



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

**Control de estímulos, solución de problemas y adherencia en pacientes con
Enfermedad Renal Crónica**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:
GUADALUPE RIVERA CUEVAS

DIRECTOR DEL INFORME: DR. ALVARO FLORENCIO TORRES CHÁVEZ

COMITÉ TUTORIAL :
MTRO. EDGAR LANDA RAMÍREZ
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
MTRA. MA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
DRA. ANA GARNETT RUIZ

México, D.F.

2015



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 Daniela Magaña por haber luchado hasta el final, por haberme brindado su amistad, por haber creído en mí ¡Te recuerdo siempre!

A mi familia por su apoyo incondicional.

A las instituciones que me ofrecieron el escenario para aprender: La UNAM, el hospital general de Atizapán y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

A mis pacientes por ser los mejores maestros y por dejarme formar parte de su historia.

A Leonardo Reynoso por su constante y valioso apoyo.

A mi tutor el Dr. Alvaro Florencio Torres Chávez por su gran disposición y apoyo.

Al Mtro. Edgar Landa Ramírez por toda la ayuda, paciencia y enseñanzas.

A mis profesores por haberme dado las bases y herramientas para mi desempeño profesional: Mtra. María Cristina Bravo González, Dra. Isabel Reyes Lagunes, Dr. Juan José Sánchez Sosa y Lic. Rebeca Robles.

A las Doctoras: Ana Garnett Ruiz, Daniela Masetto y Laura Flores por su profesionalismo, por facilitar y permitir el trabajo interdisciplinario.

A las supervisoras in situ, jefes de servicio, residentes, enfermeras e internos del hospital general de Atizapán y del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, por todo el apoyo y trabajo en equipo.

A mis preciadas amigas Aida Monserrat Reséndiz Barragán y Fabiola Fuentes Fuentes por estar siempre, en los mejores y peores momentos.

A Brenda Pérez Terán por recorrer este camino conmigo, por su amistad, confianza y consejos.

A Jessica Mejía Castrejón por el buen trabajo en equipo y por motivarme.

A Alfonsina Niebla Cárdenas por su paciencia, amistad y por amortiguar los momentos difíciles.

ÍNDICE

Presentación	5
I. Aspectos históricos de la medicina conductual	7
II. Primera rotación. Protocolo de investigación: Control de estímulos, solución de problemas y adherencia en pacientes con Enfermedad Renal Crónica	15
1. Enfermedad Renal Crónica (ERC)	15
1.1 Etiología	16
1.2 Epidemiología	16
1.3 Tratamientos para la sobrevida	17
1.4 Repercusiones a nivel fisiológico, psicológico y social	19
2. Escenario de atención del paciente con ERC en América Latina	20
3. Situación del paciente con ERC en el hospital general de Atizapán	21
4. Elección de las técnicas de intervención	27
4.1 Sondeo	29
5. Objetivos e hipótesis	32
6. Método	33
7. Resultados	45
8. Discusión	48
9. Conclusiones	55
III. Segunda rotación. Reporte de experiencia profesional: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	56
1. Características de la sede	56
2. Ubicación del residente en medicina conductual	56
3. Programa de actividades	56
3.1 Rotaciones	58
3.2 Actividades académicas	61

3.3 Atención psicológica	63
3.3.1 Consulta externa	64
3.3.2 Hospitalización	66
4. Competencias profesionales adquiridas	68
5. Conclusiones y sugerencias	69
IV. Referencias bibliográficas	72
V. Anexos	83

Presentación

La residencia en medicina conductual es un posgrado de excelencia académica ofrecido por la UNAM, que tiene como premisa fundamental el aprender haciendo y por medio de lo cual se busca que el alumno desarrolle competencias profesionales para detectar, atender y resolver problemas asociados a factores cognitivo- conductuales relacionados con padecimientos médicos. El objetivo del presente reporte de experiencia profesional es describir las actividades realizadas durante los dos años de residencia, así como ilustrar las competencias profesionales adquiridas.

En la primera parte se describe el contexto histórico de la medicina conductual, su definición, sus objetivos y premisas. En el segundo capítulo se presenta el protocolo de investigación “Control de estímulos, solución de problemas y adherencia en pacientes con Enfermedad Renal Crónica”, llevado a cabo durante el primer año de residencia en el hospital general de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón Daimler- Chrysler”. Dicho protocolo implicó el diseño de una intervención cognitivo- conductual para mejorar la adherencia al tratamiento médico, pues es un problema común en este padecimiento ya que implica la estricta modificación de estilo de vida en áreas como: alimentación que incluye restricción de líquidos, dieta baja en sodio y potasio, así como la ejecución de conductas como: mantener higiene personal y de vivienda, para prevenir riesgos de infección en catéter. Además, describe la realidad particular de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica de esta institución, quienes se enfrentan a condiciones poco favorables para recibir su tratamiento (como falta de espacio, de infraestructura necesaria y exceso de pacientes con el mismo padecimiento). A su vez se ilustra cómo una intervención breve ofrece resultados favorables para mejorar la adherencia en el contexto específico de estos pacientes.

Finalmente, en el tercer capítulo se exponen las actividades realizadas en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en el cual se realizó el segundo año de residencia. Se describen las características de la sede, de

las rotaciones, las actividades académicas y la atención psicológica brindada. Por último se presentan las competencias profesionales adquiridas durante la residencia, las conclusiones y sugerencias.

I. Aspectos históricos de la medicina conductual

A lo largo del tiempo ha cambiado la forma de entender la relación salud-enfermedad. Hacia 1900 las principales causas de muerte estuvieron ampliamente vinculadas a los padecimientos infectocontagiosos como: tuberculosis, neumonía, influenza e infecciones gastrointestinales. Los avances en educación, ciencia y tecnología permitieron el desarrollo de áreas como la microbiología, biología celular y avances en salud pública que permitieron controlar dichas enfermedades infecciosas, lo cual trajo como consecuencia un aumento en la expectativa de vida (Matarazzo, 1984).

Bajo dicho contexto, el modelo biomédico tradicional encuadraba adecuadamente al tener un objetivo estrictamente curativo de los padecimientos, este modelo definía a la salud como ausencia de enfermedad y al mismo tiempo la enfermedad era explicada a partir de mecanismos fisiológicos alterados que únicamente daban lugar a tratamientos para modificar procesos orgánicos. Sin embargo, alrededor de 1977 se manifiesta claramente una transición epidemiológica, donde las principales causas de muerte eran ahora: cáncer, enfermedades cardiovasculares y accidentes tales como los automovilísticos (Levy & Moskowitz, 1982).

La teoría de la transición epidemiológica de Omran (1971) ilustra los cambios en los problemas de salud en relación con el tiempo y otros factores. Dicho autor observó poblaciones de Inglaterra, Gales y Suecia y encontró que había un cambio en los patrones de enfermedad, en particular observó que las enfermedades contagiosas presentaban una tendencia hacia el decremento y las enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida, estaban aumentando. La conclusión a la que llegó fue que los avances médicos, en nutrición y medidas de salud permitieron disminuir las enfermedades infecciosas, debido a esto las personas vivían más años y por lo tanto era más probable desarrollar una enfermedad crónica.

Ante este nuevo escenario epidemiológico, la lógica adoptada por el modelo biomédico empezó a manifestar limitaciones para atender las nuevas demandas. Entre dichas limitaciones señaladas por Engel (1977) se encontraba la visión reduccionista que buscaba la causa de las enfermedades en mecanismos estrictamente bioquímicos y donde la enfermedad era descrita a partir de una serie de síntomas. Este modelo biomédico tenía la visión cartesiana en la que mente y cuerpo no interactuaban, existían paralelamente sin influirse uno a otro y por lo tanto la enfermedad era considerada como una falla dentro del soma producto de alguna infección, herida, herencia o factores similares (Alonso, 2004). Como consecuencia a esta visión tradicional, empiezan a hacerse evidentes las limitaciones para explicar las diferencias entre una persona que se enfermaba y una que no, los médicos se enfrentaban al desafío de tener que ayudar a paciente a lidiar con su padecimiento (mismo que no podían curar) y la manifestación de las enfermedades crónico-degenerativas iba en aumento.

En la actualidad este panorama sigue vigente. Si se enlistan las principales causas de muerte en el contexto reciente del país, se encuentran entre ellas las enfermedades crónico-degenerativas, lo cual hace evidente la transición epidemiológica mencionada. En su último informe el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2008) reportó que entre las tres principales causas de muerte se encuentran: enfermedades del corazón, diabetes mellitus y la enfermedad cerebrovascular.

Bajo las nuevas necesidades evidenciadas por la transición epidemiológica a nivel mundial, surge la importancia de generar estrategias para resolver los problemas de salud. En la declaración de Alma Ata (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1978) se propone como estrategia la atención primaria a la salud. Ésta comprendía educación, métodos de prevención y lucha de los principales problemas de salud; promoción y suministro de una nutrición apropiada; planificación familiar y asistencia materno-infantil; inmunización contra enfermedades infecciosas y

suministro de medicamentos esenciales. Además se plantea a la salud como un derecho y un objetivo primordial que perseguir a nivel mundial.

De la misma forma, se establece que la salud implicaba un tratamiento multicausal y se adhiere a la definición otorgada por la OMS (1978, p.1): “La salud es un estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Es en este contexto y bajo esta definición de salud donde cobra sentido el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977) postulado ante la necesidad de un nuevo modelo médico que permitiera entender y atender mejor las demandas actuales. El modelo biopsicosocial incorporaba elementos tanto sociales como psicológicos, además de los biológicos, que interactúan de modo complejo y único en cada individuo, de manera que de dicha interacción se podía dar paso a la enfermedad. Asimismo, este modelo suponía que la ausencia de enfermedad era una condición necesaria pero no suficiente para la salud, ya que salud implicaba también un funcionamiento psicológico y social. Como se puede observar, el modelo biopsicosocial excluye la visión reduccionista orgánica en la relación salud-enfermedad.

Como parte de las características de este nuevo modelo, Engel (1977) postuló que: un defecto bioquímico era necesario pero no suficiente para el desarrollo de una enfermedad como por ejemplo, la diabetes; las condiciones de vida juegan un papel importante en el tiempo que tarda en manifestarse una enfermedad, ya que las respuestas psico fisiológicas experimentadas a lo largo de la vida, podrían alterar la susceptibilidad del organismo; ofrecer un tratamiento que restaure la anormalidad bioquímica, no necesariamente devuelve la salud al paciente y la relación médico-paciente puede influir en las consecuencias del tratamiento y que éstas sean mejores o peores.

Con el surgimiento del modelo biopsicosocial se impulsan y apoyan las discusiones que empiezan a dar lugar al estilo de vida y al comportamiento como factores relevantes en la etiología de las nuevas enfermedades que aquejaban al mundo. Parecía ser que los malos hábitos aprendidos a lo largo de la vida, empezaban a tener un papel importante sobre el desarrollo de muchos padecimientos físicos (Felgoise, 2005; Matarazzo, 1984). Es así como surge un nuevo término en el vocabulario de los profesionales de la salud: *factor de riesgo*, para hacer referencia a comportamientos como: comer en exceso, fumar, no usar cinturón de seguridad, por mencionar algunos, que podrían anteceder a la discapacidad, la enfermedad e incluso la muerte (Matarazzo, 1983).

Aunado a lo anterior, empezaron a generarse hallazgos en las investigaciones donde se mostraba que los hábitos saludables tenían como resultado decremento en la morbilidad y mortalidad. Un ejemplo se encuentra en la investigación realizada por Belloc y Breslow (1972) en la que en una muestra de siete mil personas con seguimientos a cinco y siete años y medio, se encontró relación entre longevidad y siete conductas saludables: dormir entre siete y ocho horas, desayunar diariamente, comer tres veces al día, mantener el peso corporal dentro de parámetros de normalidad, realizar ejercicio físico regularmente, moderar el consumo de alcohol y no fumar. Fue entonces cuando cobró sentido dirigir la atención hacia el impacto de las prácticas saludables y ayudar a la población a conservar la salud en lugar de tratar únicamente las enfermedades, lo cual además, traía como resultado un impacto importante en la disminución del presupuesto para la salud (Matarazzo, 1984).

Bajo este contexto, la medicina conductual surgía como un nuevo campo de conocimiento que se acoplaba adecuadamente a los nuevos hallazgos, es decir, resaltaba la necesidad de estudiar la salud en lugar de exclusivamente la enfermedad y además prometía integrar recursos educacionales, científicos y profesionales para dicho fin.

La medicina conductual fue definida formalmente en el año de 1977 en la conferencia de Yale como:

El campo que tiene que ver con el desarrollo del conocimiento científico-conductual y técnicas relevantes para el entendimiento de salud y enfermedad, además de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas al diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación. (Schwartz, & Weiss, 1977, p.379).

Sin embargo, el término medicina conductual fue empleado inicialmente para hacer referencia al uso de la biorretroalimentación la cual empezó a evidenciar la modificación de respuestas autónomas, haciendo posible su control voluntario, a partir de hacerlas observables a la persona por medio de instrumentos electrónicos, mostrando efectividad para tratar padecimientos como cefalea, incontinencia y dolor (Birk, 1973).

Asimismo, tal como lo refiere Pomerleau (1979) es importante destacar que un sello distintivo de la medicina conductual es el estrecho vínculo que mantiene con los hallazgos derivados del análisis experimental de la conducta, mismo que la separa de otras disciplinas como lo son la medicina psicológica y la medicina psicosomática. Además, le ofrece los principios y los procedimientos para modificar las conductas relacionadas con el padecimiento físico así como para implementar conductas que hacen probable el mantenimiento de la salud.

Por lo tanto, la aportación que las ciencias biomédicas pudieran hacer a la medicina conductual quedaría limitada sin el ingrediente fundamental aportado por el análisis experimental de la conducta. Por esta razón, se formuló una definición de medicina conductual que busca destacarlo:

Medicina conductual puede ser definida como el uso clínico de las técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta -terapia

conductual y modificación conductual- para la evaluación, prevención, mantenimiento o tratamiento de enfermedad física o disfunción fisiológica; empleando a la investigación para contribuir al análisis funcional de la conducta y al entendimiento del comportamiento asociado a los padecimientos médicos y problemas de salud (Pomerleau & Brady, 1979, p.12).

Considerando esta importante contribución cabe mencionar que, como lo refiere Felgoise (2005) el acontecimiento que impulsó el desarrollo de la medicina conductual fue el éxito que paralelamente mostraron las técnicas conductuales y la visión de la psicología como ciencia, que se planteaba como objetivo la predicción y el control del comportamiento.

A lo largo de tiempo, las investigaciones en medicina conductual han mostrado la importante influencia que los factores ambientales y conductuales tienen en la salud, por lo que sus principales objetivos son: identificar conductas que afectan la salud, desarrollar en las personas habilidades necesarias para modificarlas, mejorar o mantener nuevos estilos de vida y así tener un impacto sobre la morbilidad y la mortalidad (Pruitt, Klapow, Epping-Jordan & Dresselhaus, 1998).

La intervención desde medicina conductual se enmarca en los tres niveles de prevención (Reynoso y Seligson, 2005):

Primario: Identificación y prevención de factores de riesgo.

Secundario: Promoción de la adherencia al tratamiento médico, con la modificación de comportamientos que faciliten el afrontamiento al padecimiento.

Terciario: Detección y prevención de factores de riesgo que compliquen la rehabilitación, así como la modificación de hábitos para facilitar la readaptación.

Asimismo, un componente clave en la medicina conductual es la integración del conocimiento empírico a través de la investigación interdisciplinaria entre las ciencias biomédicas, sociales y conductuales (Schwartz & Weiss, 1978).

Desde medicina conductual es posible generar herramientas para prevenir padecimientos crónico-degenerativos, ya que muchos de los factores de riesgo que los desencadenan son conductas inadecuadas aprendidas, por ejemplo: hábitos alimenticios inadecuados que generan obesidad. Por lo tanto, se justifica la necesidad de una intervención temprana que desarrolle en la persona habilidades para modificar su estilo de vida.

Un ejemplo de cómo los comportamientos intervienen en el desarrollo de complicaciones cuando se tiene un padecimiento crónico-degenerativo se encuentra en la Enfermedad Renal Crónica (ERC). La mayoría de los pacientes con ERC evolucionan a la etapa terminal en la cual requerirán un tratamiento sustitutivo de la función renal como diálisis, hemodiálisis o trasplante para lograr mayor sobrevida (López et al., 2010).

