



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAestrÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

EFFECTOS DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO SOBRE LA ADHERENCIA EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
DAMARIS MORALES TORRES

TUTORA
DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
REVISOR: MTRO. LEONARDO REYNOZO ERAZO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
TUTORA EXTERNA: DRA. MARÍA ANTONIETA CALDERÓN MARQUEZ
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN
SUPLENTE: DRA. MARICELA OSORIO GUZMÁN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DRA. MARÍA DE LOURDES DIANA MORENO RODRÍGUEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

ESTADO DE MÉXICO, ENERO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi Madre: sabiendo que jamás encontrare alguna manera de agradecerte todo el esfuerzo, amor y dedicación que me has dado, me gustaría poder plasmar en estas palabras mi más grande admiración que siento hacia ti; cada paso, cada logro y cada meta son gracias a ti, porque en el camino recuerdo tus lecciones, vives en mí, en lo que soy, en lo que logro y en lo que seré y es ese el más grande legado que me dejas en esta vida, gracias infinitas.

Gracias por enseñarme a amar, a luchar, a vivir...gracias compañera de toda mi vida, gracias por este viaje.

A mi Padre: recuerdo alguna vez durante CCH mientras en una actividad de mi clase de psicología todos leían las cartas donde los padres o conocidos nos habían expuesto nuestros defectos y virtudes, abrí tu carta y únicamente encontré una frase que decía algo así “no soy nadie para enumerar tus defectos o virtudes...lo único que quiero en esta vida es que seas feliz...has lo que te haga feliz” y es una lección que guardare hasta el último de mis días.

Tú, sinónimo de lucha y libertad, gracias por enseñarme el valor de esas palabras, gracias no solo por ser mi padre, sino por dejarme ser libre y por luchar en aquel movimiento estudiantil de la UNAM, por lo que ahora puedo culminar este logro, que me parece es más tuyo que mío, que orgullo me da decir que soy tu hija.

A mis Hermanos: Daira y Yael, mi motor de cada día, el pensar en ustedes me levanta, me impulsa a avanzar cada día y en cada aspecto de mi vida, el ser mejor persona para poder guiarlos, al menos un poco, pues parece que ustedes me enseñan más a mí. Mis guerreros de vida, admiro tanto su fuerza, espero que la vida nos permita seguir juntos mucho tiempo más.

Todo con ustedes es mejor, mis compañeros en este camino llamado vida, son mi luz, aquella que llevo siempre y en la que me apoyo en los momentos más oscuros, gracias.

A Leonardo Reynoso: gracias por tu apoyo incondicional y guía en este proceso, por adentrarme y enseñarme lo maravilloso de la medicina conductual; por todo tu apoyo durante y después de egresar, gracias por ser y estar.

A Arelí: porque gracias a ti todo es más llevadero, con tu presencia y alegría, gracias por tu apoyo incondicional. Agradezco a la vida que me permite conocer a personas como tú.

Índice

Sección A. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EFECTOS DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO SOBRE LA ADHERENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Resumen.....	5
Introducción	6
Capítulo 1. Enfermedad renal crónica.....	8
1.1 Los riñones y su funcionamiento.....	8
1.2 Definición de enfermedad renal crónica.....	11
1.3 Causas y factores de riesgo de la ERC.....	12
1.4 Clasificación de la ERC	14
1.5 Prevalencia de la enfermedad.....	15
1.6 Tratamiento para la ERC.....	18
1.7 Complicaciones sistémicas de la ERC.....	21
Capítulo 2. Adherencia terapéutica.....	23
2.1 Definición de adherencia terapéutica.....	23
2.2 Factores asociados a la adherencia terapéutica.....	24
2.3 Adherencia en pacientes con ERC en diálisis peritoneal.....	26
Capítulo 3. Psicoeducación.....	32
3.1 Educación en salud.....	32
3.2 Psicoeducación	35
3.3 Programas psicoeducativos en pacientes con ERC.....	38
3.4 Ansiedad y depresión en pacientes con ERC.....	39
4 Justificación.....	40
4.1 Pregunta de investigación.....	41
4.2 Objetivo general.....	41
4.3 Objetivos específicos.....	42
5 Metodología.....	43

5.1	Diseño.....	43
5.2	Situación.....	43
5.3	Participantes.....	43
5.4	Materiales e instrumentos.....	44
5.5	Variables.....	45
5.6	Procedimiento.....	47
6	Resultados.....	49
6.1	Nivel de conocimiento.....	49
6.2	Ansiedad.....	50
6.3	Adherencia terapéutica.....	52
7	Conclusiones y discusión.....	53

Sección B. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

8	Marco teórico.....	59
8.1	Psicología de la salud.....	59
8.2	Medicina conductual.....	60
8.2.1	Antecedentes.....	60
8.2.2	Definición.....	63
8.2.3	Funciones, niveles de intervención y ámbitos de aplicación.....	64
8.3	Descripción de la sede.....	67
8.3.1	Ubicación y servicios.....	67
8.3.2	Ubicación del residente en la sede.....	68
8.3.3	Funciones y actividades del residente de medicina conductual.....	69
8.3.4	Estadísticas de los pacientes atendidos.....	71
8.4	Valoración del servicio.....	79
8.5	Sugerencias y comentarios.....	80
	Referencias.....	81
	Anexos.....	84

