad hay actividades y compañía que puede disfrutar, así como también se reconoció que el apoyo familiar es un factor importante para su bienestar y seguimiento adecuado del tratamiento. Inicialmente la percepción corporal negativa que el paciente tenía sobre sí mismo era muy alta, posterior al tratamiento fue alta, lo que significa que

tuvo una ligera mejoría, esto pudo deberse al autoreforzamiento practicado durante las sesiones. Los resultados encontrados concuerdan con la investigación de Rojo, Riveros, Sánchez-Sosa y Valencia (2012) donde mencionan que una de las variables psicológicas que más se asocia en la población con mayor riesgo a la salud, es la insatisfacción con la percepción corporal.

Con respecto a la dependencia médica, posterior al tratamiento el paciente reporta mayor control sobre su enfermedad y tratamiento, teniendo un papel más activo pues ahora considera que casi nunca espera que el médico cure todos sus síntomas, ni depende del médico su sensación de bienestar.

Adicionalmente su actitud ante el tratamiento mejoró pues se redujo su incomodidad y rechazo al tratamiento, lo cual puede relacionarse con lo trabajado durante el programa ya que se mencionaba frecuentemente los beneficios de seguir el tratamiento. Estos resultados se triangulan y confirman con el aumento a la adherencia al tratamiento que el paciente mostró al tomar completos sus medicamentos durante y posterior a la intervención, de acuerdo con el registro de medicamentos.

El resto de las áreas del Inventario de Calidad de Vida y Salud, no muestran mejoría después del tratamiento, sin embargo se mantienen en niveles “normales”. Por otra parte, el paciente evaluó y refirió que su calidad de vida mejoró después del tratamiento, mediante la escala visual análoga de bienestar y salud, pues inicialmente consideraba que su vida tenía un buen nivel de vida y posteriormente opinó tener la mejor calidad de vida posible, lo cual se reafirma con la mejora en las dimensiones descritas anteriormente.

Las mediciones directas e indirectas (OMS, 2004), empleadas para medir adherencia al tratamiento representa un aporte a la psicología basada en evidencia (Llobell, Frías & Monterde, 2004), pues se midió la confiabilidad de los datos de autoreporte que el propio paciente anotó en los autoregistros de alimentación, comparándolo con lo reportado en las mediciones directas (Testa & Beaud, 1998) éstas consistieron en la obtención de datos de análisis de los

siguientes elementos séricos: fósforo, sodio, potasio y calcio. Al respecto, se observó congruencia entre lo reportado en los autoregistros de alimentación y los niveles de los elementos de laboratorio, que confirmaron disminución de ingesta de alimentos no recomendados, de forma que al finalizar el tratamiento, el paciente tenía una pérdida en los elementos de fósforo, sodio y potasio, lo cual resulta favorable para la salud del paciente y confirma el aumento de adhesión al tratamiento de manera empírica. En cuanto al calcio no se observaron diferencias, sin embargo se logró mantener dentro del nivel aceptable.

Los registros de control de líquidos y asistencia a citas médicas no mostraron diferencias, sin embargo se mantuvieron en un nivel aceptable. Inicialmente el paciente no tenía dificultad para controlar estos aspectos, lo cual puede deberse a hábitos que ha adquirido debido a la cantidad de tiempo que el paciente lleva con su enfermedad. Otra razón es que limitar la cantidad de ingesta de líquidos es una indicación médica que es fácilmente comprensible a diferencia de una indicación de “cambiar la alimentación” donde implica mayor confusión y genera dudas de lo permitido y lo que debe moderarse más. Por ello la ingesta de líquidos no era dificultad para el paciente, mientras que la alimentación si lo representaba.

Estos resultados permiten afirmar que la intervención propuesta contiene el uso combinado de diversas técnicas cognitivo-conductuales que resultan eficaces para aumentar la adhesión al tratamiento en pacientes renales, como se ha observado en otros estudios (Torres, 2010; Sánchez-Roman, et. Al., 2006; Vázquez-Mata, et. al., 2006; Lerma, 2012), es una intervención breve adecuada para una institución pública donde la demanda supera en gran medida al personal sanitario, los pacientes disponen de bajos recursos económicos para trasladarse múltiples ocasiones al hospital y no se cuenta con el espacio físico suficiente para cubrir las necesidades de atención.

3.6 CONCLUSIÓN.

México es un país donde los pacientes obesos y diabéticos van en incremento, recordemos que la diabetes es la principal causa de la ERC, dicha enfermedad implica cambios importantes en el estilo de vida difíciles de lograr y que frecuentemente generan malestar emocional pues son permanentes, lo que dificulta apego al tratamiento médico y disminuye la calidad de vida.

El desarrollo de este programa de intervención psicológica surge de necesidades de atención reales de pacientes nefropatas y es validado por especialistas que atienden a estos pacientes, la aplicación de dicha intervención logro en un caso único que el paciente tome un papel más activo respecto a su enfermedad y no considere que es responsabilidad del médico su mejoría, pues incrementó los días en que la toma de medicamentos es completa, disminuyó elementos de laboratorios que resultan peligrosos para su condición y redujo el consumo de alimentos no recomendados, así como también favoreció que el participante perciba una mejora en su calidad de vida. El desarrollo de este programa de intervención breve y adecuado para una institución pública, permite que los resultados observados en la aplicación del caso presentado, sean replicados posteriormente, cumpliéndose los objetivos propuestos al inicio de este trabajo.