La ERC impone demandas específicamente relacionadas con cambios en el estilo de vida pues es necesario que la persona modifique su alimentación por una dieta limitada en carnes rojas, sal, potasio, restrinja de manera estricta su ingesta de líquidos, tome medicamentos y cuide del catéter de diálisis o hemodiálisis con el fin de prevenir infecciones (NKF, 2012). Es decir, requiere necesariamente que el paciente modifique conductas que ha establecido a lo largo de su vida y no realizarlo podría provocar progresión del daño renal hacia una etapa más avanzada (IMSS 335-09) además de llegar a presentar complicaciones, por ejemplo, no restringir el consumo de líquidos provoca edema pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva e hipertensión las cuales contribuyen a acortar la sobrevida (Christensen & Ehlers, 2002; Kimmel et al., 2000).

Se ha reportado que la falta de adherencia al tratamiento es uno de los principales problemas en pacientes con ERC, sin embargo las intervenciones conductuales han mostrado ser alternativa efectiva para mejorarla (Anson, Byrd Koch, 2009; Matteson & Russell, 2010; Sharp, Wild, Gumley & Deighan, 2005)

En este contexto, el papel de la medicina conductual se hace ampliamente relevante al contar con estrategias que implican entrenamiento de habilidades en el paciente que se suman al control del padecimiento.

En el siguiente capítulo se describirá a detalle la definición de ERC, su etiología, epidemiología y se describirá el contexto de los pacientes con ERC del hospital general de Atizapán, mismo que hace relevante el diseño de una intervención enfocada a atender las demandas impuestas por la enfermedad, específicamente buscando impactar en adherencia al tratamiento.

II. Primera rotación. Protocolo de investigación:

Control de estímulos, solución de problemas y adherencia en pacientes con Enfermedad Renal Crónica

1. Enfermedad Renal Crónica (ERC)

La ERC se define como la pérdida gradual e irreversible de la estructura y función renal a lo largo del tiempo (NKF, 2012).

De acuerdo con las Iniciativas en Calidad de Resultados de Enfermedades Renales (*por sus siglas en inglés* KDOQI, 2002) para el diagnóstico de la ERC es necesario realizar pruebas de laboratorio. Una de ellas es la filtración glomerular, la cual permite detectar si los riñones están funcionando de manera adecuada, dicho estudio implica analizar la capacidad de los riñones para filtrar determinadas sustancias, así como el volumen de líquido que pasa a través de ellos. Para realizarlo se requiere una recolección de orina de 24 horas.

Con base en los criterios KDOQI (2002) el parámetro de normalidad para la filtración glomerular es de 120mL/min/1.73m² y las etapas de la ERC se clasifican de la siguiente manera respecto a la tasa de filtración glomerular:

- I. Mayor o igual a 90mL/min/1.73m²
- II. Entre 60 y 89mL/min/1.73m²
- III. Entre 30 y 59 mL/min/1.73m²
- IV. Entre 15 y 29 mL/min/1.73m²
- V. Menos de 15mL/min/1.73m². Indica que la persona necesitará de un tratamiento sustitutivo de la función renal para lograr sobrevivir. También se considera etapa terminal.

Otros marcadores de daño renal para el diagnóstico y clasificación de la ERC son: detectar la presencia de albumina o proteinuria en orina y estudios de imagen para detectar obstrucción o infección de tracto urinario (IMSS 335-09).

La persona con ERC tiende a presentar elevación de los azoados (como la urea y creatinina) rápida acumulación de electrolitos en sangre y tejidos corporales (Calderón, 2010).

Es relevante considerar que las comorbilidades de la persona con ERC pueden generar complicaciones que derivan en la muerte antes de llegar a la etapa V e iniciar con un tratamiento sustitutivo de la función renal (Keith et al., 2004; López et al., 2009).

1.1 Etiología

Las principales causas de la ERC son diabetes e hipertensión. Sin embargo, otras condiciones que la generan se enlistan a continuación (NKF, 2012):

- Glomerulonefritis.
- Poliquistosis renal (hereditaria).
- Malformaciones congénitas.
- Lupus o alguna enfermedad que afecte el sistema inmunológico.
- Obstrucciones por cálculos renales, agrandamiento de la próstata.
- Repetidas infecciones urinarias.

1.2 Epidemiología

La ERC se considerada problema de salud pública a nivel mundial. Una revisión sistemática con 26 ensayos controlados aleatorizados reportó que 7.2 % de personas mayores de 30 años la padecen, así como entre el 23.4% y el 35.8% de personas mayores de 64 años (Zhang & Rothenbacher, 2008).

En México no se cuenta con un registro nacional de datos de pacientes con este padecimiento que permita saber exactamente los datos epidemiológicos, sin embargo, se calcula una incidencia de 377 casos por cada millón de habitantes y una prevalencia de 1,141 (Méndez-Durán, Méndez-Bueno, Tapia-Yáñez, Muñoz y Aguilar, 2010).

Existen más personas probablemente sin diagnóstico y se calcula que al año hay alrededor de 132, 000 casos por cada millón de habitantes (Calderón, 2010).

De acuerdo con Calderón (2010) se calcula que actualmente existen entre 300,000 y 400,000 personas con ERC atendidas en Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA). Aproximadamente 52,000 se encuentran recibiendo tratamiento sustitutivo de la función renal, además, es de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias (Méndez-Durán et al., 2010).

Según el último reporte de la SSA (2008) la ERC ocupa el octavo lugar como causa de mortalidad en edad escolar, el décimo lugar en edad reproductiva y el noveno en adultos mayores.

1.3 Tratamientos para la sobrevida

La persona con ERC requiere necesariamente adherirse a un tratamiento que implica: tomar medicamentos, restringir su consumo de líquidos, llevar una dieta baja en carnes rojas, sodio y potasio. Esto ayuda a lograr un control adecuado del padecimiento (IMSS 335-09; NKF, 2012).

Sin embargo, en la etapa V de la ERC la función renal se ha disminuido a tal grado que el tratamiento médico y las modificaciones principalmente en alimentación y restricción de líquidos ya no son suficientes. Esta es una etapa en la cual la

persona debe someterse a algún tratamiento que sustituya la función renal para lograr sobrevivir (IMSS 335-09). Dentro de estos tratamientos se encuentran: diálisis peritoneal (DP) hemodiálisis (HD) y trasplante renal. A continuación se describe cada uno de ellos.

La DP es un procedimiento a través del cual se coloca un catéter en la cavidad abdominal para hacer llegar una solución llamada dializado. Esta solución entra en contacto con el peritoneo para capturar las sustancias tóxicas de la sangre que se extraen unas horas después (Lazarus y Denker, 1997).

Existen dos tipos de DP. La diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA) y la diálisis peritoneal intermitente (DPI).

La DPCA se realiza en el domicilio del paciente. Requiere que la solución permanezca de cuatro a seis horas. De acuerdo con los criterios de las guías KDOQI (2006) debe realizarse de tres a cuatro veces al día e implica entrenamiento riguroso al paciente y a alguno de sus familiares para poder llevarla a cabo.

La DPI requiere que el paciente asista a un hospital o a una clínica especializada y de acuerdo con los lineamientos internacionales, se debe llevar a cabo por lo menos una vez a la semana (KDOQI, 2006). Tiene una duración de uno a dos días en los cuales se realizan de 24 a 30 recambios de solución.

El procedimiento de HD implica extraer sangre del paciente que circula hacia un filtro de diálisis donde se depura para regresarse nuevamente al paciente ya libre de sustancias tóxicas (Lazarus y Denker, 1997). De acuerdo con los criterios KDOQI (2006), este tratamiento debe realizarse al menos tres veces por semana.

El trasplante renal consiste en implantar un riñón de una persona sana al paciente. Existen dos tipos de donadores, el donador vivo que puede ser o no un pariente y el donador cadavérico, que implica una persona con riñones sanos

fallecida recientemente. Para ambos casos es necesario determinar la compatibilidad del donador con la persona a quien se le trasplantará el riñón con el objetivo de reducir la probabilidad de rechazo (Lazarus y Denker, 1997).

1.4 Repercusiones de la ERC a nivel fisiológico, psicológico y social

Este padecimiento genera en la persona diversas repercusiones, a nivel fisiológico provoca: náuseas, vómito, debilidad, falta de apetito, disnea, comezón, anemia, falla cardíaca y retención de líquidos reflejada en hinchazón de brazos y piernas (NFK, 2012). También se ha reportado que los pacientes que no reciben diálisis y se encuentran en la etapa terminal llegan a presentar de manera más prevalente debilidad, poca movilidad, poco apetito, dolor, prurito y disnea (Murphy, Murtagh, Carey & Sheerin, 2009) otros síntomas que se presentan son falta de energía, somnolencia, poca concentración, sequedad bucal y constipación (Murtagh et al., 2010). Asimismo se afecta la actividad sexual, en los hombres hay deficiente circulación que ocasiona disfunción eréctil, disminuye el grado de energía y se presentan alteraciones hormonales como una menor producción de testosterona, hiperprolactinemia e hipogonadismo. En cuanto a las mujeres se ha reportado que pueden presentar disminución en la excitación, retardo en el desarrollo sexual, dismenorrea, dispareunia, dificultad para la lubricación y alteraciones en glándula pituitaria (Vecchio et al., 2010). Además algunos medicamentos para el control de la tensión arterial repercuten en la función sexual (Bass et al., 2012).

A nivel psicológico se presenta la estricta modificación en el estilo de vida, lo cual es necesario para lograr sobrevida. Dentro de dichas modificaciones se encuentran: restringir los líquidos, tener poco o nulo consumo de sal, tomar medicamentos, seguir una dieta baja en carnes rojas y potasio, implementar conductas de higiene para evitar infección a raíz de tener un catéter (cuando se requiere tratamiento sustitutivo) enfrentar situaciones como hospitalizaciones continuas y complicaciones médicas (NKF, 2012; Vidal, 2003). Además, se ha reportado que dentro de los problemas principales se encuentran el distrés y la limitada adherencia (Christensen & Ehlers, 2002). Diversos estudios refieren que la

principal dificultad es la adherencia a restricción de líquidos (Anson, Byrd Koch, 2009; Matteson & Russell, 2010; Sharp, Wild, Gumley & Deighan, 2005) le siguen adherencia a régimen de alimentación y toma de medicamentos (Bame, Petersen & Wray, 1997; Christensen & Ehlers, 2002).

A nivel social este padecimiento demanda recursos de infraestructura, recursos humanos y altos costos de inversión al sistema de salud. Se calcula que un paciente con ERC cuesta entre \$14, 000 y \$22, 000 dólares al año (Arredondo, Rangel y de Icaza, 1998).

2. Escenario de atención del paciente con ERC en América Latina

El tratamiento médico de elección para el paciente con ERC está sujeto a diversos factores dentro de los que se encuentran: los económicos, de recursos humanos, de infraestructura y criterios médicos. Se ha reportado que sobre todo en países de América Latina el tratamiento más empleado es la DP. En México se utiliza para el 79% de los casos, en contraste con los países europeos, los cuales lo utilizan alrededor del 15% (Ortega, 2010). De la misma forma, otro estudio ofrece datos similares al reportar que México es el país que más utiliza DP en el mundo, con una prevalencia del 72% (López et al., 2010).

Los estudios indican que no hay evidencia disponible respecto a qué tratamiento es mejor, si DP o HM, sin embargo, este último tiene la ventaja de permitirle al paciente mayor flexibilidad en las indicaciones debido a la frecuencia con la que se realiza el tratamiento. No obstante, la HM requiere de personal muy especializado, espacios físicos disponibles y asistencia de tres veces por semana, para recibir el tratamiento según lo indican las guías internacionales (KDOQI, 2006). Esto se traduce en grandes costos que para países en vías de desarrollo es difícil solventar. En México hay mayor apoyo financiero para DPI en las instituciones por parte del sistema de seguridad social, lo cual hace que este sea el tratamiento de elección, pues las instituciones de salud intentan optimizar recursos (Correa- Rotter, 2001; López et al., 2010).

Asimismo, para que un paciente con ERC reciba un tratamiento sustitutivo de la función renal en Latinoamérica, se involucran al menos dos elementos: el fácil acceso a las instituciones que imparten el tratamiento y la disponibilidad de recursos para suministrarlo. Además, se ha reportado que debido a estos factores los pacientes posiblemente no reciben su tratamiento de manera adecuada, se calcula que el 55% de pacientes en HD recibe su tratamiento únicamente dos veces a la semana y el 6.7% sólo una vez. En cuanto a DP el 42.3% tiene tratamiento cada 6 a 10 días, el 29% cada 15 días y el 15.4% cada 3 a 5 días (Avendaño et al., 2008).

Por lo tanto, esta situación hace pertinente el diseño de intervenciones que ayuden a los pacientes a enfrentar las demandas específicas de su contexto y se ajusten a la realidad del país, ya que las instituciones de salud enfrentan la dificultad de implementar los tratamientos tal como las guías internacionales lo indican. A continuación se describe el escenario que presentan los pacientes con ERC incluidos en el presente estudio.

3. Situación del paciente con ERC en el hospital general de Atizapán

El hospital general de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler” es una institución de la SSA perteneciente al Estado de México, considerada de segundo nivel de atención.

Una de las principales demandas de atención médica en el servicio de medicina interna es la ERC. Desde el año 1999 en este hospital se detectó que de 1200 pacientes 200 tenían ERC en alguna de sus etapas. Durante el año 2010 se atendieron 296 casos y en 2011 la demanda aumentó a 329 casos. Actualmente ocupa el tercer lugar como causa de muerte en esta institución.

En este hospital la única opción de tratamiento para los pacientes con ERC que llegan a etapa terminal es la DP. La institución cuenta con un Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (PDPI) el cual implica que el paciente tenga un lugar en la unidad de diálisis para asistir una vez por semana a recibir su tratamiento.

Además, al paciente que ingresa se le coloca un catéter Tenckhoff por medio de cirugía, mismo que es permanente y por lo tanto implica cuidados en casa para la prevención de una infección.

Este programa tiene únicamente seis lugares y requiere de una valoración para ingresar, la cual está conformada por:

- Una evaluación médica que determine que el paciente se encuentra con diagnóstico de ERC KDOQI V.
- Un estudio socioeconómico por parte de trabajo social para determinar las posibilidades que el paciente tiene para solventar los gastos semanales.
- Una evaluación psicosocial por parte de los residentes de medicina conductual. Esta consiste en detectar si el paciente cumple criterios de adherencia al tratamiento que aumentarán su probabilidad de ingreso y permanencia en el PDPI. Además implica una psicoeducación de la enfermedad de acuerdo a las necesidades detectadas en cada paciente. Existe un formato de valoración que se implementa formalmente desde 2009 (Noguera, 2011).

Las áreas que se evalúan con esta valoración psicosocial son las siguientes:

- Vivienda: De materiales perdurables, limpieza diaria, sin mascotas, sin plantas dentro de la habitación, baño con regadera drenaje y agua potable. Estas características físicas del entorno son necesarias para prevenir contaminación del catéter, evitar infecciones y promueve la seguridad del paciente.

- Higiene personal: Aseo diario, uñas cortas y limpias, limpieza bucal tres veces al día, con el objetivo de prevenir infección como la peritonitis al tener colocado un catéter permanente.
- Dieta: Consumo de líquidos no mayor a un litro, bajo consumo de sodio, potasio y alimentación de acuerdo a las indicaciones de dietología.
- Medicamentos: En dosis y horario según las indicaciones médicas.

Asimismo, se explora que el paciente tenga apoyo social y no tenga toxicomanías.

Se cuenta con una lista de pacientes que cumplen criterios para ingreso al PDPI que tienen que esperar por tiempo indefinido a que se libere un lugar en el programa. Sin embargo, es aún más alarmante el número de pacientes que no cumplen con los criterios para ingreso al PDPI y por lo tanto ni siquiera pueden estar en lista de espera.

Tan sólo durante 2011 se realizaron 50 valoraciones para ingreso al PDPI. 8 pacientes ingresaron, 9 se colocaron en lista de espera y 33 no cumplieron criterios. La decisión para que un paciente ingrese al PDPI es tomada entre todo el equipo interdisciplinario (jefa de servicio, médico tratante, trabajadora social, psicóloga adscrita y residente de medicina conductual). Los criterios que guían la decisión están establecidos en un manual interno de la institución y las principales razones se enlistan a continuación.

- Debido a los recursos limitados en cuanto a espacio físico el tratamiento de DP únicamente puede ser ofrecido a seis pacientes pues la institución cuenta con un cuarto para DP que tiene sólo dos camas, esto permite recibir a dos pacientes cada tercer día. Dicho cuarto cuenta con las siguientes características: se ubica en un área semi- restringida, aséptica, tiene un área

para lavado de manos que el personal debe utilizar entre cada procedimiento, cuenta con un espacio de más de seis metros cuadrados por cama, con iluminación, paredes lisas para su fácil lavado, ventanas cerradas y selladas, un perchero para colgar la bolsa con el dializante, una mesa con superficie lavable, un horno de microondas para ambientar la solución de diálisis, piso de mosaico y charola para la bolsa de drenado. Estos requisitos corresponden a los establecidos por la SSA en la guía de equipamientos de diálisis y son considerados como criterios necesarios para realizar la DP (Martínez- Vega, Alberto-Bazán y Morales- De la Cruz, 2010). Lo anterior refleja que la institución está limitada en cuanto a infraestructura necesaria para poder ingresar mayor número de pacientes al PDPI.