Resumen

En México una de las principales causas de muerte es la enfermedad renal crónica (ERC), la cual se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal. Como todas las enfermedades crónicas, requiere de cambios en el estilo de vida del paciente, principalmente para que se logre apegar y cumplir con su tratamiento (adherencia terapéutica); aunado a esto, también se pueden presentar diversos problemas psicológicos, entre los más comunes: depresión y ansiedad. La ERC suele ser una enfermedad desconocida, incluso por quienes la padecen, provocando así niveles altos de ansiedad. La falta de conocimiento o comprensión de la enfermedad se encuentra asociada con: a) no adherencia, b) niveles altos de ansiedad, c) niveles bajos en calidad de vida, d) aumento del número de hospitalizaciones y e) aumento de los riesgos de mortalidad, existe entonces una necesidad de implementar estrategias psicoeducativas que permitan dar solución a lo anterior. Por ello, el objetivo del presente estudio fue elaborar y evaluar los efectos de una intervención psicoeducativa basada en autocontrol sobre el nivel de conocimiento, ansiedad y la adherencia al tratamiento (restricción de líquidos) en pacientes con ERC estadio 5. Se utilizó un diseño N=1, se contó con la participación de seis pacientes (tres hombres y tres mujeres). El programa psicoeducativo consistió en cuatro sesiones de duración aproximada de una hora. Como resultados se puede observar que el programa psicoeducativo fue efectivo en: aumentar el nivel de conocimiento, disminuir los niveles de ansiedad y mejorar la adherencia terapéutica (restricción de líquidos), ya que en cada una de estas variables se obtuvo una diferencia significativa antes y después de la intervención. Concluyendo así que las intervenciones psicoeducativas en esta población son efectivas en mejorar la adherencia terapéutica, dichas intervenciones resultan poco costosas para el sistema de salud, pero con grandes beneficios, ya que, gracias a la mejora de la adherencia, se pueden reducir las complicaciones, comorbilidades o factores de riesgo de mortalidad.

Descriptores: psicoeducación, ansiedad, conocimiento, adherencia, enfermedad renal crónica

Introducción

La Medicina Conductual (MC) es un campo multidisciplinario que surge como respuesta a los cambios epidemiológicos a nivel mundial, así como a los cambios del modelo tradicional biomédico al modelo biopsicosocial. Diversas son las definiciones sobre lo que es medicina conductual; sin embargo, nos basaremos en la siguiente:

La MC es un campo multidisciplinario que aplica las teorías y métodos conductuales a la prevención y tratamiento de trastornos médicos y psicológicos. Asume un enfoque de desarrollo de la vida a la salud y al cuidado de la salud, trabajando con niños, adolescentes, adultos y ancianos, individualmente y en grupos, así como en las comunidades; por lo que supone que el cambio en los comportamientos y el estilo de vida pueden mejorar la salud, prevenir la enfermedad y reducir los síntomas de la misma (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005, como se citó en Bravo 2014, p.43)

Tal como nos indica la definición de MC, es de suma importancia que podamos abordar: a) los distintos problemas psicológicos que se presenten durante el continuo salud-enfermedad (ansiedad, depresión, incumplimiento terapéutico, etc.), b) los cambios de comportamiento y en el estilo de vida, que los pacientes necesitan modificar.

De esta manera, Pomerlau y Brady, (1979 como se citó en Rodríguez, 2010) proponen dos características inherentes a la MC: 1) el uso de técnicas surgidas del análisis experimental de la conducta y 2) una tendencia hacia la investigación, teniendo como soporte metodológico el análisis funcional de las conductas asociadas a las enfermedades y los desórdenes médicos.

Congruente con lo anterior, el presente trabajo tiene como objetivo ilustrar las dos características inherentes a la MC. Dividiendo así el trabajo en dos secciones:

- Sección A: en la cual se desarrollará el protocolo de investigación que se elaboró e implementó en el Hospital General de Atizapán, dicho hospital es una de las sedes pertenecientes al programa de Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual con sede FES Iztacala

El protocolo, tuvo como objetivo elaborar y evaluar los efectos de una intervención psicoeducativa basada en autocontrol sobre el nivel de conocimiento, ansiedad y la adherencia al tratamiento (restricción de líquidos) en pacientes con ERC estadio 5.

- Sección B: la cual consiste en un reporte de experiencia profesional, en donde se explica de manera detallada las funciones que se realizaron dentro de la sede, es decir, dentro del Hospital General de Atizapán, así como los resultados de dicha experiencia profesional. Entre los cuales resaltan haber alcanzado los objetivos planteados (para los egresados) por el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM.

También, dentro de esta sección se explicará brevemente la historia de la medicina conductual, sus antecedentes, las funciones del médico conductual, para después explicar cómo se encuentra conformada la sede, su organización, la ubicación del residente en la sede, las actividades que se realizan en esta sede, para finalmente, brindar una conclusión sobre las habilidades y capacidades desarrolladas y proponer algunas sugerencias.

Capítulo 1 Enfermedad renal crónica

1.1 Los riñones y su funcionamiento

Los riñones son órganos en forma de “frijol”, los cuales tienen el tamaño aproximado de un puño y se encuentran ubicados de bajo de la caja torácica uno a cada lado de la columna vertebral (National Kidney and Urologic Diseases)

Según la National Kidney and Urologic Diseases (NKUD), los riñones sanos filtran alrededor de media taza de sangre por minuto. Eliminando así los desechos y el exceso de agua para producir orina, la cual fluye de los riñones a la vejiga a través de los uréteres (dos tubos musculares). Los riñones, los uréteres y la vejiga son parte del tracto urinario, ver Figura 1.

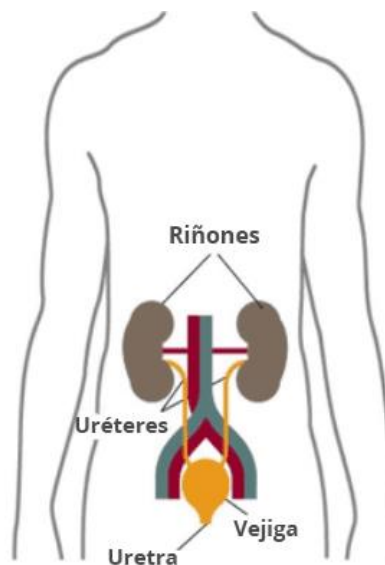


Figura 1. Tracto urinario. Tomado de National Kidney and Urologic Diseases.