Por lo anterior se considera que este programa de intervención representa un aporte a nivel de prevención secundaria (modificación de conductas inapropiadas) y terciaria (disminución de las consecuencias de la enfermedad, como por ejemplo la afectación de otros órganos), beneficiando tanto al paciente como al sistema de salud.

3.6.1 LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Limitaciones

Es importante considerar que los resultados de la fase 3, fueron obtenidos de caso único, por la dificultad del trabajo con grupos debido a la carencia de espacios

destinados al trabajo psicológico, así como por el corto tiempo de trabajo efectivo en el segundo servicio de residencia.

Por otra parte, los autoregistros empleados, fueron sencillos, cortos y fáciles de contestar, sin embargo convendría que el paciente detallara más información. Por ejemplo en el registro de alimentación solo se obtuvo la cantidad de alimentos no recomendados pero no se registro cuales fueron, lo mismo ocurrió con el autoregistro de medicamentos, pues el paciente anotó los días que se tomó incompleto su medicamento pero no registró cuál o cuántos fueron los medicamentos que le faltaron ingerir.

Otra limitación de esta investigación fue que solo se contó con una semana de autoregistro de línea base, no obstante los datos son de siete días, lo que permite observar una tendencia en los datos. Sin embargo lo ideal sería considerar mínimo tres mediciones de línea base en todos los indicadores de adherencia terapéutica o hasta que la línea base se estabilice.

Recomendaciones.

Se sugiere llevar a cabo réplicas de la intervención, elaborar vídeos psicoeducativos o material audiovisual que estimulen otros sentidos para mayor retención y aprendizaje de la información.

Se recomienda incluir pacientes que se encuentren en otra modalidad de tratamiento sustitutivo de la función renal, para evaluar el beneficio que se pueda obtener; excluyendo a los trasplantados.

Para tener información más específica se sugiere ampliar la información de los autoregistros.

REFERENCIAS

- Aljama P. (1990). Fundamentos biofísicos y principios cinéticos de la diálisis en la Insuficiencia Renal Crónica. *Diálisis y Trasplante*. Madrid: Ed. Norma, 88-143.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2003). Manual de Psicología de la salud. Madrid: Ed. Pirámide.
- Andrés, B. (2004). Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería y Nefrología*, 7(3), 158-163.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164.
- Arredondo, A.; Rangel, R. & De Icaza, E. (1998). Costo-efectividad de intervenciones para insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Salud Pública*, 32 (6).
- Ávila-Saldivar, M. N., Conchillos Olivares, G., Rojas Báez, I. C., Ordoñez-Cruz, A. & Ramírez Flores, H. J. (2013). Enfermedad renal crónica: causa y prevalencia en la población del Hospital General La Perla. *Medicina Interna de México*, 29 (5), 473-478.
- Barrios, M.; Cuenca, I.; Devia, M.; Franco, C.; Guzmán, O. & Niño, A. (2004). Manual de capacitación del paciente en diálisis peritoneal. Bogotá, 1-35.
- Beck, A., Steer, R. (1993). Beck Anxiety Inventory Manual, TX: Psychological Corporation.

- Borda, M., Pérez, M. y Blanco, A. (2000). Manual de técnicas de modificación de Conducta en Medicina comportamental. Universidad de Sevilla. Secretariado de Publicaciones Universitarias.
- Brähler, E.; Mühlhan, H.; Albani, C. & Schmidt, S. (2007). Testing and standardization of the German version of the EUROHIS-QOL and WHO-5 quality-of life-indices. *Diagnostica*, 53 (2), 83-96.
- Brescia, M.; Cimino, J.; Appel, K. & Hurwich, B. J. (1966). Chronic hemodialysis Using venipuncture and surgically created arteriovenous fistula. *New Eng. Med.* 275, 1089-1093.
- Buceta, M., Bueno, M. y Mas, B. (2000). Intervención psicológica en trastornos de la salud. Madrid: Dykinson Psicología; 21-39.
- Calvanese, N.; Feldman, L. & Weisinger, J. (2004). Estilos de afrontamiento y Adaptación en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Revista de Nefrología latinoamericana*, 11, 49-63.
- Camacho, E., Vega-Michel, C. & Orejudo, S. (2011). Niveles de cortisol y estilo de vida en estudiantes universitarios sanos de México y España. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(2), 29-40
- Casanueva, E., Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur, AB. & Arroyo, P. (editores) (2008) *Nutriología Médica* (3era. Ed.). México: Ed. Médica Panamericana.
- Castillo S (2012). Programa Conductual con Equinoterapia en una Niña con

- Autismo. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(2), 133-138.
- Conde, J. L. (1994). Aspectos económicos y organizativos del tratamiento de la insuficiencia renal crónica permanente. *Nefrología*, XIV, 3-9.
- Contreras, F.; Esguerra, G.; Espinoza, J. C.; Gutiérrez, C. & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universidad Psicología*, 5 (3), 487-499.
- Cornejo, V. M., Villalpando, A. E. & Mazón J. C. (2010). Salud y Calidad de vida en espacios urbanos. Estudio Longitudinal comunitario en el Distrito Federal. . *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 109-116. .
- Cvengros, J.; Christensen, A. & Lawton, W. (2004). The role of perceived control and preference for control in adherence to a chronic medical regimen. *Annals of behavioral medicine*, 27 (3), 155-161.
- Daugirdas, J. & Blake, P. (2003). Manual de diálisis. Masson. 2-39.
- De Icaza, E.; Arredondo, A.; Calderón, C. & Hernández, G. (1997). Changes in the quality of life of patients with end-stage renal disease treated with high-efficiency bicarbonate hemodialysis in Mexico. *Renal Failure*, 19, 99-110.
- Espinoza, R. (2012) Manual de procedimientos del Servicio de Trasplantes: Anexo IV: Procedimiento de evaluación psicológica en Trasplante Renal para donador y receptor y de consentimiento informado. Secretaria de Salud.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Calidad de vida: las condiciones diferenciales.