- Se busca que los pacientes que ingresen cuenten con los criterios de higiene personal y de vivienda ya descritos con el objetivo principal de prevenir peritonitis, que es una infección por bacterias en las que se inflama la membrana peritoneal (Montenegro, 2010). No considerarlo tiene las siguientes implicaciones: 1) el tratamiento de la peritonitis implica aumentar la estancia hospitalaria, lo cual no sólo afectaría al paciente que la padece sino también a los pacientes ya citados al PDPI en días posteriores y 2) si el paciente ingresa con peritonitis es posible que contagie al paciente con quien comparte el cuarto de DP. Considerar medidas de higiene para prevenir contaminación del catéter corresponde con lo establecido en la guía IMSS-319-10 y lo referido por Martínez- Vega, Alberto-Bazán y Morales- De la Cruz (2010).
- Se busca que el paciente que ingrese al PDPI tenga adecuada adherencia a dieta y toma de medicamentos (según las características ya descritas) debido a que esto previene la presencia de complicaciones como: falla cardiaca congestiva, tensión arterial (T/A) elevada, edema pulmonar, encefalopatía urémica, proteinuria e hiperkalemia. Considerar estos criterios coincide con lo reportado en la guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ERC (IMSS- 335-09). Al igual que en los criterios de higiene, se busca prevenir

complicaciones que deterioren al paciente que las padece y prevenir una estancia hospitalaria prolongada que obstaculice también el tratamiento de otros pacientes ya asignados al PDPI.

- Se requiere que el paciente ingresado al PDPI pueda cubrir una cuota económica semanal asignada por trabajo social ya que desafortunadamente los programas públicos como el Seguro Popular no cubren los gastos derivados de la atención a la ERC y el hospital no cuenta con los recursos para solventarlos. Por esta razón, también se busca que el paciente cuente con apoyo de algún familiar.

El paciente que no está en el PDPI tiene la opción de recibir DP a requerimientos, esto implica llegar al servicio de urgencias sin una cita donde se le realiza una valoración para determinar si cumple criterios médicos para recibir tratamiento en ese momento. Además, son atendidos por el servicio de dietología y medicina conductual con el objetivo de proporcionarles herramientas que les ayuden a lograr un mejor control de su padecimiento. Sin embargo, los problemas que enfrenta son:

- Falta de espacio en el servicio de urgencias.
- Que en cada visita le sea colocado un catéter temporal, ya que lo tendrá solamente mientras recibe la DP. Esto representa enfrentar un procedimiento médico invasivo pues implica realizar una incisión debajo del ombligo para infiltrar el catéter, únicamente se coloca anestesia local y el paciente está ansioso durante el procedimiento.
- La posibilidad de presentar complicaciones médicas debido a la falta de adherencia y llegar médicamente grave al servicio. Está documentado que exceder de manera prolongada el consumo de líquidos indicado, está

asociado con presentar falla cardiaca congestiva, T/A elevada y edema pulmonar (Christensen & Ehlers, 2002).

- La posible presencia de peritonitis. Si el paciente tiene colocado un catéter Tenckhoff (por decisión médica y a pesar de no estar en el PDPI) pero no cuenta con las conductas de higiene necesarias para su cuidado, corre el riesgo de presentar esta complicación misma que puede prolongar la estancia hospitalaria a más de dos días que es en promedio lo indicado, además de requerir tratamiento con antibiótico que puede durar hasta 28 días (IMSS 319-10; KDOQI, 2006). De la misma forma, la peritonitis puede alterar la membrana peritoneal, lo que puede ameritar la urgencia de retirar el catéter para que la cavidad pueda sanar, situación que implica referir al paciente a HD durante 4 a 8 semanas (IMSS 319-10; Montenegro, 2010). El tratamiento de HD es más costoso y por la falta de recursos humanos y de infraestructura no se imparte en esta institución.
- Acortar su sobrevida debido a complicaciones médicas (Christensen & Ehlers, 2002).
- Se ha observado de manera empírica en esta institución que los pacientes que no son adherentes parecen llegar de manera más frecuente y medicamente graves al servicio de urgencias a recibir DP pasando de cinco a ocho días entre cada una. Esta situación es alarmante, pues demanda al hospital recursos con los que no cuenta, como espacio físico y personal especializado, además implica que los pacientes se enfrenten de manera más frecuente a todos los problemas descritos antes de este punto. Sin embargo, de acuerdo con una búsqueda realizada durante 2011 en las bases de datos PubMed y Cochrane, no hay evidencia en la literatura que respalde si hay relación del tiempo entre cada diálisis y la adherencia a las indicaciones médicas, pues la situación observada se debe a características y dificultades

particulares de la institución, las cuales obstaculizan atender a los pacientes con ERC de acuerdo con la frecuencia que indican las guías internacionales (KDOQI, 2002). No obstante es un problema real que amerita líneas de investigación en este hospital.

Todo lo anterior refleja una situación alarmante y la demanda de pacientes con ERC que no están en el PDPI excede los recursos económicos, humanos y de infraestructura del hospital. Además, muestra que la adherencia es un gran problema, ya que las complicaciones que se llegan a presentar están relacionadas con incumplimiento de indicaciones, lo que da cuenta que posiblemente los pacientes están teniendo dificultad para modificar su estilo de vida.

Por el panorama descrito, resultó indispensable plantear medidas de intervención efectivas que ofrecieran una alternativa a los pacientes que no cumplieron con los criterios de ingreso al PDPI. Una intervención que los entrenara principalmente en estrategias para modificar su estilo de vida, que aumentara su posibilidad de ingresar al PDPI y que mientras eso ocurría aprendieran conductas para el control de su padecimiento y evitación de complicaciones médicas. Asimismo, se consideró la pertinencia de incluir al cuidador en la intervención.

4. Elección de las técnicas de intervención

La adherencia al tratamiento es un problema frecuente en el paciente con ERC. En el presente trabajo, adherencia es entendida como demandas conductuales relacionadas con el tratamiento que surgen en el curso de una enfermedad (Hotz, Keptein, Pruitt, Sánchez-Sosa & Willey, 2003, pp. 137).

Hay variables que modulan la adherencia: las distales y proximales. Las primeras no son susceptibles de ser modificadas ya que están presentes en la persona como: escolaridad, sexo, estadio de la enfermedad. Sin embargo las variables proximales implican competencias de comportamiento específicas, lo cual

requiere actuar de manera efectiva ante las demandas que impone una situación en concreto, por lo tanto pueden ser aprendidas por la persona (Sánchez- Sosa, Cázares, Piña y Dávila, 2009).

Las competencias de comportamiento que el paciente con ERC del hospital de Atizapán debe tener son: consumir menos de un litro de agua al día, llevar una alimentación principalmente baja en sodio y potasio, tener conductas de higiene, realizar modificaciones en la vivienda para prevenir infección en el catéter y tomar los medicamentos en dosis y horario indicados.

En la literatura se han reportado intervenciones enfocadas a mejorar la adherencia en el paciente con ERC y hay consenso respecto a que el problema más común es la restricción de líquidos. Por ello las intervenciones se han enfocado a impactar sobre esta variable (Anson, et al., 2009; Christensen & Ehlers, 2002; Matteson & Russell, 2010; Sharp et al., 2005) sin embargo, hay diversas limitaciones para replicar los tratamientos disponibles en la literatura las cuales se describen a continuación:

- Se enfocan únicamente a restricción de líquidos, ya que es la variable que se asocia directamente con la presencia de complicaciones que acortan la sobrevida como la falla cardiaca congestiva, edema pulmonar e hipertensión (Christensen & Ehlers, 2002) sin embargo, dejan a un lado la complejidad implicada en los pacientes del hospital de Atizapán, ya que las demandas impuestas por el tratamiento y el contexto son distintos; estos pacientes necesitan modificar diversas conductas.
- Se emplean en pacientes con tratamiento de HD. En el contexto de los pacientes de Atizapán, debido a la alta demanda y limitación de recursos económicos el único tratamiento es DP, mismo que en otros países, como los europeos, es menos empleado como ya se describió.

- Se usan simultáneamente diversidad de técnicas para la modificación de variables específicas, lo cual impide discriminar cuál de ellas tiene mejor éxito y entonces seleccionar con pertinencia (Anson, et al., 2009; Matteson & Russell, 2010; Sharp, Wild & Gumley, 2004; Sharp et al., 2005).
- Por último, los estudios no describen a detalle sus procedimientos de intervención, lo cual dificulta replicarlos.

Lo anterior hace notar la falta de validez externa de estrategias efectivas que se puedan replicar y aplicar al contexto del paciente con ERC del hospital general de Atizapán incluidos en este estudio. A continuación se describen los elementos que guiaron la elección de las técnicas de intervención.

4.1 Sondeo

Con el objetivo de detectar las variables funcionales relacionadas con las conductas de adherencia de las áreas ya descritas (cuidados básicos y características de la vivienda, dieta, higiene personal y toma de medicamentos) se realizó a manera de sondeo una entrevista ex profeso bajo los supuestos del análisis funcional de la conducta (AFC) (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006) dicha entrevista fue realizada a todos los pacientes que fueron valorados para ingreso al PDPI. La información resultante guió la elección de las técnicas de intervención.

La entrevista identificó los siguientes elementos funcionales:

- Estímulos facilitadores del consumo de alimentos: Implicó identificar las situaciones o estímulos que hacían posible la adherencia a la dieta. Se encontró que, por ejemplo, si los alimentos prohibidos o limitados como sal y agua no se encontraban sobre la mesa a la hora de la comida o en alguna parte de la cocina, los pacientes no los consumían. Por el contrario, si el acceso era fácil, el consumo se llevaba a cabo. Además, se identificó que en

ocasiones había acceso simultáneo tanto a los alimentos prohibidos como a los permitidos en la dieta. Eso posiblemente facilitaba que los pacientes eligieran lo que en su historia habían aprendido a comer y el costo de respuesta era bajo.

- Estímulos facilitadores de conductas de higiene: Se identificó que las conductas se emitían cuando los instrumentos necesarios estaban al alcance (jabón, gel anti bacterial) por el contrario, cuando estos instrumentos no eran de fácil acceso se obstaculizaba la ejecución de las conductas de higiene.
- Estímulos facilitadores de toma de medicamento. Se observó que los pacientes recordaban la toma de medicamento cuando contaban con estímulos perceptualmente relevantes (como una alarma o con alguien que les recordara la toma) lo cual funcionaba como una clave y facilitaba realizar la conducta. Por el contrario, los pacientes que no contaban con estas condiciones referían olvidos.

De acuerdo con los principios del condicionamiento operante es pertinente considerar que el contexto juega un papel importante para realizar o no las conductas necesarias ya que éstas se encuentran bajo el control de estímulos (Skinner, 1978). En el sondeo se muestra que determinada disposición del contexto obstaculiza o facilita las conductas de adherencia, por lo tanto, resulta acertada su modificación para tener control sobre la ejecución de comportamientos.

La literatura reporta efectividad del control de estímulos en las conductas de adherencia de pacientes con enfermedades crónicas. Para el tratamiento de la obesidad esta técnica se ha utilizado para promover comportamientos relacionados con dieta, toma de medicamentos y actividad física (Fabricatore, 2007; Van & Lindley, 2008) se ha empleado para recordar la toma de medicamento en el tratamiento de la cefalea (Rains, Penzien & Lipchick, 2006) y adherencia a la actividad física en la enfermedad cardiovascular (Woodard & Berry, 2001)

Por otra parte, en el sondeo se observó que otro factor que dificultaba la adherencia era que el paciente y su familia encontraban obstáculos principalmente para mantener cuidados básicos como la higiene diaria de la vivienda, algunos para recordar la toma de medicamentos o seguir las indicaciones relacionadas con la alimentación.

Esto último indicó que las estrategias empleadas para enfrentar las demandas posiblemente estaban resultando poco efectivas, o bien daban cuenta de un déficit en habilidades para resolver problemas, que se traduce en falta de destrezas para satisfacer las demandas que impone el padecimiento. Por lo cual, se planteó la necesidad de entrenar nuevas alternativas de solución para enfrentar las demandas de la situación. La técnica en solución de problemas, tiene justo ese objetivo (D´Zurilla & Nezu, 2000).

La solución de problemas ha mostrado ser efectiva para atender problemáticas de pacientes crónicos relacionadas con morfologías de conducta similares a las de los pacientes con ERC, tales como conductas de auto cuidado y las implicadas en áreas como: alimentación, toma de medicamentos y reducir conductas de riesgo (Hill-Briggs, 2003; Hill-Briggs & Gemmell, 2007).

De la misma forma, hay literatura que respalda la efectividad de la estrategia en solución de problemas ya que ha sido empleada para el control de enfermedades como diabetes (Hill-Briggs et al., 2011) asma (Apter et al., 2011) obesidad (Murawski et al., 2009) adaptación en sobrevivientes de cáncer de mama (Heppner, Armer & Mallinckrodt, 2009) y ampliamente documentada como estrategia de afrontamiento efectiva en cuidadores de pacientes oncológicos (Bevans et al., 2010; Demiris et al., 2010; Meyers et al., 2011; Northouse, Katapodi, Song, Zhang & Mood, 2010; Waldron, Janke, Bechtel, Ramirez & Cohen, 2012).

Se consideró de suma importancia entrenar las técnicas también en el cuidador como un facilitador de cambios ya que en el AFC resultó ser una variable implicada la adherencia del paciente. Además, la literatura reporta que la relación paciente- cuidador puede interferir con la ejecución de comportamientos de adherencia (Sánchez- Sosa, 2002). Entiéndase como cuidador a la persona que atiende en las necesidades de un enfermo, asumiendo la responsabilidad de brindarle cuidados sin recibir retribución económica ni capacitación previa para la atención (Scott, 2006).

Finalmente, estas dos estrategias, control de estímulos y solución de problemas, son breves y requieren la implementación de pequeños cambios que pueden tener impacto importante. Lo cual es una ventaja ya que estos pacientes necesitan medidas urgentes y efectivas que mejoren su adherencia.

5. Objetivos e hipótesis

Objetivo general

Evaluar los efectos de las técnicas control de estímulos y solución de problemas sobre la presentación de conductas de adherencia en el paciente con ERC que recibe DP.

Objetivos específicos

1. Observar si hay un impacto en las complicaciones médicas.
2. Observar si hay un impacto en el tiempo entre DP.

Hipótesis general

Si el paciente con ERC que recibe DP y su cuidador tienen un entrenamiento en las técnicas control de estímulos y solución de problemas, entonces se incrementaran las conductas de adherencia.

Hipótesis específicas

1. Se observará una disminución en las complicaciones médicas.
2. Se observará un incremento en el número de días entre una DP y otra.

6. Método

Participantes

Se invitó a participar a los pacientes con ERC etapa terminal (KDOQI V) del hospital general de Atizapán, que contaran con un cuidador dispuesto a participar, que no hayan cumplido criterios de ingreso al PDPI, ni estuvieran en lista de espera para ingresar he dicho programa.

Se excluyeron aquellos pacientes con ERC que no estuvieran en etapa terminal (KDOQI V) sin cuidador primario dispuesto a participar, ya pertenecientes al PDPI, en lista de espera para ingresar al PDPI y a los que estuvieran en otro protocolo, tratamiento psiquiátrico o psicológico.

La forma de seleccionar a los participantes fue no probabilística intencional. Inicialmente se identificaron 50 participantes con ERC, de los cuales 17 no cumplieron criterios de inclusión, 9 estaban recibiendo otras intervenciones tanto psiquiátricas como psicológicas, 7 no fueron localizados, 5 participaron en otro protocolo, en 4 pacientes no fue localizado el cuidador, 3 murieron y finalmente se incluyeron en el estudio 5 pacientes con su respectivo cuidador.

Las características sociodemográficas tanto de los participantes como de sus cuidadores se muestran en la Tabla 1.

Cabe mencionar que el participante 1 y el 5 ya tenían colocado un catéter Tenckhoff por decisión médica.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes

Variable	Paciente 1	Cuidador 1	Paciente 2	Cuidador 2	Paciente 3	Cuidador 3	Paciente 4	Cuidador 4	Paciente 5	Cuidador 5
Edad (años)	59	33	47	44	23	45	45	26	46	43
Sexo	Femenino	Masculino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino
Nivel educativo	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Secundaria	Primaria	Bachillerato	Primaria	Primaria
Estado civil	Divorciada	Casado	Casado	Casada	Casado	Divorciada	Divorciada	Soltera	Soltero	Casada
Parentesco		Hijo		Esposa		Mamá		Hija		Hermana

Diseño

Se trata de un diseño n=1 replicativo. Lo cual asume que cada participante fue comparado con sus propios datos de pre intervención y post intervención. El protocolo fue evaluado y aprobado por la jefa de la división de medicina interna y supervisor académico.