Los riñones son dos órganos de suma importancia para el cuerpo, debido a que, como se describió anteriormente, eliminan los desechos y el exceso de líquido de nuestro cuerpo, sin embargo, otras funciones importantes que realizan son: eliminar el ácido que producen las células del cuerpo y mantienen un equilibrio saludable de agua, sales y minerales (por ejemplo, sodio, calcio, fósforo y potasio) en nuestro cuerpo. Dicho

equilibrio es primordial para nuestra salud, puesto que, sin él, es posible que los nervios, los músculos y otros tejidos en el cuerpo no funcionen de manera normal (NKUD)

Por otro lado, según la NKUD los riñones también producen hormonas que ayudan a:

- Controlar la presión arterial
- Producir glóbulos rojos
- Mantener los huesos fuertes y saludables

A continuación, se describirá de manera general cómo es que los riñones llevan a cabo su función, dividiendo dicha explicación en tres puntos principales según la NKUD:

1. Los riñones están formados por cerca de un millón de unidades de filtración, las cuales reciben el nombre de nefronas. Cada una de ellas (nefrona) incluye un filtro, llamado glomérulo, y un túbulo; funcionando así con un proceso de dos pasos: a) el glomérulo filtra la sangre y b) el túbulo regresa las sustancias necesarias a la sangre y elimina los desechos (ver Figura 2).

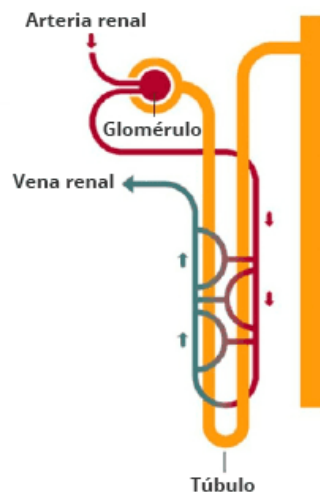


Figura 2. La nefrona. Tomado de National Kidney and Urologic Diseases.

2. El glomérulo filtra la sangre:

A medida que la sangre fluye hacia cada nefrona, ingresa en una agrupación de diminutos vasos sanguíneos: el glomérulo, en donde gracias a las finas paredes de este es que se permite que las moléculas más pequeñas, los desechos y los líquidos, pasen al túbulo, así las moléculas más grandes, como las proteínas y las células sanguíneas, permanecen en el vaso sanguíneo. Finalmente, el túbulo regresa las sustancias necesarias a la sangre y elimina los desechos. A medida que el líquido filtrado se mueve a lo largo del túbulo, el vaso sanguíneo reabsorbe el 99 por ciento del agua, en conjunto con los minerales y nutrientes que son necesarios para el cuerpo, así el túbulo ayuda también a eliminar el exceso de ácido de la sangre, puesto que el líquido restante y los desechos en el túbulo se convierten en orina.

3. La sangre fluye hacia el riñón a través de la arteria renal. Este vaso sanguíneo grande se comienza a dividir y ramificar en vasos cada vez más pequeños, hasta que así la sangre llega a las nefronas. En la nefrona, la sangre es filtrada por los diminutos vasos sanguíneos de los glomérulos, para después fluir fuera del riñón a través de la vena renal. En un día, los riñones filtran alrededor de 150 cuartos de galón de sangre. La mayor parte del agua y otras sustancias que se filtran a través de los glomérulos son devueltas a la sangre por los túbulos y solamente de 1 a 2 cuartos de galón se convierten en orina (Ver Figura 3).

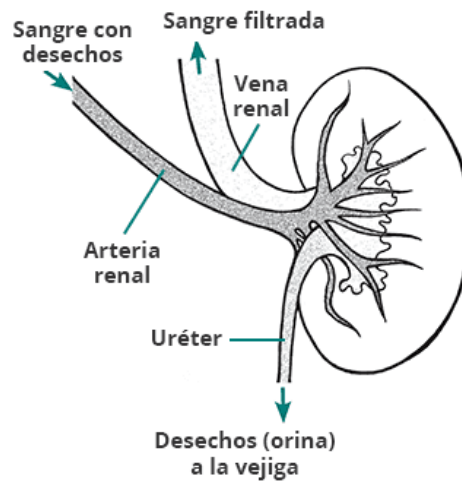


Figura 3. ¿Cómo fluye la sangre a través de los riñones? Tomado de National Kidney and Urologic Diseases.

1.2 Definición de enfermedad renal crónica

En la nomenclatura nefrológica actual, el término Insuficiencia Renal Crónica ha quedado fuera de uso, siendo reemplazado por el termino de Enfermedad Renal Crónica o *ERC* por sus siglas (Flores, et al, 2009):

La ERC es un término general para los trastornos heterogéneos que afectan la estructura y la función del riñón. La variación en la expresión de la enfermedad está relacionada en parte con la causa y la patología, la gravedad y la tasa de progresión (Levey, 2012)

Dicha enfermedad puede definirse como (Flores, et al, 2009):

- Tener una velocidad de Filtración Glomerular (VFG) $<60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$, y/o la presencia de daño renal, independiente de la causa, por 3 meses o más.
- Una VFG $<60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ por sí sola define ERC, porque implica la pérdida de al menos la mitad de la función renal, lo que ya se asocia a complicaciones.

- Si VFG es mayor o igual a 60 ml/min/1,73 m², el diagnóstico de ERC se establece mediante evidencias de daño renal, que puede ser definido por:

- + Alteraciones urinarias (albuminuria, microhematuria)
- + Anormalidades estructurales (por ejemplo, imágenes renales anormales)
- + Enfermedad renal genética (riñones poliquísticos)
- + Enfermedad renal probada histológicamente

- El requerimiento de un período mínimo de 3 meses en la definición de ERC implica que las alteraciones deben ser persistentes y habitualmente serán progresivas.