La Psicología en España, 2 (1), 57-65.

Flores, A. (2002). El sistema de salud mexicano, observaciones y notas comparativas. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*, 3 (2).

Galán-Cuevas, S., Alemán-De la Torre, L., Martínez-Martínez J. A. L.. (2012). Psiconeuroinmunología asociada a la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(1), 9-19.

García H. & Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y salud*, 18 (1), 5-15.

García-Cedillo, I., Cazares, O., Piña, J. A. & Ybarra, S. (2012). Adhesión al TAR en personas con VIH/SIDA en la región noroeste de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2 (2), 125-132.

Garduño, C., Riveros A. y Sánchez-Sosa, J.J. 2010. Calidad de vida y Cáncer de mama: Efectos de una intervención cognitivo conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 69-80.

Guevara-Gasca M.P, Galán Cuevas S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: Hipertensión arterial y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 47-55.

Gulliksson, M., Burell, G., Vessby, B., Lundin, L., Toss, H., Svärdsudd, K., (2011).

Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy vs Standard Treatment to Prevent Recurrent Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care Project. *Arch Intern Med*, 171 (2), 134-140.

Gustavo, C., Matamoros-Tapia, J. L., Mijangos, M. J., Nava-Guerrero, E. N.

Sánchez-Sosa, J. J. (2012) Intervención conductual aguda en una sesión, en las enfermedades hipertensivas del embarazo: Un estudio piloto. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(2), 78-86.

Heredia-Ancona, M. C., Lucio-Gómez Maqueo, E. & Suárez de la Cruz, L. E.

(2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(2), 49-57.

Hersh-Rifkin, M. & Stoner, M. H. (2005). Psychosocial aspects of dialysis therapy.

En Kallenbach, J. Gutch, M. Stoner A. Corea (Eds.) *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnell*. St Louis, MO: Mosby Inc.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2012)

Recuperado el 10 de junio del 2015 de

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/mortalidad/default.aspx>

Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R.

(1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31.

- Kazdin, A. Análisis estadísticos para los diseños experimentales de caso único. En Barlow, H. D. & Hersen, M. (1988). Diseños experimentales de caso único. Barcelona: Martínez Roca.
- Lejía-Alva, G., Aguilera-Sosa, V. R., Lara Padilla, E., Rodríguez Choreño, J. D., Trejo-Martínez, J.I. & López-De la Rosa, M. R. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos, actitudes relacionadas con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(2), 19-28.
- Lerma, A. (2012), Ensayo clínico controlado para el tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica mediante una intervención cognitivo-conductual comparada con la atención medica convencional. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México.
- López-Carmona, J.M. & Rodríguez-Moctezuma, R. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 48, 200-211.
- Llobell, J. P., Frías, M. D. & Monterde H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 87. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1134> el 20 de enero, 2015.

- Marques, M. & Barrientos, A. (2000), Insuficiencia Renal crónica. En Arias, J.; Aller, M. A.; Arias, J. I. & Aldamendil. Enfermería médico-quirúrgica. España.
- Millán, R. (2009). Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en pacientes que reciben diálisis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (3).
- Montiel –Carbajal, M. M. & Domínguez-Guedea, M. (2011). Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(2), 7-18.
- Moore, K & Persaud, T. (2008). Embriología Clínica. España. Elsevier.
- Muñoz, V.E.; Vaca, A. M.; Romero, E.; García, J.; Bagdad, A. & Mahamed, N. (2010). Comportamiento sexual en los pacientes de hemodiálisis en Melilla. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería y Nefrología*, 13(2), 113-118.
- Organización Mundial de la Salud, (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra, 4-6.
- Patrick, D. & Erickson, P. (1993). Health policy, quality of life: health care evaluation and resource allocation. Nueva York: Oxford University Press.
- Pérez, J.; Llamas, F., & Legido, A (2005). Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador. *Archivos de Medicina*, 1(3), 1-10.

Piña, J., Obregón, F., Corral, V. y Márquez, I. (1996). ¿Constituye la Medicina Conductual una alternativa multidisciplinaria de la Psicología para el campo de la Salud?. En Sánchez-Sosa, J. J., Carpio, C. y Díaz, E. (Comps.). Aplicaciones del conocimiento psicológico. México: UNAM. 95-115.

Programa de Residencia en Medicina Conductual, (2013) recuperado de http://posgrado.iztacala.unam.mx/mconductual/?page_id=84, el 14 de diciembre del 2013.

Reynoso-Erazo, L., & Seligson-Nisenbaum, I. Psicología Clínica de la Salud: Un enfoque conductual. Ed. Primera, México: Manual Moderno.

Reynoso, L., Hernández, E., Bravo, C. & Anguiano, S. (2011). Panorama de la Residencia en Medicina Conductual de la UNAM. Revista de Educación y desarrollo, 17, 43-49.

Riveros, A. R., Del Águila, M. y Sánchez-Sosa, J.J. (2009). Inventario de Calidad de Vida y Salud, México: Manual Moderno.