Variables

Las variables independientes fueron las técnicas control de estímulos y solución de problemas.

Como variable dependiente se consideró la adherencia, la cual fue medida a través de una lista de cotejo de 14 criterios divididos en cuatro áreas: características y cuidados básicos de la vivienda, higiene personal, dieta y toma de medicamentos. Se consideraron los criterios para elaborar listas de cotejo propuestos por Aiken (2003) que consideran las siguientes propiedades: resume de manera exhaustiva las conductas y criterios de adherencia que los pacientes con ERC en el contexto del hospital general de Atizapán deberían cumplir para controlar su padecimiento, está conformada por frases descriptivas de cada uno de los criterios e implica respuestas dicotómicas (si cumple el criterio/ no cumple el criterio). Los criterios y conductas fueron retomados de la valoración para ingreso al PDPI que se emplea desde 2009 en los pacientes con ERC y fueron planteados por la institución (Nogueda, 2011).

Para evaluar con parámetros objetivos los efectos de incrementar las conductas de adherencia, se consideraron como variables dependientes las complicaciones médicas y el número de días transcurridos entre una DP y otra.

En la Tabla 2 se muestra la definición conceptual y operacional de las variables.

Tabla 2

Definición de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN
INDEPENDIENTES	<p><i>Control de estímulos:</i> Cuando una conducta es reforzada en presencia de un estímulo determinado y no de otros. Grado de asociación entre la presencia de un estímulo y la respuesta posterior (Martin y Pear, 2007). La técnica implica identificar y modificar estímulos antecedentes asociados a las conductas meta.</p>	<p>-Identificar estímulos físicos que obstaculizan cumplir las conductas de adherencia para: eliminarlos o re ubicarlos, así como implementar estímulos físicos facilitadores de cumplir las conductas de adherencia.</p>	
	<p><i>Solución de problemas:</i> Los problemas son situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones, debido a la presencia de distintos obstáculos (Nezu y Nezu, 1998, pp528). Solución de problemas es: Un proceso auto dirigido cognitivo-afectivo-conductual, por el cual una persona logra identificar o descubrir soluciones adaptativas para problemas específicos de la vida diaria (D´Zurilla & Nezu, 2000, pp. 211).</p>	<p>Implica los siguientes pasos: -Definición del problema. Requiere identificar qué, cuándo, dónde, ante quién o quiénes y por qué ocurre. - Identificación de todas las alternativas posibles para la solución del problema sin juzgar su efectividad. -Identificación de ventajas y desventajas para cada alternativa propuesta. -Selección de la alternativa con más ventajas y menos desventajas. -Implementación de la estrategia seleccionada para solucionar el problema.</p> <p>Lista de cotejo con 14 criterios/conductas divididos en 4 áreas:</p>	
DEPENDIENTE	<p><i>Adherencia:</i> Reflejo de un proceso de esfuerzos que se producen a través del curso de la enfermedad para satisfacer demandas de comportamiento, impuestas por el padecimiento, relacionadas con el tratamiento (Hotz, Keptein, Pruitt, Sánchez-Sosa & Willey, 2003, pp. 137).</p>	<p><i>Criterios de vivienda:</i> Cuidados básicos como limpieza diaria, sin mascotas, sin plantas, baño dentro (con regadera, drenaje y agua potable). Además de ser de materiales perdurables. <i>Dieta:</i> Consumo de líquidos máximo de un litro, alimentos bajos en sodio, potasio y de acuerdo a las indicaciones del servicio de nutrición. <i>Higiene personal:</i> Uñas cortas, limpias, baño diario, limpieza dental tres veces al día. <i>Toma de medicamentos:</i> En dosis y horario según indicaciones médicas.</p>	Nominal
		<p>Cumplir los criterios y conductas de adherencia se observará en: -Ausencia de complicaciones médicas (peritonitis, edema pulmonar, falla cardiaca congestiva) y estancia hospitalaria no mayor a 2 días.</p> <p>-Mayor número de días transcurridos entre una DP y otra.</p>	Nominal Intervalo

Escenario

La intervención se llevó a cabo en un consultorio del área de consulta externa del hospital general de Atizapán.

Materiales

Consentimiento informado (Anexo 1). Define los objetivos de la intervención, sus beneficios, la duración aproximada, aclara que abandonar la intervención no repercute en la atención médica y se indica que los resultados son empleados con fines de investigación sin revelar la identidad. Además incluye la firma del paciente, el cuidador y de la psicóloga que implementa la intervención.

Lista de cotejo (Anexo 2). Incluye los criterios y conductas de adherencia en cuatro áreas (características y cuidados básicos de la vivienda, higiene personal, dieta y toma de medicamentos). Cuenta con formato de respuesta dicotómico por medio del que se indica si el paciente cumple o no con cada criterio pre intervención y post intervención. Se consideró que esta era una manera pertinente medir las variables debido a que una lista de cotejo cuenta con las siguientes ventajas: Es un método sencillo, económico, de fácil elaboración y puede ser adaptada para la evaluación de una amplia gama de comportamientos (Aiken, 2003). Además, se pudieron incluir de manera exhaustiva los criterios y conductas de adherencia que en particular los pacientes de la institución requieren cumplir.

Las razones por las cuales no se retomó otro instrumento que la literatura ha reportado ser útil para evaluar adherencia en ERC fueron: En primer lugar porque se suelen emplear medidas objetivas tales como el peso interdialítico (Sharp, Wild & Gumley, 2004; Sharp et al., 2005; García, Fajardo, Guevara, González y Hurtado, 2002) para evaluar adherencia a restricción de líquidos, así como el nivel de potasio sérico pre diálisis (García et al., 2002) el nivel de calcio y fósforo (Matteson & Russell, 2010) para evaluar adherencia a restricción dietética. Estas mediciones no

pueden realizarse de manera sistemática y controlada como se reporta en la literatura, pues en el contexto de estos pacientes hay factores propios de la institución que no lo hacen viable ya que, como se describió con anterioridad, estos pacientes no tienen un lugar con fecha programada para recibir su tratamiento de DP y suelen llegar al servicio de urgencias muchas veces médicamente graves a recibir su tratamiento, por lo tanto las prioridades son otras.

En segundo lugar, este tipo de mediciones reportadas en la literatura se enfoca a una sola variable, principalmente restricción de líquidos, pues ha sido la que ha mostrado menor adherencia y de ahí que surja el interés en evaluarla y diseñar intervenciones enfocadas a modificarla (Anson, et al., 2009; Christensen & Ehlers, 2002; Matteson & Russell, 2010; Sharp et al., 2005). Sin embargo, en el contexto de estos pacientes es importante evaluar de manera exhaustiva todos los criterios y conductas que la institución planteó como necesarios para mantener control del padecimiento y entonces lograr ser candidatos a tener un lugar en el PDPI. Una lista de cotejo permite considerar dichos criterios y conductas en su totalidad.

Metáfora para explicar la estrategia control de estímulos (Anexo 3). Consiste en describir por medio de una historia basada en la Odisea de Homero llamada “Ulises y el autocontrol” el control de estímulos y los efectos que tiene sobre realizar un comportamiento. Esta metáfora fue adaptada por Costa y López (1991). Se utilizó debido a que a la metáfora es un recurso por medio del cual se logra que el paciente tome distancia respecto a su situación para observarla de manera más objetiva y posteriormente pueda hacerse un paralelismo con su caso (Hayes & Wilson, 1994; Pérez- Álvarez, 1996).

Formato de registro de control de estímulos (Anexo 4). Es para el paciente y cuidador. Se anotan a manera de lista los cambios a realizar en el contexto físico. Además, contiene un espacio para anotar si el cambio fue realizado o no.

Formato con los pasos de la técnica solución de problemas (Anexo 5). Es para el paciente y cuidador. Contiene los pasos de la técnica y espacios para que el paciente anote sus respuestas en cada paso.

Formato de registro de solución de problemas (Anexo 6). Es para el paciente y cuidador. Se anotan a manera de lista los problemas a resolver una vez entrenada la técnica solución de problemas, además, contiene un espacio para indicar si cada problema detectado fue resuelto o no.

Procedimiento

Los participantes se identificaron a través del registro de pacientes que fueron valorados para ingreso al PDPI. Se seleccionaron aquellos que cumplieron los criterios de inclusión de este estudio. En la Figura 1 se muestra un flujograma que ilustra el procedimiento.

Posteriormente los pacientes fueron contactados de dos maneras: Vía telefónica o en el servicio de urgencias mientras recibían su diálisis.

Los pacientes fueron invitados a participar y se explicaba la importancia de incluir a su cuidador en la intervención.

Para identificar al cuidador se buscó que cumpliera los siguientes criterios: haber aceptado cuidar al paciente voluntariamente, no recibir retribución económica, tomar decisiones por y para el paciente. Se invitaba a participar.

Una vez que paciente y cuidador aceptaban participar se concretaba una cita subsecuente para firma de consentimiento informado, pre evaluación e inicio de la intervención.

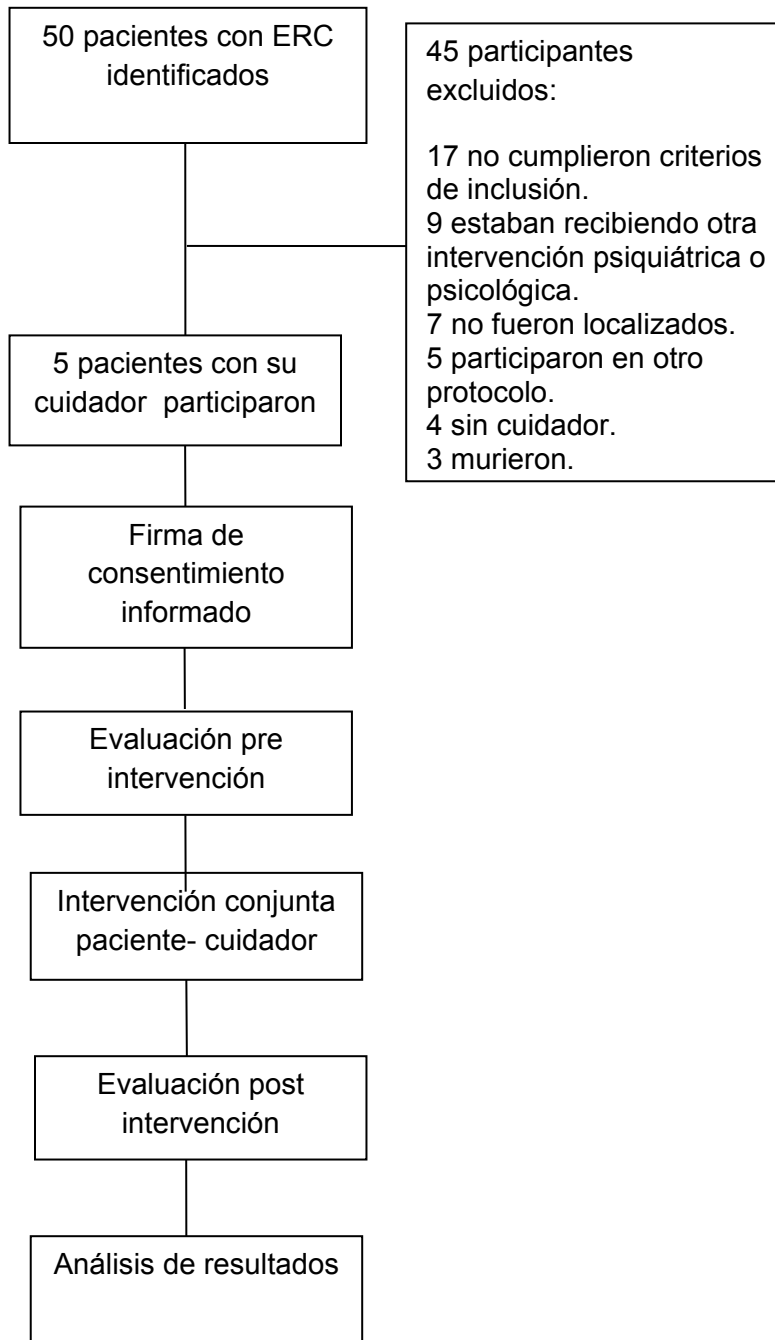


Figura 1. Flujograma del procedimiento.

Evaluación pre intervención y post intervención

- Número de criterios y conductas de adherencia cumplidos. Se obtuvieron a partir de observación directa y entrevista a profundidad, se registraron en la lista cotejo.

Se retomaron del expediente clínico de cada participante las siguientes variables:

- Presencia o ausencia de complicaciones médicas debidas a poca adherencia (peritonitis, edema pulmonar y falla cardíaca congestiva).
- El número de días que duró cada estancia hospitalaria.
- El número de días que transcurrían entre recibir una DP y otra.

No se realizó ninguna evaluación en el cuidador, ya que únicamente fue un facilitador para la intervención.

La intervención se realizó de manera conjunta con paciente y cuidador. Cada sesión duró aproximadamente 60 minutos. Los días entre una sesión y otra en promedio fueron 15. El tiempo de entrenamiento de las técnicas dependió de cada paciente y situación. Sin embargo el esquema general fue el siguiente:

Sesión 1

Objetivo: Evaluación y registro de datos pre intervención.

Procedimiento:

- Se explicó y firmó el consentimiento informado (Anexo 1).
- Se registraron los datos socio demográfico de paciente y cuidador.

- Se realizó observación directa y entrevista a profundidad para establecer los criterios y conductas de adherencia con los que el paciente contaba. Se utilizó la lista de cotejo (Anexo 2).
- Se retomaron del expediente clínico los parámetros objetivos de adherencia (complicaciones médicas, duración de estancia hospitalaria y tiempo transcurrido entre cada diálisis).

Sesión 2

Objetivo: Que el paciente y su cuidador identificaran los elementos de la técnica control de estímulos por medio de una metáfora.

Procedimiento:

- Se comentaron los criterios de adherencia que ya cumplía y los que faltaban por cumplir (Anexo 2).
- Se empleó una metáfora (Anexo 3) para explicar la técnica control de estímulos. Posteriormente, se trasladó al caso del paciente y se generaron ejemplos de cómo su entorno obstaculizaba tener conductas de adherencia. Paciente y cuidador participaban.

Sesión 3

Objetivo: Que el paciente y su cuidador identificaran los estímulos físicos que obstaculizaban las conductas de adherencia para su posterior modificación.

Procedimiento:

- Se retomaron los elementos de la sesión anterior.
- Paciente y cuidador identificaron y enlistaron (Anexo 4) los cambios a realizar en la casa como parte de implementar la técnica control de estímulos. Esto implicó identificar los estímulos físicos del entorno que obstaculizaban cumplir las conductas de adherencia para eliminarlos, re ubicarlos o en su caso implementar otros estímulos facilitadores.

- Cada que se realizaba una modificación, se indicaba en el formato (Anexo 4). El tiempo para realizar los cambios identificados dependió de la cantidad y de las posibilidades de paciente y cuidador.

Sesión 4

Objetivo: Que el paciente y su cuidador identificaran los pasos para la solución de problemas que obstaculizaban las conductas de adherencia.

Procedimiento:

- Se retomaron los elementos de la sesión anterior.
- Se describió la estrategia en solución de problemas (lo cual implicó definir qué es un problema, el objetivo de la técnica, sus ventajas y describir sus cinco pasos).
- Se proporcionó el formato con los pasos de la técnica solución de problemas (Anexo 5).
- Paciente y cuidador eligieron un problema que estuviera obstaculizando las conductas de adherencia para ponerlo como ejemplo y registrarlo en el formato. Además se indicó que pusieran a prueba la estrategia elegida para resolverlo.

Sesión 5

Objetivo: Que el paciente y su cuidador identificaran los problemas que obstaculizaban las conductas de adherencia para resolverlos.

Procedimiento:

- Se retomaron los elementos de la sesión anterior.
- Se exploró si se había llevado a cabo la estrategia elegida para resolver el problema.
- Si no se llevaba a cabo la estrategia o no había resultado efectiva, se reevaluaba el plan y se generaba una nueva alternativa para ponerla en práctica. Se exploraban resultados la siguiente sesión.

- Si se llevaba a cabo la estrategia y había resultado efectiva, se continuaba con la identificación de otros problemas que estaban obstaculizando las conductas de adherencia para enlistarlos en el formato del anexo 6. Paciente y cuidador intentaban resolverlos con la técnica e indicaban en el registro si el problema era resuelto.