De acuerdo con lo anterior, la Guía Práctica Clínica (2009) la define como:

“La disminución de la función renal, expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG) < 60 ml/min/1.73 m² o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos 3 meses” (p. 10)

1.3 Causas y factores de riesgo de la enfermedad renal crónica

El poder identificar factores de riesgo permite la aplicación de intervenciones terapéuticas en fases más tempranas, para así poder llegar a prevenir la aparición y/o complicaciones de la ERC. En México, según la Guía Práctica Clínica (GPC) (2009) dentro de las causas de la ERC la diabetes mellitus tipo 2 ocupa el primer lugar y la hipertensión arterial sistémica el segundo lugar. Como factores de riesgo, de susceptibilidad para el desarrollo de daño renal, se conocen los siguientes (Levey, 2007; NICE, 2008, como se citó en GPC, 2009):

- Edad \geq 60 años
- Antecedente familiar de ERC
- Síndrome metabólico
- Grupo étnico (afroamericanos, hispanos)

- Reducción de masa renal
- Bajo nivel socioeconómico y educativo

Por otra parte, los factores que han sido considerados como factores de riesgo para el inicio de la ERC son (Levey, 2007; NICE, 2008, como se citó en GPC 2009):

- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial sistémica
- Enfermedades autoinmunes
- Uso de nefrotoxinas [anti-inflamatorios no esteroides (AINEs), aminoglucosidos, medios de contraste intravenosos, litio]
- Obstrucción urinaria
- Litiasis urinaria
- Infección urinaria recurrente

Finalmente, como factores perpetuadores de la ERC se identifican los siguientes: (Levey, 2007; NICE, 2008, como se citó en GPC, 2009):

- Proteinuria
- Tensión arterial sistólica >130 mmHg
- Alta ingesta de proteínas
- Pobre control de la glucemia
- Obesidad
- Anemia
- Dislipidemia
- Tabaquismo
- Hiperuricemia
- Nefrotoxinas
- Evento cerebro vascular

El identificar los factores de susceptibilidad y de inicio es de suma importancia para reconocer a personas que tienen mayor riesgo de desarrollar ERC, por otra parte, la identificación de los factores de progresión (perpetuadores) son útiles para definir qué

personas con ERC tienen mayor riesgo de avanzar hasta etapas finales (etapa terminal) de la ERC (Levey, 2007 como se citó en GPC, 2009)

Los factores de riesgo que se asocian a la progresión de la enfermedad pueden clasificarse en: no modificables y modificables; dentro de los primeros podemos mencionar la edad, raza, características genéticas, entre otras y para los modificables, por mencionar solo algunos, se encuentran el tabaquismo y la obesidad.

Dentro de la ERC se puede y debe de realizar una clasificación con base en ciertos criterios, los cuales se describen en el siguiente punto.

1.4 Clasificación de la ERC

La clasificación de la ERC se realiza considerando la presencia de daño renal o una TFG alterada, independiente de la causa que originó la enfermedad. La ERC cuenta con cinco estadios según Levey (2003 como se citó en GPC,2009) los cuales se describen a continuación:

El estadio 1 se define como una TFG normal (>90 mL/ min/ 1.73 m²), pero con la presencia de daño renal (albuminuria >30 mg/g u otra anormalidad renal)

El estadio 2 se define como una TFG levemente disminuida (60-89 (>90 mL/ min/ 1.73 m²) junto con la presencia de daño renal.

Los dos anteriores estadios, son conocidos como nefropatía temprana.

Del estadio 3 al 5 no es necesario que estén presentes marcadores de daño renal, solo es necesario considerar el grado de disminución de la TFG, lo cual se detalla en la Figura 4 así como el plan de acción que se propone en cada uno de los estadios.

ESTADIO	DESCRIPCIÓN	Tasa de Filtración Glomerular (mL/min/1.73m ²)	PLAN DE ACCIÓN
	Incremento del Riesgo	≥90 (con factores de riesgo)	Escrutinio y reducción de factores de riesgo para ERC
1	Daño renal con Tasa de Filtrado Glomerular normal	≥ 90	Diagnóstico y tratamiento; tratamiento de morbilidad asociada; intervenciones para retardar la progresión; reducción de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular
2	Daño renal con Tasa de Filtrado Glomerular levemente disminuida	60-89	Estimación y retraso de la progresión
3	Moderada disminución de la Tasa de Filtrado Glomerular	30-59	Evaluación y tratamiento de complicaciones
4	Severa disminución de la Tasa de Filtrado Glomerular	15-29	Preparar para terapia de reemplazo renal
5	Enfermedad renal terminal	< 15 (o diálisis)	Terapia de reemplazo renal (si hay uremia)

Modificada de: Levey A. *Ann Intern Med* 2004; 141: 959-961

Figura 4. Clasificación de la ERC de acuerdo a la TFG y el daño renal. Tomado de GPC (2009).

1.5 Prevalencia de la enfermedad

La ERC tiene una prevalencia entre el 3- 5 % en la población general, además de una incidencia que va en aumento. A nivel mundial se ha llegado a estimar un incremento del 60% (de pacientes con ERC en estadios terminales y con TRR) para el 2020 en comparación con el 2005. También se estima que más de 20 millones de adultos en Estados Unidos tienen ERC moderada o severa: en Latinoamérica la prevalencia de ERC en estadio terminal es de 447 pacientes por millón de habitantes.

El estadio cinco o estadio terminal de la ERC es una causa importante de mortalidad a nivel mundial; según los datos de la United States Renal Data System se estimó una tasa de mortalidad del 20% para el año 2013 (Villegas-Alzate, et al. 2016).

Según Torres-Toledano, Granados Garcia y López- Ocaña (2017) definen el enfoque de la carga global de la enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés: Global Burden Disease) como un proyecto científico y sistemático para cuantificar la magnitud

comparativa de la pérdida de la salud como consecuencia de enfermedades, lesiones, factores de riesgo en función de la edad, el sexo y la ubicación geográfica en momentos específicos. La definen como una iniciativa conjunta de investigadores, países e instituciones para lo cual el Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME de Washington, D.C.) actuó como centro de coordinación del estudio. En el cual, el reporte de la GBD en 2015 respecto a la ERC estima que en 1990 hubo un promedio de muertes en el mundo de 592 921 personas, las cuales aumentaron en 2013 a 1 234 931, aumento de un 108.28%. Durante el mismo periodo de tiempo, la tasa de muerte a nivel mundial para todas las edades y ambos sexos aumento de 11.8 a 16.75 por 100 000 habitantes. En la Figura 5 se observa la progresión de mortalidad por ERC en algunos países de 1990 al 2015.