Riveros, A. y Trejo, E. (2012). Cogniciones en responsabilidad, capacidad de recuperación y resiliencia: El papel de la convivencia y sus efectos en salud y adaptación de profesores y alumnos universitarios. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(2), 87-95.

- Rojo, G., Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. & Valencia, A. (2012). Calidad de Vida y Salud: Hacia una Intervención Primaria Oportuna. *Revista Mexicana de Psicología*. 1060-1063.
- Rodríguez-Marín, J. (2002). Historia de la Psicología de la Salud. *Revista de Historia de la Psicología*, 23 (3-4), 185-221.
- Rosas J. H. (2014). Reporte de Experiencia Profesional. México. Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis de Maestría
- Sánchez-Román, S.; Velasco-Furlong, L.; Rodríguez-Carvajal, R. & Baranda-Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58 (6), 540-546.
- Sánchez-Sosa, J.J. & González-Celis R. A.L. (2001). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. Caballo, (coord.) Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Ed. Pirámide, p. 473-492.
- Sandoval-Jurado, Ceballos-Martínez, Navarrete-Novelo, González-Hernández, Hernández-Colín, (2007). Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45 (2), 105-109.

- Santillán, C. (2008). Diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención para pacientes con Insuficiencia renal crónica. Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis de Maestría.
- Santillán, C. (2010). Diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención educativa para pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 1 (1), 37-46.
- Schwartz, G. E. & Weiss, S. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 377. Recuperado de <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/39/6/377.full.pdf> el 10 de noviembre de 2015.
- Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), (2012). Principales causas de mortalidad general en los Estados Unidos Mexicanos, recuperado el 14 de febrero del 2014 en sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/Principales_CausasxEF_2012.xls
- Society of Behavioral Medicine (2014). Recuperado el 26 de mayo del 2014 de la página <http://www.sbm.org/>
- Testa, A. & Beaud, J. (1998). The other side of the coin: Interdialytic weight gain as an index of good nutrition. *American Journal of Kidney Diseases*, 31 (5), 830-834.
- Treviño-Becerra, A. (2004). Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Cirugía y cirujanos*, 72 (1), 3-4.

- Valencia, A. (2007). Programa de apoyo psicosocial para niños con cáncer y sus familias. Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis de Doctorado.
- Vázquez-Mata, I.; Vital-Flores, S.; Bravo-González, C.; Jurado-Cárdenas, S. & Reynoso Erazo, L. (2009). Retroalimentación biológica y Relajación en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. *Journal of behavior, health & social issues*, 1 (2), 35-43.
- Velarde, E. & Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44 (4), 349-361.
- Velázquez-Jurado, H. R., Blas-Hernández, E., Riveros-Rosas, A. Zermeño-Pohls J. F. & Quiñones, S. (2012). La interacción familiar y sintomatología ansiosa y depresiva como predictores de las cefaleas primarias crónicas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(2), 71-77.
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1 (2), 125-137.
- Ybarra, J. L., Orozco, L. U., De León, A. E., & Vargas, A. C. (2012). Intervención cognitivo-conductual para la mejora del Autocuidado y la Calidad de Vida en adolescentes con Diabetes Tipo 1 y sus familias. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(2), 96-102.

ANEXOS

**ANEXO 1.- EJEMPLO DE REPORTE DE EVALUACIÓN PARA PROTOCOLO DE PACIENTES
CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL.**



**Hospital Juárez de México
Servicio de Trasplantes
Área de Psicología**



Datos Generales

Nombre:	C A R P	N. de expediente:	862650
Edad:	37 años.	Sexo:	Masculino
Ocupación:	Plomería y electricidad	Escolaridad:	Secundaria Trunca
Estado Civil:	Casado	Religión:	Cristiano
Lugar de residencia:	Distrito Federal	Tipo de protocolo:	PTRDC

I. Motivo de consulta:

Paciente masculino de 37 años de edad, que se presenta para valoración psicológica como parte del protocolo de Trasplante Renal de donador cadavérico.

II. Instrumentos empleados:

- Entrevista estructurada para Trasplante Renal
- Prueba mínima para determinación del estado mental.
- Escala H.A.D.
- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario de Ansiedad de Beck
- Prueba 16 Factores de Personalidad
- Escala Multidimensional y Multisituacional de Estilos de Enfrentamiento a los Problemas

III. Descripción del paciente:

Paciente masculino de 37 años de edad, complexión ectomórfica, edad aparente igual a la cronológica, tez morena clara, cabello oscuro, corto y poco abundante, de estatura mediana. Se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño, con ropa casual.

IV. Evolución:

El paciente C.A. recibió el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en estadio 4, en septiembre del 2011, siendo secundaria a hipoplasia renal e hipertensión arterial, al momento de la elaboración de este reporte aún no inicia tratamiento sustitutivo.

En la dimensión psicológica, la paciente comentó que su reacción al recibir el diagnóstico fue de tristeza e impotencia, el paciente reporta haber tenido cambios en su dieta a partir de la enfermedad renal, pues ha eliminado el consumo de sal y su alimentación ahora es más saludable. Otro de los cambios que presenta el paciente es que su actividad laboral ha disminuido debido a las consultas a las cuales tiene que asistir.

V. Comprensión de la enfermedad:

La paciente tiene conocimientos sobre la enfermedad renal, posee habilidad para identificar alimentos restringidos, los diferentes tratamientos y la importancia de estos. Por otra parte tiene conocimiento sobre el trasplante renal, los inmunosupresores y sus efectos colaterales, los cuidados pre y postoperatorios, así como los riesgos de la cirugía, los síntomas del rechazo renal.