Sesión 6

Objetivo: Que paciente y su cuidador expresaran dudas, obstáculos y comentarios respecto a la implementación de las estrategias.

Procedimiento:

- Consistió en responder dudas de los pacientes y detectar posibles obstáculos para la implementación de las técnicas.

Sesión 7

Objetivo: Evaluación y registro de datos post intervención.

Procedimiento:

- Se realizó observación directa y entrevista a profundidad para establecer los criterios y conductas de adherencia con los que el paciente contaba. Se utilizó la lista de cotejo (Anexo 2).
- Se retomaron del expediente clínico los parámetros objetivos de adherencia (complicaciones médicas, duración de estancia hospitalaria y tiempo transcurrido entre cada diálisis).

7. Resultados

Con respecto a los criterios y conductas de adherencia observados a través de la lista de cotejo, se encontró que todos los participantes los incrementaron después de la intervención y tres de ellos lograron reunirlos en su totalidad (ver Figura 2).

En particular se observó que las conductas pertenecientes a las áreas *dieta* (consumo no mayor a un litro de líquidos por al día, alimentación baja en sodio, potasio y de acuerdo a las indicaciones del servicio de nutrición) y *toma de medicamentos* (en dosis y horario indicados) resultaron ser las más afectadas por la intervención, pues ninguno de los participantes contó con ellas en la evaluación inicial y sus conductas fueron cumplidas en su totalidad tras la intervención. Asimismo, se observó que el área llamada *características y cuidados básicos de la vivienda* específicamente los criterios referentes a *vivienda de materiales perdurables y baño dentro de la vivienda con drenaje y agua potable*, fueron los únicos criterios observados en cuatro participantes en la pre evaluación, sin embargo, no se modificaron después de la intervención en el único participante que no los tenía.

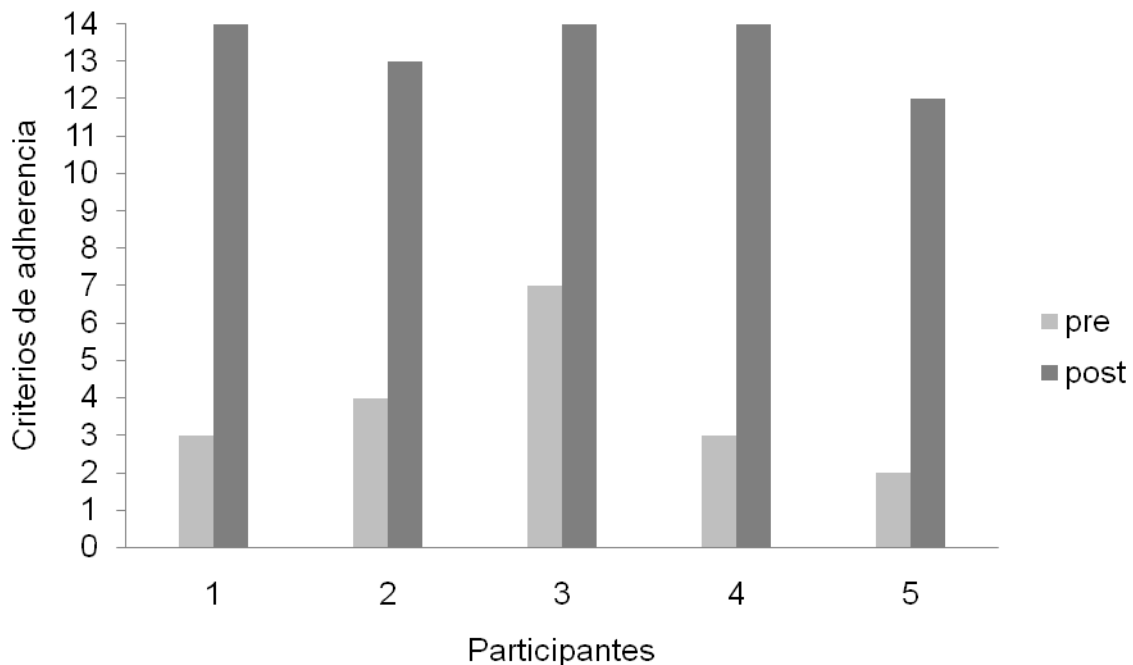


Figura 2. Número de criterios de adherencia cumplidos por cada participante pre intervención y post intervención.

Asimismo, con el objetivo de buscar si la diferencia entre el número de criterios de adherencia antes y después de la intervención fue estadísticamente significativa se utilizó la prueba no paramétrica de los Signos. Se encontró que cuatro de cinco participantes presentaron diferencias estadísticamente significativas tras la intervención (ver Tabla 3).

Tabla 3

Valor estadístico de la diferencia en los criterios de adherencia de cada participante

Participantes	Diferencia	Prueba de los signos
1	11	0.001
2	9	0.004
3	7	0.16
4	11	0.001
5	10	0.002

En cuanto a las complicaciones médicas, se observó que las únicas que se presentaron antes de la intervención fueron peritonitis con estancia hospitalaria mayor a dos días, tal como se muestra en la Tabla 4. Sin embargo, no hubo evidencia de complicaciones como edema pulmonar y falla cardíaca congestiva ni antes, ni después de la intervención.

Tabla 4

Complicaciones médicas de cada participante pre intervención y post intervención

Participantes	Complicaciones médicas		Tipo
1	Pre	sí	Peritonitis y EH > 2 días
	Post	no	
2	Pre	no	N/A
	Post	no	
3	Pre	no	N/A
	Post	no	
4	Pre	no	N/A
	Post	no	
5	Pre	sí	Peritonitis y EH > 2 días
	Post	no	

N/A = No aplica

EH=estancia hospitalaria

Finalmente se observó que todos los participantes presentaron mayor número de días, en promedio, transcurridos entre una DP y otra después de la intervención. Para obtener el promedio se consideró el tiempo transcurrido durante tres sesiones de DP pre intervención y se siguió el mismo criterio para obtener el promedio post intervención (ver Figura 3).

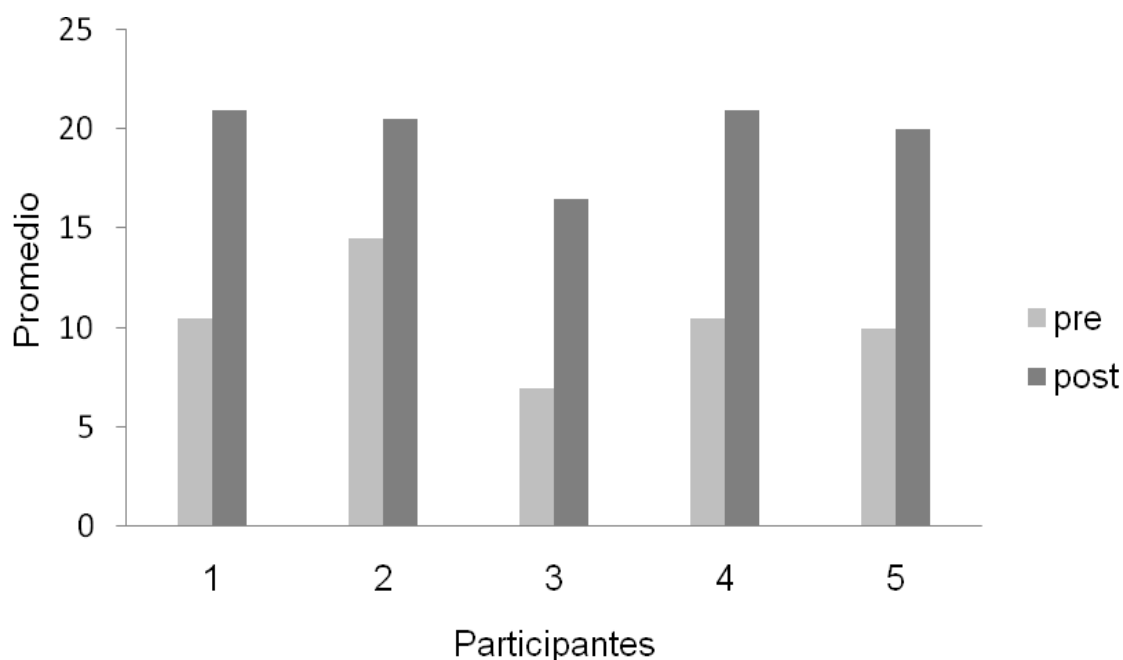


Figura 3. Promedio de días transcurridos entre cada DP por participante, pre intervención y post intervención.

8. Discusión

El objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos de las técnicas control de estímulos y solución de problemas sobre la presentación de conductas de adherencia para observar si había un impacto tanto en las complicaciones médicas como en el tiempo entre cada DP, del paciente con ERC.

De manera general los resultados apoyan la efectividad de la intervención, pues se incrementaron las conductas de adherencia, no se observaron complicaciones médicas y se aumentó el tiempo que transcurre entre recibir una DP

y otra. Esto apoya la efectividad de las técnicas control de estímulos (Fabricatore, 2007; Rains, Penzien & Lipchick, 2006; Van & Lindley, 2008) y solución de problemas (Apter et al., 2011; Hill-Briggs, 2003; Hill-Briggs et al., 2011; Hill-Briggs & Gemmell, 2007; Heppner, Armer & Mallinckrodt, 2009; Murawski et al., 2009) referida en diversos estudios, para modificar morfologías de conducta similares a las necesarias en los pacientes con ERC, como lo son apearse a un régimen de alimentación, modificar patrones de ingesta, tomar medicamentos en dosis y horarios indicados y mantener conductas de autocuidado, también requeridas en otros padecimientos, por ejemplo

En particular, se obtuvo que las áreas *alimentación* (que incluye las conductas: consumo no mayor a un litro de líquidos por día, alimentación baja en sodio, potasio y de acuerdo a las indicaciones del servicio de nutrición) y *toma de medicamentos* (que implica: horario y dosis indicada) fueron las más afectadas por la intervención. En primer lugar se observó que las conductas implicadas en estas áreas no se identificaron en la evaluación pre intervención de ningún participante, lo cual indica que los pacientes están presentando mayor problema de adherencia con esas áreas en particular. Estos hallazgos son relevantes porque coinciden con lo reportado en la literatura, ya que se ha mostrado que las personas con ERC presentan como problema principal dificultad para restringir su consumo de líquidos (Anson, Byrd Koch, 2009; Matteson & Russell, 2010; Sharp, Wild, Gumley & Deighan, 2005) y le siguen la poca adherencia a régimen de alimentación y toma de medicamentos (Bame, Petersen & Wray, 1997; Christensen & Ehlers, 2002). En segundo lugar, se observó que también fueron las conductas que lograron presentarse en su totalidad en cada participante después de la intervención. Este resultado se suma a lo referido por diversos estudios respecto a que las intervenciones conductuales y cognitivas conductuales son efectivas para mejorar la adherencia a la restricción de líquidos (Anson, Byrd Koch, 2009; Matteson & Russell, 2010; Sharp, Wild, Gumley & Deighan, 2005) régimen de alimentación y toma de medicamentos (Christensen & Ehlers, 2002; Matteson & Russell, 2010) en personas con ERC.

Por otra parte se considera que, tal como se ha reportado (Christensen & Ehlers, 2002; IMSS 319-10; Montenegro, 2010) tener conductas de adherencia como restringir el consumo de líquidos y tener comportamientos de higiene para el cuidado del catéter, previene la presencia de complicaciones médicas como falla cardiaca congestiva, edema pulmonar y peritonitis. Por lo tanto, esto apoya que al lograr aumentar las conductas de adherencia se tuvo un impacto reflejado en evitar complicaciones médicas, pues no se identificaron en ningún participante después de la intervención.

Respecto al tiempo transcurrido entre cada DP, al haberse aumentado tras la intervención en todos los participantes, refleja varios hallazgos: 1) Por un lado, que una intervención enfocada a modificar conductas específicas se traduce en ayudar al paciente a cuidarse y mantenerse lo más estable posible mientras llega el momento de recibir DP en el servicio de urgencias, evitando llegar grave con alguna complicación médica producto de la falta de adherencia como lo son la falla cardiaca congestiva y el edema pulmonar, que están relacionadas con exceder el consumo de líquidos (Christensen & Ehlers, 2002). 2) Contribuye a que el paciente no llegue de manera frecuente con poco espacio entre cada DP, ya que esto supone enfrentar falta de espacio en el servicio de urgencias, problema común que se presenta en esta institución y la frecuente colocación de catéter temporal que representa un procedimiento médico invasivo. 3) Parece suponer una alternativa en contexto del país, pues como se mencionó, a pesar de que lo ideal es que el paciente con ERC reciba DP al menos una vez a la semana (KDOQI, 2006) los recursos disponibles en Latinoamérica hacen que el 42.3% tenga acceso al tratamiento cada 6 a 10 días y el 29% de pacientes cada 15 días (Avendaño et al., 2008) es decir, diversidad de pacientes no están teniendo acceso al tratamiento como lo indican las guías internacionales. Por lo tanto, lograr a través de la modificación conductual incrementar los días entre una diálisis y otra, podría contribuir a que los pacientes se ajusten a la situación que enfrenta el país (y en particular este hospital) pero con menos riesgos, como las complicaciones médicas ya mencionadas producto de poca adherencia.

Se observó además que las variables no afectadas por la intervención fueron: *vivienda de materiales perdurables y baño dentro de la vivienda con regadera, drenaje y agua potable*. Estas variables se incluyeron en la lista de cotejo y se evaluaron porque la institución las plantea como criterios necesarios para que el paciente pueda ser candidato al PDPI, pues se suman a las medidas preventivas de infección en el catéter (IMSS-319-10; Martínez- Vega, Alberto-Bazán y Morales- De la Cruz, 2010). Sin embargo, no son susceptibles de modificarse con una intervención como la reportada, debido a que son variables distales. Factores como las características sociodemográficas de los pacientes son determinantes para la adherencia, pero son estáticos y sólo ayudan a identificar factores de riesgo de acuerdo con lo reportado por Hotz et al. (2003).

Respecto a los resultados obtenidos por cada participante, se considera relevante mencionar que en el caso particular del participante 3, si bien no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el número de criterios de adherencia antes y después de la intervención, fue el paciente que tuvo mayor número de criterios de adherencia pre intervención y mostró reunirlos en su totalidad en la evaluación post intervención. Lo cual hace que exista una relevancia clínica importante.

La presencia de peritonitis antes de la intervención en los participantes 1 y 5, hace notar que es un riesgo que se les coloque catéter Tenckhoff (permanente) a pacientes que no cumplen con criterios suficientes de adherencia relacionados con conductas de higiene, como era el caso de estos participantes. Sin embargo, los hallazgos sugieren que esto puede solucionarse con una intervención enfocada a la modificación de hábitos específicos, pues ambos participantes no volvieron a presentar dicha complicación en la evaluación post intervención. Además, lograron reducir su estancia hospitalaria a dos días, que es lo que debe durar la DP según lo establecido como criterio internacional (KDOQI, 2006).

De la misma forma, se considera que la modificación de hábitos en los pacientes que se les coloca un catéter temporal cada que reciben DP de emergencia (como era el caso de los participantes 2,3 y 4) les permite ser candidatos a colocación de catéter Tenckhoff. Dicho catéter es permanente y una vez adquiridos los hábitos de higiene necesarios, tenerlo no representa un riesgo pues esas conductas previenen infecciones como la peritonitis. Esto implicaría evitar que se enfrenten a la colocación de catéter (que es un procedimiento médico invasivo) cada que reciben su tratamiento.

Estos resultados también contribuyeron a que los participantes se hicieran candidatos al PDPI y se colocaran en la lista de espera, pues finalmente cumplieron con todos los criterios que la institución plantea para ingresar. Esto representaría tener un lugar disponible cada semana en la unidad de diálisis para recibir el tratamiento.

Se hace relevante rescatar las cualidades de la intervención implementada. En primer lugar, las técnicas control de estímulos y solución de problemas fueron seleccionadas por medio de un sondeo y bajo los supuestos del AFC, lo cual implica que la intervención estuvo en contexto de los pacientes, consideró los elementos funcionales importantes y por lo tanto fue a la medida de sus necesidades. Además, otra característica importante es que fue posible observar qué conductas modificó cada técnica. Esto representa una ventaja sobre otros estudios que entrenan diversas técnicas sin discriminar el efecto que tuvo cada una sobre los resultados (Anson, et al., 2009; Matteson & Russell, 2010; Sharp, Wild & Gumley, 2004; Sharp et al., 2005) lo que deja poco claro el panorama al momento de seleccionar qué técnica será mejor para modificar conductas específicas.

Finalmente, una cualidad de este estudio es que considera parámetros objetivos de adherencia al tratamiento (duración de estancia hospitalaria, número de días entre cada DP y presencia o ausencia de complicaciones médicas) mismos que se rescataron directamente de expediente clínico de cada participante. Esto ayuda a

mostrar que lograr un cambio en el comportamiento se refleja en parámetros que indican estabilidad médica.