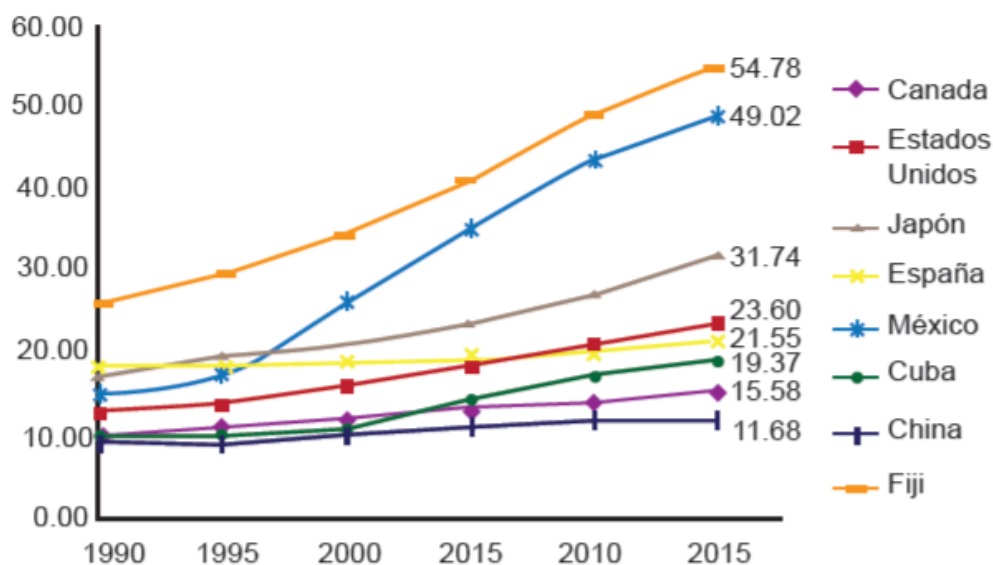


Figura 5. Progresión de tasas de mortalidad de algunos países, por ERC para todas las edades y ambos sexos, de 1990 a 2015. Tomado de Torres-Toledano et al (2016).

Como se revisó anteriormente, la ERC se encuentra muy relacionada con otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) entre las cuales como principales causas que originan la ERC se encuentran la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial sistémica (HAS). En México, en 1990 la ERC por diabetes mellitus (ERC/DM) ocupaba el lugar 19 como causa de muerte (tasa 6.68/100 000) y la ERC por hipertensión arterial sistémica (ERC/HAS) ocupaba el lugar 20 (tasa 6.56/100 000), sin embargo, para 2015 la ERC/DM ocupó el tercer lugar (tasa 34.7/100 000) y la ERC/HAS el lugar número diez (tasa 11.98/100 000), representando así una progresión de 82.77% en 25 años, para ERC/HAS y del 419.34% para la ERC/DM, lo anterior se puede observar en la Figura 6, donde se agrega la variable de grupos de edad.

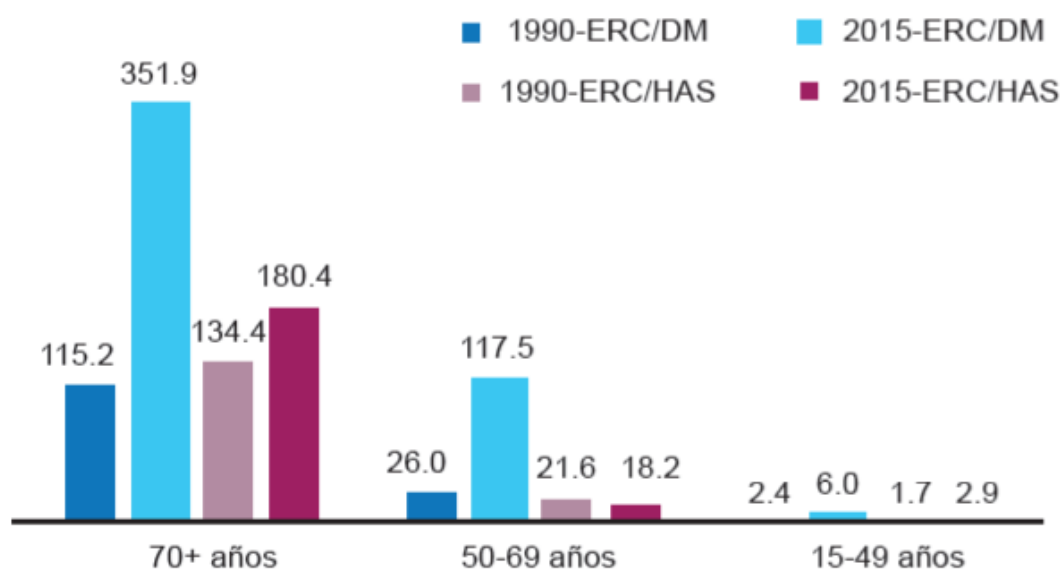


Figura 6. Progresión de ERC en México de 1990 a 2015 por las principales causas, por grupos de edad para ambos géneros. Tomado de Torres-Toledano et al (2016).

La edad como podemos observar, es un factor importante como causa de muerte por ERC, sin embargo, lo es también el género, en donde como se muestra en la Figura 7 las distribuciones son diferentes para hombres y mujeres, aunque los picos máximos

se alcanzan entre los 55 y 65 años, al comparar la diferencia de grupos de edad tenemos que la diabetes, como causa de daño renal, ha tenido mayor progresión.