VI. Motivación para el trasplante:

El paciente refiere querer realizar el trasplante para poder disminuir los cuidados, no dedicar gran parte de su tiempo a un tratamiento de sustitución renal, así como tener una mejor calidad de vida. Le gustaría continuar trabajando y ver a sus hijos crecer.

VII. Relación familiar:

Paciente CA, es casado y tiene 3 hijos de este matrimonio, su esposa tiene una edad de 34 años, y se dedica al hogar, su hijo mayor (Erick) tiene 15 años y es estudiante del tercer grado de secundaria, su hija (Jessica) tiene 9 años y estudia el 4to. Grado de primaria y su hijo menor (Ángel) de 6 años, estudia el primer grado de educación primaria. El paciente es padre de un joven de 20 años (Alberto), que tuvo antes de casarse y actualmente no frecuenta.

Su madre (Cristina), de 52 años con quien sostiene una relación distante y quien inicialmente se ofreció para ser donadora e inicio estudios y posteriormente y sin dar explicación alguna comento al paciente ya no asistiría a protocolo de Trasplante. Con su padre, la relación es distante aunque aún tiene contacto esporádico con él.

VIII. Resultados de los instrumentos:

- *Examen mental*

Paciente consciente y alerta, cooperativo ante la entrevista.

Orientado en las 3 esferas, atención, concentración y memorias conservadas, aparenta inteligencia promedio, pensamiento con tendencia a lo abstracto, lenguaje fluido, coherente y congruente. Sin alteraciones en la lectura, comprensión o lenguaje escrito, es capaz de seguir instrucciones sencillas. Afecto eutímico, Noción y conciencia de enfermedad, estilo de afrontamiento centrado en el problema, locus de control interno.

Sin contraindicaciones para el trasplante.

- *Entrevista estructurada para pacientes con insuficiencia renal:* No se encontraron factores que sean impedimentos para realizar el trasplante renal.

Sin contraindicaciones para el trasplante.

- *HAD, Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.* No se observaron indicadores de depresión ni ansiedad.

- *16 Factores de Personalidad Catell.* Paciente tiende a ser expresivo, afectuoso, complaciente, sociable, emocionalmente estable, es realista, dócil, servicial, entusiasta, confía en sí mismo, práctico, le agrada pertenecer a grupos sociales, tiende a ser tranquilo y relajado.

Sin contraindicaciones para el trasplante

- *Escala Multidimensional y Multisituacional de Estilos de Enfrentamiento a los Problemas*

Se encuentra que ante un problema el paciente tiende a emplear revaloración positiva de los problemas pues los enfrenta, analiza diversas opciones para solucionarlos y superarlos, procura aprender ellos y trata de encontrarles lo positivo.

Sin contraindicaciones para el trasplante

IX. Conclusión:

Con base a la información recabada se propone a **CARP** con No. de expediente **8626xxx** apto psicológicamente para **Trasplante Renal de donador cadavérico** pues comprende y acepta los riesgos e implicaciones del procedimiento. El paciente ha aceptado por su propia voluntad participar en protocolo de trasplante, siendo consciente de que la donación no es la solución definitiva para la Insuficiencia Renal Crónica, sino una alternativa para la estabilidad en la salud y mejora en la calidad de vida el receptor.

México D.F. a 11 de Abril del 2013

Dr. Ricardo Gallardo Contreras

Jefe del servicio de Psiquiatría

Lic. Alejandra García Arista

R2 MC TR

Paciente

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE PREGUNTAS ABIERTAS PARA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE INTERVENCIÓN, FASE 1 DE LA INVESTIGACIÓN.



Este cuestionario es parte de una investigación que se está llevando a cabo en el Hospital Juárez de México, con la finalidad de conocer la forma en la cual las personas piensan generalmente, por lo que solicitamos tu amable participación. La información que proporcionas es confidencial. Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas y por favor no dejes alguna pregunta sin contestar.

¡Gracias por tu participación!

EDAD: _____ años _____ meses SEXO: Hombre _____ Mujer _____

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria/Vocacional _____
Carrera Técnica _____ Licenciatura _____

OCUPACIÓN: _____

ESTADO CIVIL: Soltera (o) _____ Matrimonio _____ Divorciado _____

INGRESO PROMEDIO MENSUAL DE LA FAMILIA:

- () Menos de \$1000 () De \$1000 a \$2500 () De \$2500 a \$4000
() De \$4000 a \$6000 () Más de \$6000

PREGUNTAS:

¿Qué ha cambiado a partir del diagnóstico de tu enfermedad?

¿Cuáles son las principales dificultades a las que te has afrontado a partir del diagnóstico de la enfermedad renal crónica? ¿Qué área de tu vida consideras ha sido la más afectada a partir del diagnóstico de tu enfermedad y por qué?

¿Qué piensas del tratamiento para la Enfermedad Renal Crónica?

¿Qué es lo que más trabajo te cuesta seguir de tu tratamiento?

¿Qué áreas de tu vida se ven afectadas con el seguimiento de tu tratamiento?

Cuando tu estado de ánimo varía, ¿por qué crees que ocurre y como es que te sientes?

ANEXO 3.- EVALUACIÓN PARA VALIDAR MATERIAL DE INTERVENCIÓN, FASE 2 DE LA INVESTIGACIÓN (Contestada por Jueces expertos).