A continuación se describen algunas limitaciones del estudio.

Una debilidad principal es que no se cuenta con seguimientos a lo largo del tiempo que permitieran observar el mantenimiento de los resultados. Además, tratarse de un diseño n=1 replicativo representa diversas limitaciones como: los efectos irreversibles que impiden retirar el tratamiento para observar regreso a línea base, sesgos del investigador, limitaciones prácticas para realizar evaluaciones repetidas, administrar el tratamiento en el tiempo planeado y dificultad para generalizar los hallazgos, pues a pesar de que el procedimiento se replicó en cinco participantes y se obtuvieron resultados positivos, se sugiere llevar a cabo la intervención por otros terapeutas en otros escenarios (McGuigan, 1996). Además la intervención se realizó en función del contexto de los pacientes de esta institución y sus resultados no pueden ser contrastados con la evidencia reportada por literatura internacional.

Otro elemento importante es considerar que haber empleado una lista de cotejo para evaluar los criterios de adherencia tiene implicaciones, pues al no haberse realizado observación directa sobre presencia o ausencia de cada criterio impide comprobar su veracidad, ya que la información se obtuvo por medio de una entrevista, excepto para dos criterios: uñas cortas y uñas limpias, que fueron los únicos que podían observarse de manera directa. Asimismo, era posible que los participantes respondieran por deseabilidad social (Aiken, 2003). Se sugiere diseñar y emplear registros de frecuencia de cada conducta de adherencia que sean entregados a paciente y cuidador para después observar si hay consenso entre observadores.

La razón por la cual se decidió emplear una lista de cotejo fue porque era importante evaluar de manera exhaustiva todos los criterios y conductas que la

institución planteó necesarios para identificar a los pacientes candidatos al PDPI, pues quien los reúne es considerado un paciente adherente al tratamiento. Además, no se retomó algún otro instrumento reportado en la literatura para evaluar adherencia en pacientes con ERC porque se suelen emplear medidas objetivas como peso interdialítico (Sharp, Wild & Gumley, 2004; Sharp et al., 2005; García et al., 2002) nivel de potasio sérico, calcio y fósforo (García et al., 2002) para evaluar adherencia a restricción de líquidos y a régimen de alimentación. En el contexto de los pacientes como los incluidos en el presente estudio, no es viable la medición sistemática y controlada de dichos valores debido a que es común que los pacientes lleguen de emergencia a recibir tratamiento de DP y sin una cita programada, lo cual dificulta captarlos en el momento indicado. Ante esto se considera que haber empleado otros elementos para evaluar adherencia, como presencia o ausencia de complicaciones médicas, días que duró la estancia hospitalaria y tiempo entre DP minimiza esta limitación, pues fueron datos objetivos que reflejaron si el paciente modificó o no las conductas.

A pesar de que la literatura reporta que la T/A elevada es una complicación médica relacionada con exceder el consumo de líquidos (Christensen & Ehlers, 2002) el motivo por el cual no se evaluó y consideró un indicador objetivo de adherencia, fue porque en el contexto de los pacientes del hospital general de Atizapán es esperado que lleguen con cifras elevadas de T/A para recibir DP urgente. Sin embargo, una debilidad de este estudio es que no evalúa si las cifras de T/A se mantienen o modifican de alguna forma al incrementarse el tiempo entre diálisis.

Por otro lado, se sugiere incluir en futuros estudios el impacto que una intervención como la aquí descrita tiene sobre el cuidador del paciente con ERC, pues al ser un elemento facilitador para cumplir con los criterios de adherencia, amerita una evaluación. Diversos estudios que han implementado particularmente el entrenamiento en solución de problemas han reportado evaluaciones en el cuidador (Bevans et al., 2010; Demirir et al., 2010; Meyers et al., 2011; Northouse, Katapodi,

Song, Zhang & Mood, 2010; Waldron, Janke, Bechtel, Ramirez & Cohen, 2012). Esto podría extender los hallazgos de las técnicas entrenadas.

9. Conclusiones

A manera de conclusión puede decirse que se cumplió la hipótesis general ya que al entrenar las estrategias control de estímulos y solución de problemas, se mejoró la adherencia lo cual se reflejó en el aumento de los criterios y conductas, disminución en las complicaciones médicas y un mayor número de días transcurridos entre cada diálisis en todos los participantes.

Se rescata como hallazgo principal el gran beneficio que una intervención sencilla, breve y que no requiere de grandes recursos económicos o de infraestructura, puede tener en más pacientes con ERC que vivan una situación similar a la de los participantes.

III. Segunda rotación. Reporte de experiencia profesional: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

1. Características de la sede

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) es una institución de salud perteneciente al tercer nivel de atención que proporciona servicios médicos especializados y de alta calidad a población adulta con enfermedades complejas que no pueden ser atendidas en otras instituciones.

El INCMNSZ fomenta actividades de enseñanza e investigación. Es considerada una institución modelo y líder en medicina en todo el país.

El instituto cuenta con más de 40 departamentos y clínicas con diversas especialidades y subespecialidades médicas, un área de consulta externa y 120 camas para internación.

2. Ubicación del residente en medicina conductual

El residente de medicina conductual se encuentra en el servicio de psicología perteneciente al departamento de neurología y psiquiatría del instituto. Las adscritas al servicio de psicología son la Dra. Sofía Sánchez Román y la Lic. Lorena González de Jesús, mismas que fungen como supervisoras in situ. Durante mi residencia el servicio de psicología estuvo conformado por: tres psicólogas de voluntariado, uno de servicio social y dos residentes de medicina conductual. Los psicólogos del servicio comparten algunas actividades académicas.

3. Programa de actividades

Durante el segundo año de maestría, fui una de las dos residentes asignadas al servicio. Mi participación implicó diversas actividades en un horario de 8:00 am a

3:00 pm como: rotaciones, actividades académicas y consulta externa (ver Tabla 1). Sin embargo, la demanda de atención al servicio de medicina conductual, así como algunas actividades profesionales ameritaron cubrir en ocasiones un horario de 7:00am hasta aproximadamente 5:00 pm.

Tabla 1

Programa de actividades diarias en el INCMNSZ

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00-9:00	Supervisión académica	Supervisión in situ	Clases de psiquiatría de enlace	Consulta externa	Sesión general
9:00-10:00	Sesión bibliográfica con psiquiatría de enlace	Consulta externa	Rotación	Consulta externa	Rotación
10:00-11:00	Rotación	Consulta externa	Rotación	Consulta externa	Rotación
11:00- 12:00	Rotación	Consulta externa	Rotación	Consulta externa	Rotación
12:00- 1:00	Rotación	Consulta externa	Rotación	Consulta externa	Rotación
1:00- 2:00	Revisión de artículos de psicología	Case de metodología y estadística	Rotación	Revisión de casos clínicos con psiquiatría de enlace	Revisión de casos clínicos con psiquiatría de enlace
2:00- 3:00	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida

A continuación se describen a detalle las actividades realizadas durante el año de residencia.

3.1 Rotaciones

Estas tenían el objetivo de integrarme como parte del equipo interdisciplinario para: evaluación e intervención psicológica a pacientes, así como detección de necesidades. Dichas rotaciones se realizaban con psiquiatras, psicólogos o con los médicos (según cada servicio) y tenían una duración de un mes.

Las rotaciones con psiquiatría implicaron actividades con los adscritos, residentes y rotantes. Cabe señalar que los psiquiatras que laboran en el instituto cuentan con una formación de alta especialidad llamada psiquiatría de enlace. Esta disciplina se encarga de estudiar y atender la relación entre las enfermedades médicas y enfermedades psiquiátricas por medio de un enfoque biopsicosocial (Castro-Manglano y Sarrais, 2010; Lipsitt, 2004). La psiquiatría de enlace fue implementada en el INCMNSZ desde 1972.

Las rotaciones con psiquiatría de enlace fueron:

-Trasplantes. El psiquiatra de enlace realizaba una valoración a pacientes candidatos a trasplante de riñón, médula o hígado y a sus donadores. En dicha valoración se exploraban aspectos que pudieran dificultar la adherencia al tratamiento, así como características de la interacción familiar que pudieran inferir en las conductas y cuidados requeridos antes, durante y después del trasplante. Mi participación implicó colaborar con el psiquiatra de enlace en la entrevista y apoyarlo en la identificación de los factores a través del modelo del análisis funcional de la conducta (AFC) para un enriquecimiento en la comprensión del caso. De ser necesaria alguna intervención, se me refería a los pacientes.

-Obesidad. En este servicio el psiquiatra de enlace adscrito valoraba a los pacientes candidatos a cirugía bariátrica con el fin de identificar aspectos tanto psiquiátricos como psicológicos que pudieran afectar la adherencia al tratamiento después de la

cirugía. Mi función consistió en participar en las entrevistas para enriquecer información y de ser necesario se me refería a los pacientes para intervención.

-Trastornos de la conducta alimentaria. El psiquiatra adscrito realizaba entrevistas a pacientes con anorexia y bulimia con el fin de diagnosticar y tratar posibles comorbilidades psiquiátricas que pudieran presentar los pacientes. Mi participación se limitó a colaborar en las entrevistas para complementar información.

-Terapia intensiva. El psiquiatra de enlace adscrito y sus residentes realizaban una evaluación para la detección de alteraciones que el paciente pudiera presentar estando en la unidad de terapia intensiva, como es el caso del delirium. Además, daban intervención farmacológica. Mi función consistió en colaborar en la evaluación (misma que fue modelada, supervisada y moldeada por el psiquiatra adscrito), así como promover las medidas no farmacológicas para el tratamiento de delirium.

-VIH. Los psiquiatras atendían interconsultas de pacientes con VIH en el área de hospitalización. Mi participación implicó enriquecer la entrevista, dar intervención a los pacientes en conjunto con las psicólogas de medicina conductual pertenecientes al departamento de infectología o, en su caso, mantenerme al tanto del trabajo que dichas psicólogas realizaban para informar a los psiquiatras.

A continuación se describen las rotaciones realizadas en psicología.

-Neuropsicología. En este servicio la neuropsicóloga realizaba evaluaciones de las funciones cognitivas a pacientes geriátricos. Mi rotación implicó colaborar en las valoraciones, mismas que fueron supervisadas, así como proponer intervención para pacientes con deterioro cognitivo y sus cuidadores.

-Clínica del sueño. Mi rotación consistió en realizar una exposición semanal en modalidad seminario, donde el tema fue: factores psicológicos asociados a la adherencia a presión positiva continua en la vía aérea (CPAP por sus siglas en

inglés) en pacientes con apnea obstructiva del sueño (SAHOS por sus siglas en inglés). Otra de mis funciones fue dar intervención a los pacientes que se me referían para promover adherencia o por algún otro problema identificado por las psicólogas adscritas a la clínica. Además, durante todo el año evalué a pacientes con SAHOS que usaban CPAP. Dicha evaluación forma parte de un protocolo de investigación para identificar factores asociados al mal apego al CPAP que el servicio de psicología trabaja en conjunto con clínica del sueño desde 2009.

-Clínica de obesidad y trastornos de la conducta alimentaria. Este servicio cuenta con tres psicólogas que se encargan de evaluar a los pacientes y referirlos a instituciones para intervención psicoanalítica. Mi participación consistió únicamente en observar las sesiones de evaluación, pues es la única función que el servicio permite a los residentes de medicina conductual rotantes.

Finalmente, se realizaron rotaciones en la clínica del dolor y en el departamento de biología de la reproducción. Estas fueron las actividades realizadas:

-Clínica del dolor. Implicó la participación en actividades académicas con los médicos residentes y adscritos de la clínica, así como dar intervención psicológica a pacientes. La rotación consistió en asistir a las entregas de guardia donde se discutían los aspectos médicos de los pacientes hospitalizados. Mi función fue identificar factores psicológicos relacionados con el padecimiento, proponer intervención para cada paciente que lo ameritara y la llevarla a cabo. Las actividades académicas consistieron en asistir a sesiones que los residentes de la clínica realizaban en conjunto con el Instituto Nacional de Cancerología, a clases con los adscritos de la clínica en el INCMNSZ y asistir al “journal club”, en donde se hace revisión y discusión de artículos científicos ante un tema seleccionado. Finalmente, otra actividad consistió en dar intervención psicológica a pacientes que los residentes captaban en la consulta externa.

-Biología de la reproducción: El año en que realicé mi residencia fue el primero en que se ofreció rotación en este servicio. La finalidad de esta rotación fue la detección de necesidades que fueran de interés para el área de psicología. Las funciones consistieron en: asistir a las reuniones con los médicos del departamento para la discusión de casos clínicos y a la consulta externa. Mi participación implicó detectar factores psicológicos implicados en los casos comentados para proponer intervención, así como impartir exposiciones con temas de interés para el personal médico, como lo fueron: ¿cómo dar malas noticias? y factores psicológicos implicados en pacientes con síndrome de insensibilidad androgénica al recibir el diagnóstico. Al finalizar mi rotación se consideró que era necesaria la participación del residente de medicina conductual, así como la interacción de este servicio con el área de psicología para fomentar la atención interdisciplinaria a los pacientes y apoyar al personal médico en el entrenamiento de habilidades específicas para optimizar la calidad de su servicios.

3.2 Actividades académicas

-Sesiones bibliográficas con psiquiatría de enlace

En estas sesiones se presentaron temas de interés para los psiquiatras de enlace. Por mes se seleccionaba un tema, las primeras tres semanas se realizaban exposiciones junto con la presentación de un artículo reciente (máximo cinco años de antigüedad), la cuarta semana se cerraba el tema con la presentación de un caso clínico. Mi participación implicó la exposición de un tema durante el año, además cada sesión complementaba información desde la perspectiva de medicina conductual, por lo que mi participación fue activa. En total asistí a 42 sesiones.

- Revisión de artículos de psicología

Se realizaron exposiciones de artículos científicos. Los módulos fueron: personalidad, trastornos psiquiátricos, psicología hospitalaria, servicio de psiquiatría,

biología de la reproducción, unidad de dolor, enfermedades crónicas y neuropsicología. La revisión era coordinada por la psicóloga adscrita y asistían todos los psicólogos del servicio. Durante el año expuse seis veces y mantuve una participación activa en todas las sesiones. En total acudí a 44 revisiones.

-Clases de metodología y estadística

Fueron impartidas por la psicóloga adscrita al servicio, en ellas se revisaban temas de estadística, metodología de la investigación y uso del SPSS. Tuve 30 clases durante el año.

-Clases de psiquiatría de enlace

Estas clases fueron impartidas por médicos expertos del instituto y de otras instituciones invitadas. Los módulos incluyeron los temas: psiquiatría de enlace, clinimetría en hospital general, delirium, psicofarmacología, cuidados paliativos, psicoterapia, paidopsiquiatría, ginecobstetricia, geriatría, reumatología, gastroenterología, endocrinología, trastornos de la alimentación, neurología, trastornos somatomorfos, aspectos psiquiátricos del paciente con SIDA, trasplantes, cardiología, dolor crónico, dermatología y oncología. Mi participación implicó dar mi opinión desde la perspectiva de medicina conductual. En total acudí a 42 clases.

-Revisión de casos clínicos con psiquiatría de enlace

Era una reunión diaria donde se discutían los casos clínicos vistos en el pase de visita. Yo acudía sólo dos veces por semana. Se fomentaba el intercambio de opiniones para el tratamiento de cada caso. Yo ofrecía mi perspectiva y proponía intervenciones. De estas revisiones surgían las interconsultas para que yo atendiera pacientes hospitalizados. Durante el año acudí a 82 revisiones.

-Sesión general

Cada semana uno de los departamentos del instituto hace una presentación de protocolos de investigación, casos de difícil manejo o de las actividades realizadas en su servicio. Durante mi estancia en el instituto asistí a 42 sesiones generales.

-Supervisión in situ

Se llevó a cabo una vez por semana con cada supervisora in situ. La supervisión implicaba retroalimentación de la intervención para los casos que me eran referidos. En total tuve 40 supervisiones.

-Supervisión académica

Estuvo a cargo del Mtro. Edgar Landa Ramírez. Durante el primer semestre del año, la supervisión tuvo el objetivo de entrenar habilidades de búsqueda, selección y aplicación de intervenciones desde la perspectiva de medicina conductual basada en evidencia. El segundo semestre del año, la supervisión tuvo el objetivo de desarrollar habilidades para la redacción del reporte de experiencia profesional, o en su caso, la aplicación de un protocolo de investigación en el servicio, así como su difusión en congresos nacionales e internacionales. Además, se realizaron exposiciones de temas de interés para cada residente de medicina conductual y se discutieron casos clínicos. Durante el año expuse en dos ocasiones y asistí aproximadamente a 30 supervisiones.