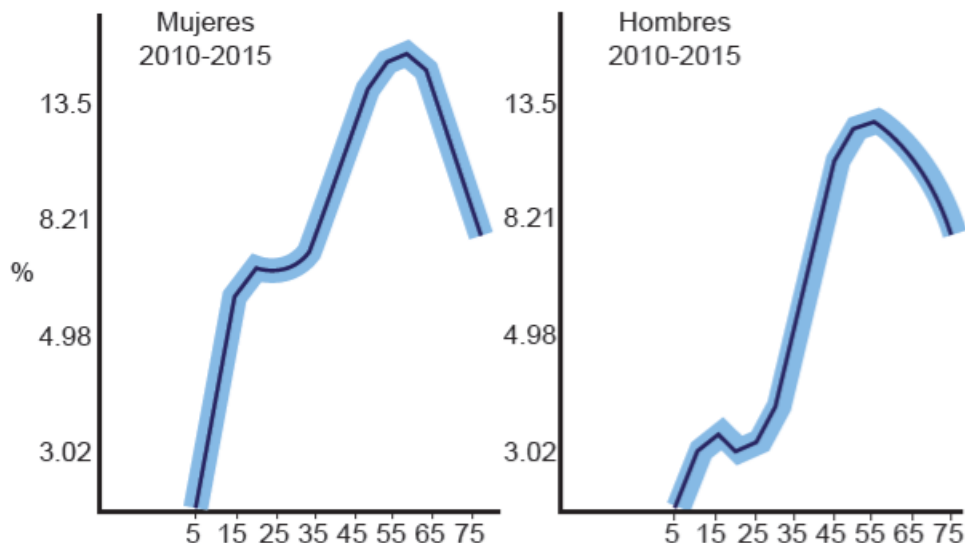


Figura 7. Distribución de porcentajes de las muertes por ERC en México por grupos de edad y por género, 2010-2015. Tomado de Torres-Toledano et al (2016).

1.6 Tratamiento para la ERC

El tratamiento de ERC, según la etapa en que se encuentre el paciente, incluye Según Flores, et al (2009):

- Terapia específica, basada en el diagnóstico
- Evaluación y manejo de condiciones comórbidas
- Aminorar la pérdida de función renal
- Prevención y tratamiento de enfermedad cardiovascular
- Prevención y tratamiento de complicaciones de la función renal reducida
- Preparación para terapias de sustitución renal
- Reemplazo de la función renal por diálisis o trasplante

Así, la ERC representa un problema de salud pública, pues se estima que aproximadamente dos millones de personas a nivel mundial dependen de la terapia de remplazo renal (TRR) para sobrevivir (Villegas-Alzate, et al., 2016).

La TRR es una técnica que suple algunas de las funciones de filtración, desecho y metabólicas de los riñones. Los métodos de tratamiento de la TRR incluyen: a) hemodiálisis (HD), b) diálisis peritoneal (DP) y c) trasplante renal. En Estados Unidos de América se reportó que aproximadamente 64,9% de los pacientes con enfermedad renal en estadio terminal recibían HD, mientras que solo 4,8% se encontraban empleando diálisis peritoneal y de manera similar es la distribución de TRR en países de primer mundo como Japón y en general países de Europa, sin embargo, en países en desarrollo como Colombia el 33% de los pacientes con TRR se encuentra en DP (Villegas-Alzate, et al., 2016), de igual forma el porcentaje se comporta casi igual en países en vías de desarrollo, entre ellos, México.

A continuación, se describen algunas de las características de las TRR, según Villegas-Alzate, et al. (2016):

- La hemodiálisis (HD): permite remover del torrente sanguíneo los solutos innecesarios y tóxicos, mediante el paso de la sangre a través de un dializador. Esta se compone de procesos de filtración, absorción, difusión o una combinación de estos para eliminar el exceso de agua o solutos. Los pacientes en tratamiento con HD reciben la terapia entre 2 y 3 veces por semana de manera intermitente, lo que genera que exista un mayor riesgo de sobrecarga de volumen en los espacios entre las diálisis, razón por la cual, los pacientes deben seguir un estricto régimen terapéutico y dietario.
- La diálisis peritoneal (DP): esta compuesta por dos modalidades que son la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y la diálisis peritoneal automatizada (DPA) . En la primera se realizan varios intercambios diarios, mientras que en la segunda se conecta el paciente a una máquina durante un periodo determinado, usualmente en la noche, con permanencias de los líquidos más cortas que en la primera. La complicación más común, en sin lugar a dudas, la infección peritoneal, respecto a lo cual varios estudios han demostrado que el riesgo es menor con

DPA comparado con DPCA. En cuanto a la supervivencia se sugiere que no hay diferencias significativas entre ambas modalidades. Un aspecto importante que se debe destacar en la PD; es el alto nivel de compromiso por parte del paciente que requiere el proceso de la diálisis, asegurando la asepsia y tiempos adecuados con el fin de evitar infecciones peritoneales u otras complicaciones.

- El trasplante renal es el tratamiento de elección para la ERC en estadio terminal, debido a que mejora a corto y largo plazo el estado del paciente, e igualmente su calidad de vida. En las guías americanas y canadienses se establece que todo paciente con ERC en estadio terminal debe ser considerado para trasplante renal, siempre y cuando los riesgos no excedan los beneficios y no existan contraindicaciones.

De las TRR la más recomendada es el trasplante renal, ya que un trasplante exitoso tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida del paciente y reduce el riesgo de mortalidad en comparación con las terapias dialíticas (Villegas-Alzate, et al., 2016). Un trasplante de riñón de un donante vivo debe de promoverse en pacientes que sean elegibles, este tipo de trasplantes, así como el de donantes fallecidos son significativamente mejores que la DP y HD (Jha, et al., 2013).

Con base en lo anterior, se puede concluir, que si bien hay necesidad de alguna TRR en los últimos estadios de la enfermedad, se necesita un enfoque multidisciplinario para implementar estrategias de tratamiento para la ERC, debido a lo cual Jha, et al. (2013) sugiere que la autogestión y los grupos de apoyo pueden mejorar el estilo de vida y hábitos alimenticios, así como el conocimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento podrían mejorar los índices antropométricos, la glucemia y la presión arterial.