Nombre:

Profesión:

El material que revisé	RESPUESTAS				
	1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Algo	5 Mucho
Tiene un vocabulario comprensible a todo público.	1	2	3	4	5
Es atractivo visualmente.	1	2	3	4	5
Abarca los temas que el paciente nefropata debe conocer.	1	2	3	4	5
Incluye ejemplos que generan empatía.	1	2	3	4	5
Contiene imágenes adecuadas	1	2	3	4	5
Contiene imágenes congruentes con el contenido del texto	1	2	3	4	5
El contenido de información sobre la enfermedad renal y tratamiento es correcto.	1	2	3	4	5
Considero que puede ser útil en disminuir sintomatología ansiosa del paciente.	1	2	3	4	5
Considero que puede ser útil en disminuir sintomatología depresiva del paciente	1	2	3	4	5
Considero que puede mejorar la Calidad de Vida del paciente	1	2	3	4	5
Considero que puede ayudar a que el paciente se adhiera más al tratamiento de su enfermedad.	1	2	3	4	5

OBSERVACIONES ADICIONALES:

ANEXO 4.- AUTOREGISTRO, FASE 3 DE LA INVESTIGACIÓN

REGISTRO DE ALIMENTACIÓN, CONTROL DE LÍQUIDOS Y TOMA DE MEDICAMENTOS.

Número de Semana: _____

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Alimentos NO Recomendados							
Desayuno							
Comida							
Cena							
Tomé los Líquidos permitidos _____ ml							
Tome mis medicamentos completos = _____ Medicamentos.							

**REGISTRO DE ALIMENTACIÓN, CONTROL DE LÍQUIDOS Y TOMA DE
MEDICAMENTOS.**

Número de Semana: 1

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Alimentos NO recomendados							
Desayuno	/	//	/	///	/		//
Comida	///	///	/	//	///	/	/
Cena	/	//	//	\	/	/	/
Tome los líquidos permitidos <u>1800</u> ml	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tome mis medicamentos completos = <u>5</u> Medicamentos.	/	✓	X	✓	✓	X	/

ANEXO 5.- LISTA DE ALIMENTOS NO RECOMENDADOS EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Plátano
Melón
Kiwi
Guayaba
Papaya
Brócoli
Col
Lechuga
Espinaca cruda
Champiñones

Frijoles
Garbanzos
Lentejas
Habas secas
Soya

Carnes rojas:
Res
Cerdo
Borrego
Caldos y consomés de carne (ya sea carne blanca o roja)

Lácteos:
Leche entera
Yogurt
Queso
Crema
Helado

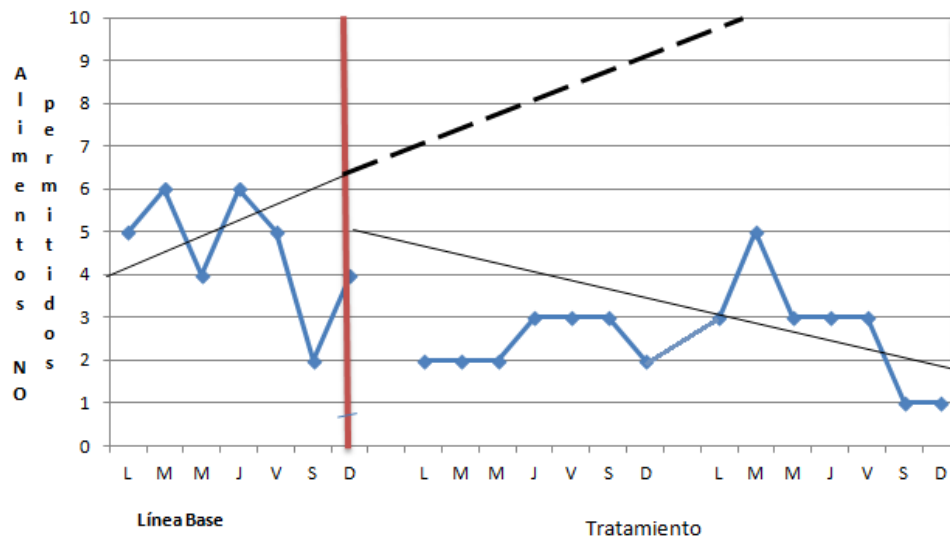
Embutidos: Salchichas, Jamón, chorizo, mortadela
Alimentos Enlatados
Pasta, pizza, empanadas, tacos, pan y galletas
Chocolates
Dulces con leche o salados.
Frituras empaquetadas
Leche entera

ANEXO 6.- "TÉCNICA DE DIVISIÓN EN MITADES"

Método mediante el cual se describe la tasa de cambio conductual a lo largo del tiempo para un solo individuo. Evalúa la tendencia o la pendiente dentro de una fase y compara las pendientes a lo largo de las fases (Kazdin, 1988).

Análisis estadístico empleado en la Investigación.

Una vez realizada la grafica se obtuvo que los datos presentaban dependencia serial y autocorrelacionaban. Con base a ello, se optó por emplear la técnica de división de mitades.



Se procedió a obtener la mediana y realizar los siguientes cálculos:

Nivel Línea Base = 4

Nivel Tratamiento = 1

Pendiente Línea Base = $6.5/4 = 1.62$

Pendiente tratamiento $5/2 = 2.5$

Cambio Nivel = $4/1 = 4$

Cambio Pendiente = $2.5/1.62 = 1.54$

Dado que en la línea de proyección de la pendiente no hay puntos por encima el numerador es 0 y el denominador la constante 2^{10} .

$$0 / 2^{10} = 0.00$$

Entonces si $0.00 < 0.01$, resulta que existen cambios estadísticamente significativos.