3.3 Atención psicológica

Se llevó a cabo en dos modalidades: consulta externa y en hospitalización. A continuación se describe cada una.

3.3.1 Consulta externa

La impartí martes y jueves de 8:00 am a 1:00 pm en el área de consulta externa de psicología. La fuente de referencia de estos pacientes fueron los psiquiatras de enlace, algún adscrito o residente de los diferentes servicios en los que roté.

Durante mi año de residencia atendí a 44 pacientes con edad promedio de 49 años, de los cuales 32 fueron mujeres y 12 hombres. En total proporcioné 143 consultas. Los diagnósticos médicos más frecuentes fueron SAHOS, diabetes mellitus (DM), obesidad, lupus, hipertensión arterial sistémica (HAS) y cáncer (ver Tabla 2).

Tabla 2

Diagnósticos médicos de los pacientes atendidos en consulta externa

Diagnóstico	No de pacientes
SAHOS	14
DM	7
Obesidad	4
HAS	3
Lupus	3
Cáncer	2
Artritis	1
Displasia epifisaria múltiple	1
Enfermedad de Addison	1
Esclerosis múltiple	1
Evento vascular cerebral	1
Hipotiroidismo	1
ERC	1
Litiasis vesicular	1
Pérdida de peso en estudio	1
Síndrome de ovario poliquístico	1

En cuanto a los diagnósticos psicológicos, los más frecuentes fueron falta de adherencia al tratamiento, síntomas depresivos y síntomas ansiosos (ver Tabla 3). Todos los pacientes fueron evaluados en la primera consulta aunque algunos ya contaban con diagnóstico psiquiátrico. La evaluación implicaba una entrevista a profundidad con el objetivo de realizar un AFC y en ocasiones la aplicación de algún instrumento. Estas fueron las herramientas que guiaron la selección de la intervención aunadas a la revisión en la literatura de los estudios con mayor nivel de evidencia. La consulta externa permitió dar seguimiento para implementar la intervención y los pacientes se citaban aproximadamente cada 15 días.

Las principales técnicas de intervención fueron: psicoeducación, activación conductual, solución de problemas, manejo de contingencias y respiración diafragmática. De todos los pacientes atendidos el 52% se dio de alta, el 27% dejó de asistir, 14% fue referido con el residente de medicina conductual que ingresó después de mi y el 7% fue canalizado a otras instituciones para intervención psicológica.

Tabla 3

Diagnósticos psicológicos de los pacientes atendidos en consulta externa

Diagnóstico	No de pacientes
Falta de adherencia al tratamiento	18
Síntomas depresivos	11
Síntomas ansiosos	8
Trastorno por estrés postraumático	2
Problemas de relación	2
Agorafobia	1
Fobia específica	1
Fobia social	1

3.3.2 Hospitalización

Para atender a los pacientes hospitalizados no se contaba con un horario predeterminado, por lo que tenía que buscar horas libres (por ejemplo si un paciente de consulta externa no acudía) o extender mi horario por la tarde para brindar la intervención. La fuente de referencia de estos pacientes fueron los psiquiatras de enlace, médicos adscritos o residentes de los diferentes servicios donde roté.

Durante mi estancia en el instituto atendí a 72 pacientes de los cuales 44 fueron mujeres y 28 hombres. El promedio de edad fue de 45 años. En total impartí 172 consultas y los diagnósticos médicos más frecuentes fueron cáncer, DM, ERC, lupus y cirrosis hepática (ver Tabla 4).

Tabla 4

Diagnósticos médicos de los pacientes atendidos en hospitalización

Diagnóstico	No de pacientes
Cáncer	14
DM	12
ERC	7
Lupus	7
Cirrosis hepática	5
Oclusión intestinal	3
SAHOS	3
Evento vascular cerebral	2
Sangrado del tubo digestivo alto	2
Anorexia nervosa	1
Armafrodisio	1
Granulomatosis de Wegener	1
HAS	1
Hepatopatía child c	1
Leucemia paliativa	1
Neurofibromatosis tipo1	1

Neuropatía	1
Neurocisticercosis	1
Pancreatitis	1
Polineuropatía	1
Sépsis abdominal	1
Síndrome de Crohn	1
Síndrome mielodisplásico	1
Síndrome de ovario poliquístico	1
Trasplantado	1
VIH	1

Como se muestra en la Tabla 5, los diagnósticos psicológicos más frecuentes fueron depresión por estancia hospitalaria, ansiedad por estancia hospitalaria, crisis de angustia en familiar y dolor. Cabe mencionar que algunos pacientes ya contaban con diagnóstico psiquiátrico al ser referidos, sin embargo, a todos los pacientes se les realizó una entrevista en la primera sesión con el objetivo de detectar los elementos del AFC para la posterior intervención, esta evaluación tenía que ser breve pues el contexto impedía dar seguimientos y se requería intervenir de manera urgente.

Algunas de las técnicas de intervención fueron activación conductual, respiración diafragmática, entrenamiento en asertividad, intervención en crisis y solución de problemas.

Tabla 5

Diagnósticos psicológicos de los pacientes atendidos en hospitalización

Diagnóstico	No de pacientes
Depresión por estancia hospitalaria	34
Ansiedad por estancia hospitalaria	8
Crisis de angustia en familiar	8
Dolor	5
Falta de adherencia al tratamiento	4

Ansiedad ante procedimiento médico	3
Insomnio	3
Problemas de conducta	3
Trastorno adaptativo	3
Delirium	1

4. Competencias profesionales adquiridas

Considero que las competencias adquiridas fueron alcanzadas no solamente durante mi estancia en el INCMNSZ, sino también en el hospital general de Atizapán donde realicé el primer año de residencia. El haber pertenecido a dos instituciones tan diferentes me permitió el desarrollo efectivo de las competencias profesionales esperadas en el egresado de la residencia en medicina conductual (Reynoso, Hernández, Bravo y Anguiano, 2010) las cuales se enlistan a continuación.

- Evaluación conductual.
- Selección y aplicación de técnicas de intervención derivadas de la medicina conductual.
- Diseño de intervenciones para la atención de problemas psicológicos relacionados con padecimientos médicos.
- Diseño y aplicación de intervenciones breves para la atención de problemas urgentes.
- Diseño y validación de herramientas para la evaluación de las técnicas de intervención aplicadas.
- Selección y aplicación de diferentes técnicas y procedimientos para la evaluación de la intervención aplicada.
- Elaboración de estrategias para promover cambio en el estilo de vida que contribuye a la prevención de padecimientos y/o complicaciones médicas.
- Adaptación de las técnicas de intervención según el contexto y características de los pacientes.

- Manejo efectivo de técnicas de intervención como: solución de problemas, asertividad, manejo de contingencias, respiración diafragmática y activación conductual.
- Difusión de conocimientos a otros profesionales de la salud respecto al papel de la medicina conductual.
- Habilidades para la comunicación y participación efectiva con el equipo interdisciplinario.
- Comunicación y difusión (verbal y escrita) clara, objetiva y científica de resultados profesionales a través de la selección, evaluación e integración de conocimientos teórico- prácticos.
- Solución de problemas y toma de decisiones.

5. Conclusiones y sugerencias

Considero que mi estancia en el INCMNSZ fue muy enriquecedora pues me permitió la práctica constante de las competencias para la intervención ya que pude impartir más de 300 consultas en más de 100 pacientes. Asimismo, me dio la oportunidad de difundir el papel y la efectividad de la medicina conductual dentro del equipo interdisciplinario.

Atender pacientes en hospitalización me permitió seguir desarrollando destrezas para impartir intervenciones breves y efectivas, tal como lo exige el contexto de estos pacientes. Por otro lado la consulta externa, me ofreció la posibilidad de poner en práctica mis competencias profesionales en un entorno ideal, pues permitía que los pacientes realizaran registros, podía monitorear avances e implementar tratamientos más completos. Estos escenarios permitieron la formación de competencias profesionales buscadas al concluir la residencia (Reynoso, Hernández, Bravo y Anguiano, 2010).

Es relevante mencionar la interacción que la residencia en el instituto ofrece con otros servicios, pues las rotaciones, clases y revisiones de casos permiten

conocer diversidad de padecimientos y los aspectos que los conforman, además se fomenta el intercambio de opiniones entre los profesionales para ofrecer una atención integral a los pacientes.

En cuanto a la supervisión puedo concluir que fue de gran ayuda ya que por una parte, las supervisoras in situ se mostraron siempre dispuestas a apoyarme y retroalimentarme en las intervenciones a pesar de no compartir el mismo enfoque psicológico. Por otro lado, la supervisión académica fue una excelente fuente de conocimiento para la formación de habilidades en búsqueda de información de acuerdo a la medicina conductual basada en la evidencia, lo cual se suma a mis herramientas para la selección pertinente de intervenciones psicológicas. Además, me proporcionó herramientas para la difusión de conocimiento dentro de un equipo interdisciplinario.

Como sugerencia considero que sería enriquecedor abrir un espacio para clases y revisiones de artículos de psicología únicamente con las adscritas al servicio y los residentes de medicina conductual. Esto con el objetivo de optimizar la calidad en la presentación de los temas y las opiniones que pueden darse al respecto ya que el servicio cuenta con psicólogos voluntarios y de servicio social quienes participan en dichas actividades académicas, pues reunirnos a todos durante las clases hizo que la adquisición de conocimientos no fuera igualitaria, ya que en muchas ocasiones se abordaron temas que resultaban básicos para algunos y desconocidos para otros.

Por otra parte, creo que otra área de oportunidad para medicina conductual sería realizar una rotación en el servicio de urgencias, pues como mi primer año de residencia en el hospital general de Atizapán me permitió observar, en este servicio es frecuente encontrar pacientes y familiares en crisis, mismos que ameritan intervención.

Finalmente, considero que el haber pertenecido a un servicio que ofrece rotaciones en diversos departamentos me permitió formarme para atender a pacientes con diversos padecimientos (tanto médicos como psiquiátricos) lo cual me abre futuras oportunidades en el campo laboral pues puedo adaptarme a las demandas de diferentes instituciones de salud y pacientes.

IV Referencias bibliográficas

- Aiken, L. R. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson Educación.
- Alonso, Y. (2004) The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 53 (2), 239–244. doi: 10.1016/S0738-3991(03)00146-0
- Anson, H.M., Byrd, M. R., & Koch, E.I. (2009). Cognitive Behavioral Treatment to Improve Adherence to Hemodialysis Fluid Restrictions: A Case Report. *Case Reports in Medicine*, 1 (1), 1-5. doi:10.1155/2009/835262
- Apter, A. J., Wang, X., Bogen, D. K., Rand, C. S., McElligott, S., Polsky, D., Gonzalez, R., Priolo, C., Adam, B., Geer, S., & Have, T. T. (2011). Problem-solving to Improve Adherence and Asthma Outcomes in Urban Adults with Moderate or Severe Asthma: a Randomized Controlled Trial. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 128 (3), 516- 523. doi: 10.1016/j.jaci.2011.05.010.
- Arredondo, A., Rangel, R. y de Icaza, E. (1998). Costo-Efectividad de intervenciones para insuficiencia renal-crónica terminal. *Journal of Public Health*, 32 (6), 556-565. doi: org/10.1590/S0034-89101998000600009
- Avendaño, L., Aljama, P., Arias, M., Caramelo, C., Egido de los Rios, J. y Lamas, S. (2008). *Nefrología clínica*, España: Editorial médica panamericana.
- Bame, S. I., Petersen, N., & Wray, N. P. (1997). Variation in hemodialysis patient compliance according to demographic characteristics. *Social Science in Medicine*, 37, 1035–1043. doi: 10.1016/0277-9536(93)90438-A
- Bass, A., Ahmed, S., Klarenbach, S., Culleton, B., Hemmelgarn, B., & Manns, B. (2012). The impact of nocturnal hemodialysis on sexual function. *BMC Nephrology*, 13, 1-7. doi: 10.1186/1471-2369-13-67
- Belloc, N., Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1 (3), 409–421. doi:10.1016/0091-7435(72)90014-X

- Bevans, M., Castro, K., Prince, P., Shelburne, N., Prachenko, O., Loscalzo, M., Soeken, K., & Zabora, J. (2010). An Individualized Dyadic Problem-Solving Education Intervention for Patients and Family Caregivers during Allogeneic HSCT: A Feasibility Study. *Cancer Nursing*, 33 (2), 1-16. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181be5e6d.
- Birk, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral Medicine*. New York: Grune & Stratton.
- Breslow, L. (1978). Risk factor intervention for health maintenance. *Science*, 200, 908-912. doi:10.1126/science.644333
- Calderón, M. (2010). ¿Qué es la falla renal crónica?. En Calderón, M. (Ed.), *Manual de función renal y enfermedades renales más frecuentes*. México: Alfil.
- Castro-Manglano, P. y Sarraís, F. (2010). Psiquiatría de enlace. En Ortuño, F. (coord.), *Lecciones de psiquiatría* (pp.613-632). Madrid: Editorial Panamericana.
- Christensen, A.J., & Ehlers, S. L. (2002). Psychological factors in end –stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 712-724. doi: 10.1037//0022-006X.70.3.712
- Correa- Rotter, R. (2001).The cost barrier to renal replacement therapy and peritoneal dialysis in the developing world. *Peritoneal Dialysis International*, 21, 314- 317. Recuperado de http://www.pdiconnect.com/content/21/Suppl_3/S314.long
- Costa, M. y López, E. (1991). Manual para el educador social. Ministerio de asuntos sociales.
- Demiris, G., Parker, D., Washington, K., Fruehling, L. T., Haggarty-Robbins, D., Doorenbos, A., Wechkin, H., & Berry, D. (2010). A Problem Solving Intervention for Hospice Caregivers: A Pilot Study. *Journal of Palliative Medicine*, 13 (8), 1005- 101. doi: 10.1089/jpm.2010.0022

- D'Zurilla, T., & Nezu, A. (2000). Problem solving therapies. En Dobson, K. (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* (pp 211-245). New York: The Guilford Press.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Fabriocatore, A. (2007). Behavior Therapy and Cognitive- Behavioral therapy of Obesity: Is there a difference?. *American Dietetic Association*, 107, 92-99. doi: 10.1016/j.jada.2006.10.005
- Felgoise, S.H. (2005). History of behavioral medicine. In Felgoise, S.H., Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Reinecke, M. A. (Eds.), *Encyclopedia of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 209- 214). New York: Plenum. doi: 10.1007/0-306-48581-8_59
- García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González, V. y Hurtado, A. (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología* 22 (3), 245- 252.
- Guía de Equipamiento Diálisis. (2005). México; Secretaría de Salud. Recuperado de:file:///C:/Users/Usuario/Downloads/UNEME%20HEMODIALISIS%20(5).PDF
- Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana. (2009). México: Secretaría de Salud. Recuperado de:http://sgm.issste.gob.mx/medica/medica_documentacion/guias_autorizadas/Nefrolog%C3%ADa/IMSS-335 09_Enfermedad_Renal_Cronica_Temprana/EyR_IMSS-335-09.PDF
- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis Infecciosa en Diálisis Peritoneal Crónica en Adultos (2009). México: Secretaría de Salud. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gps/CatalogoMaestro/319_IMSS_10_Peritonitis_infecciosa/EyR_IMSS_319_10.pdf

- Heppner, P. P., Armer, J. M., & Mallinckrodt, B. (2009). Problem-solving style and adaptation in breast cancer survivors: a prospective analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 3 (2), 128- 136. doi: 10.1007/s11764-009-0085-2.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, (17), 2, 289-304. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733476/pdf/behavan00024-0090.pdf>
- Hill-Briggs, F. (2003). Problem Solving in Diabetes Self-Management: A Model of Chronic Illness Self-Management Behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 25 (3), 182- 193.
- Hill-Briggs, F., & Gemmell, L. (2007). Problem Solving in Diabetes Self-management and Control: A Systematic Review of the Literature. *The Diabetes Educator*, 33, 1032- 1050. doi: 10.1177/0145721707308412
- Hill-Briggs, F., Lazo, M., Peyrot, M., Doswell, A., Chang, Y. T., Hill, M. N., Levine, D., Wang, N.W., & Frederick, L. B. (2011). Effect of Problem-Solving-Based Diabetes Self-Management Training on Diabetes Control in a Low Income Patient Sample. *Journal of Internal Medicine*, 26 (9), 972- 978. doi: 10.1007/s11606-011-1689-6
- Hotz, S., Keptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J.J., & Willey, C. (2003). Behavioral mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. En: Sabate, E. (Ed.) *Adherence to long term therapies: Evidence for action* (pp.135-149). Geneva: World Health Organization
- Keith, D. S., Nichols, G .A., Gullion, C. M., Brown, J. B., & Smith, D. H. (2004). Longitudinal Follow-up and Outcomes Among a Population With Chronic Kidney Disease in a Large Managed Care Organization. *Archives of Internal Medicine*, 164, 659- 663. doi: 10.1001/archinte.164.6.659

Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI). (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification. Recuperado de: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf

Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI). (2006). Updates clinical practice guidelines and recomendations. Hemodialysis adequacy, peritoneal dialysis adequacy, vascular Access. Recuperado de: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/12-500210_JAG_DCP_Guidelines-HD_Oct06_SectionA_ofC.pdf

Kimmel, P. L., Varela, M. P., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Alleyne, S., Amarashinge, A., Mishkin, G. J., Cruz, I., & Veis, J. H. (2000). Interdialytic weight gain and survival in hemodialysis patients: Effects of duration of ESRD and diabetes mellitus. *Kidney International*, 57, 1141-1151. doi: 10.1046/j.1523-1755.2000.00941.x

Lazarus, J. y Denker, B. (1997). Hemodiálisis. En Brenner, B. (Ed.) *The Kidney*. (pp. 2224-2226). WB Saunders Co.