Dentro de los principales cambios en el estilo de vida que se requerirán en un paciente con ERC, tenemos: hábitos alimenticios, hábitos relacionados con la asepsia y restricción de líquidos, los cuales se profundizarán en apartados subsecuentes.

1.7 Complicaciones sistémicas en ERC

Como todas las enfermedades crónicas, la ERC puede presentar diversas complicaciones las cuales pueden ser prevenidas o atrasadas por detección temprana y tratamiento.

Según Flores, et al (2009) La enfermedad cardiovascular (ECV) está en el centro del problema por su alta prevalencia y ser la causa principal de muerte en pacientes con ERC. La mayoría de los pacientes con ERC mueren de ECV antes de necesitar diálisis. Hay un pronunciado incremento del riesgo de mortalidad cardiovascular entre las etapas 3 y 5 de ERC.

- Anemia en el paciente renal

Los pacientes que cuentan con el diagnóstico de ERC casi invariablemente llegan a desarrollar anemia, la cual se asocia a un aumento de morbimortalidad y reducción de calidad de vida. El estudio de la anemia debe de realizarse en los pacientes con ERC, cuando la hemoglobina (Hg) disminuye a menos de 13.5 g/dl, en hombres, y menos de 12 g/dl en mujeres. La evaluación y corrección temprana de la anemia tiene como objetivo reducir las complicaciones asociadas, principalmente cardiovasculares.

Consistente con lo anterior, el parámetro más preciso el diagnóstico de la anemia es la Hb, ya que el hematocrito, usado ampliamente, no solo refleja la masa de glóbulos rojos, sino también está sujeto a los cambios en los líquidos corporales que estos pacientes experimentan con frecuencia. Dicha complicación es multifactorial, pero se debe principalmente a déficit de eritropoyetina y hierro, por lo cual una parte del tratamiento es la administración de hierro (Flores, et al., 2009).

- Metabolismo oseomineral

Otra complicación son las alteraciones del metabolismo óseo y mineral (AOM). Estas alteraciones han sido tradicionalmente denominadas osteodistrofia renal (OR), y clasificadas por histología ósea en dos tipos (Flores, et al, 2009):

- a) Osteitis Fibrosa Quística: Asociada exclusivamente a hiperparatiroidismo secundario, que produce aumento de la formación y reabsorción ósea (enfermedad por alto remodelado).
- b) Enfermedad Ósea Adinámica: Hay escasez de células con disminución de la formación y reabsorción ósea (enfermedad por bajo remodelado).

La OR se ha redefinido en un concepto más amplio, denominado alteración óseo mineral-ERC, que describe un trastorno sistémico del metabolismo óseo y mineral causado por ERC. Este síndrome clínico se manifiesta por uno o más de los siguientes elementos (Flores, et al., 2009):

1. Anormalidades del calcio (Ca), fósforo (P), parathormona (PTH) ó metabolismo de vitamina D.
2. Alteraciones en el remodelado, mineralización, volumen, crecimiento o fragilidad del esqueleto.
3. Calcificaciones vasculares o de otros tejidos blandos

Uno de los objetivos principales, para esta complicación, es mantener el nivel de potasio (P) entre 2.7 y 4.6 mg/dl para pacientes en etapas 3 y 4, y para pacientes en etapa 5 debe de ser mantenido entre 3.5 y 5.5 mg/dl. De igual forma, es recomendable una dieta restringida en fósforo, debiendo restringirse a 800- 1.000 mg/día, y ajustado al requerimiento proteico (Flores, et al., 2009), por lo cual un aspecto muy importante es llevar una dieta restringida en potasio y fósforo.

Capítulo 2. Adherencia Terapéutica en ERC

2.1 Definición de adherencia

La adherencia terapéutica puede ser definida según la OMS (2004) como:

El grado en el que el comportamiento de una persona- tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida –se corresponde a las recomendaciones acordadas de un prestados de asistencia sanitaria (pág. 3).

Este aspecto de la psicología de la salud es de suma importancia pues la adherencia terapéutica deficiente es la principal razón del beneficio clínico subóptimo. Causa complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes y desperdicia los recursos de atención de salud. En conjunto, estas consecuencias directas merman la capacidad de los sistemas de asistencia sanitaria de todo el mundo para alcanzar las metas de salud de la población (OMS, 2004) En resumen la adherencia terapéutica de los individuos con alguna enfermedad es importante tanto para el individuo como para los costos de los sistemas de asistencia sanitaria.

La adherencia terapéutica hoy en día está muy relacionada con las enfermedades crónico degenerativas, estas son definidas según la OMS (2004) como:

Las enfermedades con una o varias de las siguientes características: son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención (pág.4)

Entre estos problemas de salud se encuentran las enfermedades cardíacas, las respiratorias, los infartos, el cáncer y la diabetes, siendo estas las principales causas de mortalidad en el mundo y responsables del 60 % de las muertes a nivel mundial (OMS, 2004). Y respecto a lo anterior, como ya se ha revisado en el capítulo previo, la ERC tiene como causas principales en México: la diabetes e hipertensión.

2.2 Factores asociados a adherencia

La OMS (2004) nos habla de cinco importantes factores que interactúan sobre la adherencia terapéutica, estos son:

- Los factores socioeconómicos: Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos.
- Los relacionados con el tratamiento: Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

- Los relacionados con la enfermedad: Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. La comorbilidad, como la depresión (en la diabetes o la infección por el VIH/SIDA).

- Los relacionados con el paciente: Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente.

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos ;la baja motivación ;el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento ;el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad ;la incredulidad en el diagnóstico ;la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad ;el entender mal las instrucciones de tratamiento.

La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder seguirlo. Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse concurrentemente con las biomédicas si se busca mejorar la adherencia general.