ANEXO 7.- CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA COMITE DE ETICA E INVESTIGACION COMITE DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Título del protocolo:

Efectos de un programa cognitivo-conductual en adhesión terapéutica y calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal crónica.

Investigador principal: ALEJANDRA GARCIA ARISTA

Teléfono: 57515571

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Juárez de México

Paciente: Juan Luis Martínez Escobar

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Debido a cambios en el estilo de vida generados a partir del diagnóstico de la enfermedad renal, es frecuente que se presente sintomatología ansiosa y depresiva, que interfiera en la adhesión al tratamiento médico, viéndose afectada de esta forma su calidad de vida.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO.

Desarrollar un programa cognitivo conductual sistematizado y replicable, así como aplicar y evaluar la efectividad de esta intervención cognitivo conductual en la adhesión terapéutica y calidad de vida.

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO.

Las intervenciones cognitivo conductuales:

Disminuyen sintomatología ansiosa.

Disminuyen sintomatología depresiva.

Aumenta adhesión a tratamiento médico.

Aumenta percepción de calidad de vida.

Con este estudio conocerá de manera clara si usted:

Padece sintomatología ansiosa o depresiva.

Sostiene baja adhesión a tratamiento médico.

Percebe una baja calidad de vida.

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido:

Participando en la intervención cognitivo-conductual sistematizada y replicable que permite aumentar la adhesión al tratamiento médico de pacientes renales así como su percepción de calidad de vida.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, se realizara una evaluación psicológica que consiste en cuestionarios de autoreporte, posteriormente se registrarán algunos de sus datos de laboratorio de estudios que usted se hace de rutina y que están anexos en su expediente médico, luego se procederá a que usted realice ejercicios por escrito sobre temas relacionados con su enfermedad y tratamiento y finalmente se repetirá la evaluación psicológica. Se le brindara seguimiento un mes después de concluida la intervención, de forma telefónica.

5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO.

Ninguno

6. ACLARACIONES.

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Usted también tiene acceso a los Comités de Investigación y Ética del Hospital Juárez de México a través del Dr. Gustavo Acosta Altamirano o Dra. Sonia Chávez Ocaña. En el edificio de Investigación del Hospital Juárez de México.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, Juan Luis Martínez Escobar
he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

[Firma] 4/Mar/2013
Firma del participante o del padre o tutor Fecha

[Firma] 4/Mar/2013
Testigo 1 (parentesco) Fecha

[Firma] 4/Marzo/2013
Testigo 2 Fecha (parentesco) Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a) Juan Luis Martínez Escobar la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Alejandra García 4 marzo 13
Nombre y Firma del investigador Fecha

ANEXO 8.- EJEMPLOS DEL MANUAL DE INTERVENCIÓN.

María, es una chica de 25 años, ella había sido una persona sana, solo se enfermaba de gripe o tos, sin embargo el año pasado, presento dolores en el abdomen por enfrente a la altura del ombligo. ¿Crees que tenga alguna enfermedad renal?



Si No

¿Por que? Se pueden presentar los dolores a retencion de liquidos cuando ya esta la enfermedad algo avanzada
 Sandra comenta con su vecina que la anemia que presenta su hijo se debe a que sus riñones ya no producen eritropoyetina. ¿Es esto cierto?

Si No

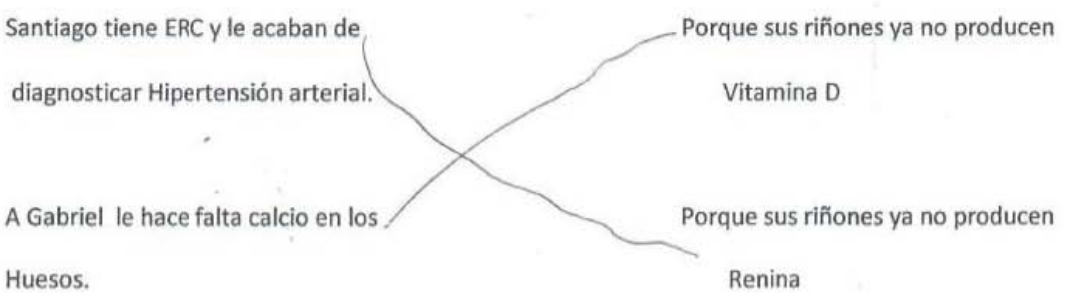
¿El Señor Adolfo, padece diabetes desde hace 10 años y doña Margarita se fracturo la columna hace 2 meses, quien crees que tenga más riesgo de padecer Enfermedad Renal?

Adolfo Margarita

Fernanda, está hospitalizada porque tiene vomito, nauseas y dolor de cabeza. Sus estudios de laboratorio indican que su creatinina y urea son muy elevados. ¿En qué etapa de Enfermedad Renal crees que se encuentre? En la etapa (3)



Une con una línea según sea el caso:



A continuación encontraras algunos consejos que pueden servirte para controlar tu alimentación:

Tu cuerpo debe tener la cantidad necesaria de comida para funcionar, por lo que no dejes pasar mucho tiempo sin comer, para ello consume colaciones.

Establece horarios de comida y de colaciones:

Desayuno:



Colación: 11:30 fruta con cereal

Comida:



Colación: 5:30 pastelito cocido

COLACIÓN: Alimentos sanos y ligeros que consumes entre comidas. Por ejemplo: semillas, verduras o frutas que tengas permitido consumir.