Levy, R. I., & Moskowitz, J. (1982). Cardiovascular research: Decades of progress, a decade of promise. *Science*, 217, 121- 128. doi:10.1126/science.7046047

Lipsitt, D. R. (2004). Consultation-liaison psychiatry. *American Journal psychiatry*, 161,769-769. doi:10.1176/appi.ajp.161.4.769

López, C., Rojas-Russel, M., Tirado-Gómez, L., Durán-Arenas, L., Pacheco-Domínguez, R. y Venado-Estrada, A. (2009). Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. Recuperado de: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/ERC-4may.pdf>

Martin, G. y Pear, J. (2007). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson Educación.

- Martinez- Vega, A., Alberto- Bazán, M. y Morales- De la Cruz, M. (2010). Factores favorables para la realización de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en el hogar. *CONAMED*, 15 (3), 140-146.
- Matarazzo, J. D. (1983). Behavioral immunogens and pathogens: Psychology's newest challenge. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 414-416. doi:10.1037/0735-7028.14.3.414
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. In Hammonds, B. L., & Scheirer, C. J. (Eds.), *Psychology and Health* (pp.9-43). Washington: The Master Lectures. doi: 10.1037//0735-7028.14.3.414
- Matteson, M. L., & Russell, C. (2010). Interventions to improve hemodialysis adherence: A systematic review of randomized-controlled- trials. *Hemodialysis International*, 14, 370-382. doi:10.1111/j.1542-4758.2010.00462.x
- McGuigan, F. J. (1996). *Psicología Experimental: Métodos de investigación*. México: Prentice-Hall.
- Méndez-Durán, A., Méndez-Bueno, J., Tapia-Yáñez, T., Muñoz, A. y Aguilar, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante*, 31(1), 7-11. doi: org/10.1016/S1886-2845(10)70004-7
- Meyers, F. J., Carducci, M., Loscalzo, M. J., Linder, J., Greasby, T., & Beckett, L. A. (2011). Effects of a Problem-Solving Intervention (COPE) on Quality of Life for Patients with Advanced Cancer on Clinical Trials and their Caregivers: Simultaneous Care Educational Intervention (SCEI): Linking Palliation and Clinical Trials. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (4), 465-473. doi: 10.1089/jpm.2010.0416
- Montenegro, J. (2010). Peritonitis e infecciones del catéter en la diálisis peritoneal. En Lorenzo, V. y López- Gómez, J. (Eds.), *Nefrología al día*. (pp. 605-613). Grupo editorial Nefrología.

- Murawski, M. E., Milsom, V. A., Ross, K. M., Rickel, K. A., DeBraganza, N., Gibbons, L. M., & Perri, G. M. (2009). Problem Solving, Treatment Adherence, and Weight-Loss Outcome Among Women Participating in Lifestyle Treatment for Obesity. *Eating Behaviors, 10* (3), 146- 151. doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.03.005.
- Murphy, E. L., Murthag, F. E., Carey, I., & Sheerin, N. S. (2009). Understanding Symptoms in Patients with Advanced Chronic Kidney Disease Managed without Dialysis: Use of a Short Patient-Completed Assessment Tool. *Nephron Clinical Practice, 111*, c74- c80. doi: 10.1159/000183177
- Murthag, F. E., Adgington- Hall, J., Edmons, P., Donohoe, P., Carey, I., Jenkins, K., & Hagginson, I. J. (2010). Symptoms in the Month Before Death for Stage 5 Chronic Kidney Disease Patients Managed Without Dialysis. *Journal of Pain and Symptom Management, 40* (3), 342-352. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.01.021
- National Kidney Foundation (NFK) (2012). About chronic kidney disease. Recuperado de www.kidney.org
- Nezu, A. y Nezu, C. (1998). Entrenamiento en solución de problemas. En Caballo, V. (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivos-Conductuales: Un enfoque Basado en Problemas*. México: Manual Moderno.
- Noguera, M. (2011). *Factores psicosociales asociados al inicio tardío de tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH* (Tesis de maestría).
- Northouse, L. L., Katapodi, M., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. L. (2010). Interventions with Family Caregivers of Cancer Patients: Meta- Analysis of Randomized Trials. *A cancer Journal for Clinicians, 60* (5), 317- 339. doi: 10.3322/caac.20081.

- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quartely*, 49, 509-538
doi:10.2307/4349375
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma Ata: Atención primaria de salud. Informe de Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Ortega, F. (2010). Influencia de los aspectos estructurales en el tratamiento sustitutivo renal. *Nefrología*, 1, 21- 25. Recuperado de <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P5-E44/P5-E44-S1811-A10124.pdf>
- Pérez- Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pomerleau, O.F. (1979). Behavioral Medicine: The Contribution of the Experimental Analysis of Behavior to Medical Care. *American Psychologist*, 34, 654-663. doi: 10.1037/0003-066X.34.8.654
- Pomerleau, O.F., & Brady, J. P. (1979). Introduction. The scope and promise of behavioral medicine. In Pomerleau, O.F. & Brady, J. P. (Eds.) *Behavioral medicine: Theory and practice* (pp. 1- 12). Baltimore: Williams & Wilkins. Recuperado de http://europepmc.org/articles/PM2741839/pdf/behavan_00075-0051.pdf
- Pruitt, S. D., Klapow, J. C., Epping-Jordan, J. E., & Dresselhaus, T. R. (1998). Moving behavioral medicine to the front line: A model for the integration of behavioral and medical sciences in primary care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 230-236. doi:10.1037/0735-7028.29.3.230
- Rains, J. C., Penzien, D. B., & Lipchik, G. L. (2006). Behavioral Facilitation of Medical Treatment for Headache—Part II: Theoretical Models and Behavioral Strategies

for Improving Adherence. *American Headache Society*, 46, 1395-1403. doi: 10.1111/j.1526-4610.2006.00582.x

Reynoso L., Hernández, M. E., Bravo, M. C. y Anguiano, S. A. (2010). Panorama de la Residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Salud*, 17, 43- 49.

Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.

Sánchez- Sosa, JJ. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanism and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 85-92.

Sánchez- Sosa, JJ., Cázares, O., Piña, J. y Dávila, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*, 32, 389-397. Recuperado de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3205/sm3205389.pdf>

Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 39 (6), 377- 381. doi:10.1097/00006842-197711000-00001

Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249–251. doi: 10.1007/BF00846677

Scott, J.A. (2006). Informal caregiving. En Blaine House Conference on Aging. Recuperado de <http://www.umaine.edu/mainecenteronaging/documents/issuebriefinformalcaregiving.pdf>

Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2008). *Panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad en México*. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/anuarios/P_EPI_Y_ESTAD_DE_LA_MORTALIDAD_MEXICO_2008.pdf

- Sharp, J., Wild, M. R., Gumley, A.I. (2004). A systematic review of Psychological Interventions for the treatment of Nonadherence for Fluid- Intake Restrictions in People Receiving Hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 45, 15-27. doi: 10.1053/j.ajkd.2004.09.010
- Sharp, J., Wild, M. R., Gumley, A.I., & Deighan C.J. (2005). A cognitive behavioral group approach to enhance adherence to hemodialysis fluid intake restrictions: A randomised controlled trial. *American Journal of Kidney Diseases*, 45 (6), 1046- 1057. doi:10.1053/j.ajkd.2005.02.032
- Skinner B. F. (1978). *Ciencia y Conducta Humana*. Barcelona: Fontanella.
- Van, B., & Lindley, E. M. (2008). Cognitive and Behavioral Approaches in the Treatment of Obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 37, 905- 922. doi: 10.1016/j.ecl.2008.08.003
- Vecchio, M., Navaneethan, S.D., Johnson, D. W., Lucisano, G., Graziano, G., Querques, M., Saglimbene, V., Ruospo, M., Bonifati, C., Jannini, E. A., & Strippoli, G. F. (2010). Treatment Options for Sexual Dysfunction in Patients with Chronic Kidney Disease: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 5, 985- 995. doi: 10.2215/CJN.09081209
- Vidal, E. (2003). Intervención psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica. En Remor, P., Arranz y Ulla, S. (Eds), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp 395- 419). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Waldron, E. A., Janke, E. A., Bechtel, C. F., Ramirez, M., & Cohen, F. B. (2012). A systematic review of psychosocial interventions to improve cancer caregiver quality of life. *Psycho- Oncology*, 22, 1200- 1207. doi: 10.1002/pon.3118
- Werner, R., Pelicioni, M. y Chiattoni, H. (2001). La psicología de la salud latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 153-152. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-35.pdf

Woodard, C. M., & Berry, M. J. (2001). Enhancing Adherence to Prescribed Exercise. Structured Behavioral Interventions in Clinical Exercise Programs. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 21, 201-209. doi: 10.1097/00008483-200107000-00002

Zhang, Q. L., & Rothenbacher, D. (2008). Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. *BMC Public Health*, 8, 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-8-117

V. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Atizapán Edo. de México a ___de___de___

Usted y su familiar están invitados a participar voluntariamente en este proyecto de investigación que tiene el objetivo de enseñarles algunas técnicas psicológicas para controlar mejor la enfermedad.

Esto implica asistir junto con su familiar aproximadamente a 6 sesiones con duración de una hora cada una.

No implica ningún riesgo para su salud física ni psicológica. Sin embargo, si usted o su familiar llegaran a sentir alguna incomodidad, pueden expresarlo y la intervención será suspendida sin ningún inconveniente.

Usted y su familiar se beneficiarán de aprender estrategias que pueden ayudarles a seguir mejor las indicaciones médicas y tener un mejor control de su enfermedad. Además, los resultados podrían permitir beneficiar a más pacientes con un padecimiento igual al suyo.

Los resultados obtenidos, la información de los registros que se realicen y algunos datos retomados del expediente médico serán utilizados con fines de investigación respetando en todo momento su integridad, manteniendo resguardados y en el anonimato sus datos personales como nombre, dirección y teléfono así como los de su familiar.

En caso de que usted o su familiar **NO** deseen aceptar estos términos o retractar en algún momento su decisión, seguirán recibiendo la atención médica y psicológica por parte de este hospital y su personal.

Si tienen alguna duda respecto a este documento o en cualquier momento de la intervención pueden expresarla a la psicóloga Guadalupe Rivera Cuevas responsable de la investigación

Al firmar este documento usted y su familiar dan consentimiento para participar de manera voluntaria, aceptando que les fueron explicadas las implicaciones.

Paciente

Familiar

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma: _____ Firma: _____

Lic. Psic. Guadalupe Rivera Cuevas
Residente de medicina conductual

Firma: _____

Anexo 2. Lista de cotejo: Adherencia.

Nombre del paciente _____

CRITERIOS	PRE	POST
Vivienda		
Materiales perdurables		
Limpieza diaria de la vivienda		
Sin mascotas		
Sin plantas		
Baño dentro de la vivienda con regadera, drenaje y agua potable		
Dieta		
Consumo no mayor a un litro de líquidos por día		
Baja en sodio y potasio		
De acuerdo a las indicaciones del servicio de nutrición		
Higiene personal		
Baño diario		
Uñas cortas		
Uñas limpias		
Limpieza bucal diaria 3 veces al día		
Medicamentos		
Dosis adecuada		
Horarios adecuados		

NÚMERO DE CRITERIOS CUMPLIDOS PRE INTERVENCIÓN _____

NÚMERO DE CRITERIOS CUMPLIDOS POST INTERVENCIÓN _____

Comentarios _____

Anexo 3. Metáfora para explicar la estrategia control de estímulos.

ULISES Y EL AUTOCONTROL

Tomándolo de la mano y con voz suave, Circe la de las divinas trenzas, advirtió a Ulises de los peligros que lo atormentarían justo cuando pasara frente a la costa de la isla de las Sirenas al navegar. Sus cantos son dulces y muy bonitos, le dijo, poderosamente encantadores, si tú y tus hombres se dejan encantar por ellos y cometen la imprudencia de acercarse a las playas de su isla, quedarán detenidos en ella y los controlarán de tal modo, que jamás podrás alcanzar tu meta más deseada: regresar a tu tierra y fundirte en abrazos con Penélope.

Ulises escuchó con atención los sabios consejos de Circe y le aseguró que él sería capaz de dominarse. No dudaba Circe de las habilidades de Ulises para privarse momentáneamente de un placer inmediato, con tal de poder alcanzar una meta demorada pero más placentera. Pero conocía también el intenso atractivo del canto de las sirenas que podría acabar con sus esfuerzos de autocontrol y hacerle olvidar las advertencias. Por eso, sugirió a Ulises algunas estrategias que harían más efectiva su capacidad para dominarse.

Le aconsejó, que pasara frente a la isla sin detenerse pero antes de llegar, sus hombres se taparan bien los oídos con cera para no oír los cantos. Y en cuanto a él, si se daba el gusto de oír los bellos cantos, lo amarraran bien amarrado a un poste del barco y debería decirles muy seriamente que aunque les rogara o mandara, ellos no lo desatarían porque si lo hacían podría ser inevitable la tentación de dirigir el barco hacia las playas de las que salían las dulces voces.

Cuando con al amanecer soltaron las amarras, se adentraron al mar y el barco llegó a la isla de las sirenas, Ulises y sus hombres pusieron en práctica el plan aconsejado por Circe. Las sirenas al notar la presencia se entregaron a sus melodiosos cantos.

Ulises pudo comprobar el impacto emocional que le producían en su corazón aquellas voces. Se dio cuenta de su deseo tan grande de seguir oyéndolas, incluso llegó a hacer a sus hombres gestos suplicantes para que le soltaran las ataduras, pero ellos no lo hicieron, ayudándole así a controlarse.

Para hacer más tolerable el privarse del placer de escuchar las voces, pensaba en lo hábiles que estaban siendo sus hombres y pensaba sobretodo en la recompensa más deseada, Penélope. Se sentía satisfecho de poder contar con el recurso y la compañía de sus hombres y se sentía orgulloso de ser el valiente Ulises que todos conocían y que todos esperaban que siguiera siendo. “Ulises lo estás haciendo bien, te mereces la recompensa final”, se decía para sus adentros. Y cuando ya por fin el barco se alejó de la isla de las Sirenas, Ulises comprobó que sus habilidades para darse aliento y los cambios diseñados en su entorno habían sido efectivos. Había evitado hábilmente los riesgos de quedarse para siempre retenido en la pradera de la Isla de las Sirenas donde habría de esperar la fatal muerte calcinado por el sol. Había valido la pena seguir los sabios consejos de Circe.

Anexo 4. Formato de registro de control de estímulos.

CAMBIOS A REALIZAR EN CASA

Nombre del paciente _____

Marque con una **X** el cuadro que corresponde.

	¿Se realizó el cambio?	
	SI	NO
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 5. Formato con los pasos de la técnica solución de problemas.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Cuando tenga un problema los siguientes pasos le van a ayudar a resolverlo

- Intente pensar por qué esa situación se convirtió en un problema

- Defina el problema describiendo qué, cuándo, dónde, ante quién o quiénes, por qué ocurre.

- Anote todas las alternativas que se le ocurran para resolver el problema. No las juzgue y recuerde que entre más opciones se le ocurran mejor.

- Identifique las ventajas y las desventajas de cada alternativa que anotó arriba para elegir la mejor.

ALTERNATIVA	VENTAJAS	DESVENTAJAS

- Es momento de escoger la alternativa que tenga más ventajas y menos desventajas para usted. Escriba la alternativa que escogió.

- Ahora, ponga en práctica la alternativa que escogió para resolver el problema. ¡Usted va poder hacerlo!

Anexo 6. Formato de registro de solución de problemas.

PROBLEMA PARA SOLUCIONAR

Nombre del paciente _____

Marque con una **X** el cuadro que corresponde.

¿Se solucionó el problema?

	SI	NO
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>