Si asistes a **Hemodiálisis**, ajusta tus horarios, no pases mucho tiempo sin alimento pues aunque al momento no pasa nada, a largo plazo afectas a tu cuerpo.



Retira de la mesa donde comes, los alimentos que tienes prohibidos, ya que si los ves es normal que se te antojen y si los tienes a la mano, te costará más trabajo controlarte para no consumirlos.

Aunque consideres que hay muchos alimentos restringidos o prohibidos, son más los permitidos, date la oportunidad de conocer nuevos sabores o los sabores naturales de los alimentos, **sin disfrazarlos de sal.**

2.- Restricción de líquidos

Como recordaras tus riñones ya no controlan adecuadamente la cantidad de líquido en tu cuerpo, por lo tanto, debes ingerir poca cantidad.

La cantidad de líquidos que puedo beber al día es: 1 ½ a 2 litros y medio

Ahora distribuye esa cantidad entre lo que bebes como agua y lo que consumes en los alimentos como lo haces la mayoría de las veces:



700 ml



800 ml




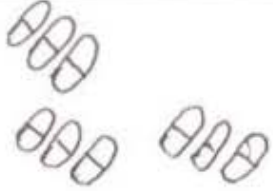
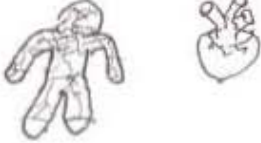
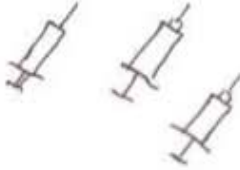




¿Como se siente tu cuerpo cuando bebes más líquido del permitido?: me cansa me siento pesado, me hincho y me da taquicardia

Además, tu presión sanguínea se eleva y corres el riesgo de que tu corazón falle.

- Trata de planear al inicio del día como repartirás la cantidad de líquido que tienes permitida al día.
- No tengas cerca o a la vista jarras de agua, garrafones o refrescos, porque se te antojarán.
- Puedes enjuagarte la boca para refrescarte cuando tengas sed, recuerda escupir el agua y no bebértela.

3.- TOMA DE MEDICAMENTOS

Los medicamentos que yo consumo son:

NOMBRE	DIBUJA A QUE PARTE DE TU CUERPO AYUDAN	DIBUJA LA CANTIDAD
Captopril		
Calcio		
Entropaxetina		
Trecotimus		
Furasemida		

- Recuerda colocar tus medicamentos en un lugar visible para que no olvides tomarlos.
- Puedes poner alarmas en tu celular para recordar consumirlos.
- Guárdalos en un lugar seguro para que permanezcan en buen estado tus medicamentos.

4.- TRATAMIENTO SUSTITUTIVO: DIÁLISIS O HEMODIÁLISIS

La diálisis o hemodiálisis, es un tratamiento que permite que las personas sigan con vida y limpien su cuerpo de las toxinas.

Mi tratamiento sustitutivo es de: hemodialisis

Que es lo bueno de hacerme este tratamiento:

Que solo voy 3 veces a la semana
me siento mejor ya no me hincho

Los cuidados que debo tener son:

No tomar mucha agua na mejor mi parche y no
estar tocarmelo na comer cosas que no debo
y no comer en la calle na tomar refrescos

Mi catéter permite que yo: salga haga mas cosa y tenga mas
tiempo y que estudie

YO QUIERO CONTINUAR CON MI TRATAMIENTO PARA PODER ESTAR LO MEJOR POSIBLE, POR LO
TANTO ME COMPROMETO A SEGUIR LAS INDICACIONES PARA ESTAR BIEN Y PODER SEGUIR CERCA
DE LAS PERSONAS QUE QUIERO Y ME QUIEREN.

[Firma] FIRMA PACIENTE

[Firma] TESTIGO

Conductas:

Berenice

Los lunes, miércoles y viernes, Berenice se levanta a las 8 de la mañana, se baña, lava los dientes, desayuna y va a su clase de pintura, regresa prepara la comida, come y escucha música, cuando su esposo llega de trabajar ven una película juntos y después se lava los dientes y se duerme a las 10 p.m.

Los martes y jueves Berenice se levanta a las 7 de la mañana, se baña, lava los dientes, desayuna y asiste a hemodiálisis por la mañana, mientras está conectada a la maquina, borda servilletas. Cuando regresa a casa, prepara la comida, visita a sus padres y come con ellos. Por las tardes después de comer, los jueves asiste a un grupo donde juega domino y ocasionalmente sale con sus amigas del grupo a comer y aprovecha para venderles las servilletas que borda, obteniendo un dinerito extra, con el que pondrá un negocio de ropa que tanto le ilusiona.

Manuel

Manuel se levanta a las 11 de la mañana y desayuna, después se va al sofá de la sala o a su cama y prende la televisión, se sabe todos los programas que pasan desde la mañana hasta la tarde, come cuando le da hambre más o menos a las 7 de la tarde y después sigue viendo la tele. Se desvela con su hermano viendo películas de terror y al día siguiente que le toca hemodiálisis, no quiere levantarse pues tiene mucho sueño.

Cuando lo conectan a la máquina de hemodiálisis se la pasa durmiendo, por lo que en la noche tiene problemas para dormir.

Se queja constantemente con su hermano de que no tiene dinero y de que su vida es muy triste y aburrida.

¿Qué diferencias notas en las historias?

Berenice es mas ordenada mientras Manuel se queja por no dormir pues se duerme mucho Berenice tiene mas actividades durante el dia y Manuel no