- Los relacionados con el sistema y equipo sanitario: Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo -el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de

medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

2.3 Adherencia en pacientes con ERC en tratamiento de diálisis peritoneal

Ahora bien, a pesar de que las enfermedades crónicas degenerativas suelen compartir o tener características en común como las ya mencionadas en la definición de la OMS, es una realidad que cada una de ellas cuentan con requerimientos específicos para la adherencia, ya que suelen desde su origen ser diferentes, por ende, los tratamientos, consecuencias, expectativas y síntomas suelen ser distintos. Por ello es importante profundizar en cuáles son las principales modificaciones que tienen que realizar los pacientes con ERC, debido a que hasta el momento se ha expuesto ya su importancia y complicaciones de no seguir dichas recomendaciones, en este punto resumiremos de manera breve los tres aspectos más importantes a tomar en cuenta, respecto a la adherencia en un paciente con ERC en tratamiento de diálisis peritoneal:

1. Dieta, requerimientos nutricionales en la ERC:

Una larga lista de componentes de la dieta debe de ser monitoreada en la ERC. Por lo general, incluyen calorías, proteínas, sodio, potasio, calcio, fósforo y líquidos (contenido en la comida y en las bebidas). En los diabéticos, el monitoreo de los carbohidratos se agregará a esta lista. Los pacientes necesitan una adaptación adicional si: es que tienen comorbilidades, respecto a su estado nutricional y a las interacciones entre medicamentos y nutrientes, finalmente es importante mencionar que cada componente en la ERC rara vez es estático, esta potencialmente en movimiento con cambios en el orden y prioridad de atención. Sin embargo, y de acuerdo a lo anterior el asesoramiento nutricional en la ERC se basa en los requisitos nutricionales vinculados a la evidencia publicada y a las guías clínicas, estas directrices iniciales basadas en la evidencia siguen en uso, la Tabla 1 (basada y traducida de Beto, Schury & Bansal, 2016)

proporciona una visión general de los parámetros dietéticos en la ERC, donde resaltamos la disminución de sodio, potasio y fósforo durante la etapa o estadio 5 de la enfermedad. El cumplimiento de los requisitos dietéticos se puede medir indirectamente utilizando datos tales como valores de laboratorio, peso corporal y/o registros de consumo dietético autoinformados. Se ha demostrado que el apego al régimen dietético ha logrado retrasar el progreso de la ERC de etapas iniciales a etapas terminales (Beto, Schury & Bansal, 2016).

Tabla 1.

Resumen de los requisitos nutricionales seleccionados para adultos con diferentes etapas de ERC

Nutriente	Etapas 3-5 de la ERC sin diálisis de mantenimiento (categorías 3-5 de la tasa de filtración glomerular)	Etapa 5 de la ERC con diálisis de mantenimiento	Post-transplante (guiado por la etapa de la ERC/categoría de la función renal)
Proteínas	0.6-0.8 g/kg/día de peso corporal con al menos un 50% de Alto Valor Biológico para retardar potencialmente la progresión de la enfermedad (especialmente en diabéticos) y lograr/mantener una albúmina sérica adecuada O 0.3 g/kg/día de peso corporal suplementado con ácidos cetoe lásticos.	1.1-1.5 g/kg/día de peso corporal (Hemodiálisis) con al menos un 50% de Alto Valor Biológico para alcanzar/mantener niveles adecuados de albúmina sérica junto con una ingesta calórica suficiente que ahorre proteínas.	0.8-1.0 g/kg/día de peso corporal con un 50% procedente del Alto Valor Biológico
Grasa	Recomendación general de la población de que el <30% de las calorías totales provengan de las grasas; énfasis en las fuentes saludables de grasas	Enfoque en el tipo de grasa y carbohidratos para controlar la dislipidemia; patrón único en la Insuficiencia Renal Crónica.	Concentrarse en el tipo de grasa y carbohidratos para reducir el riesgo cardiovascular o controlar los efectos adversos de los medicamentos inmunosupresores (dislipidemia, intolerancia a la glucosa).
Grasa saturada	Igual que para la población general <7% de la grasa total	Reduzca y sustituya las fuentes de grasas saturadas por fuentes de grasas más saludables.	Reduzca y sustituya las fuentes de grasas saturadas por fuentes de grasas más saludables.
Sodio	Recomendación general de la población de ≤ 2.3 g/día; individualizar en combinación con líquidos.	2.0-3.0 g/día (Hemodiálisis) para controlar la ganancia de líquido interdialítico; 2.0-4.0 g/día (Diálisis Peritoneal) para controlar el estado de hidratación.	Recomendación de la población general de ≤ 2.3 g/día
Potasio	Típicamente no se restringe hasta que la hiperpotasiemia está presente, luego se individualiza.	2.0-4.0 g/día o 40 mg/kg/día de peso corporal en la Hemodiálisis o individualizado en la Diálisis Peritoneal para alcanzar niveles séricos normales.	No restringido a menos que la hiperpotasiemia esté presente, entonces individualizado
Calcio	No restringido	2 g elemental/día de fuentes dietéticas y de medicación	Individualizado a la función renal
Fósforo	Típicamente no se restringe hasta que la hiperfosfatemia está presente, luego se individualiza para mantener los niveles séricos normales por medio de la dieta y/o aglutinantes de fosfato.	800-1,000 mg/día para alcanzar el nivel de suero deseado de 3.5-5.5 mg/dL o menos; coordinar con la prescripción de un aglutinante de fosfato oral.	Individualizado a la etapa de la función renal
Líquidos	Típicamente no restringido a menos que esté clínicamente indicado	1,000 mL/día (+ gasto urinario si está presente) en la hemodiálisis; mayor en la Diálisis Peritoneal individualizada a estado líquido	No hay restricciones; se puede comparar con el gasto urinario si es apropiado

Respecto a lo anterior, una revisión reciente de 29 estudios publicados sobre la ingesta alimentaria en pacientes con ERC, demostró que la mayoría de los pacientes no pudieron cumplir con la ingesta diaria recomendada de proteínas (Beto, et al.,2016).

La restricción de sodio en la dieta puede ser más familiar que otros nutrientes debido a las campañas de salud pública y al reconocimiento por el sabor salado. En la ERC, la ingesta de sodio está directamente relacionada con el aumento de peso .interdiálisis en pacientes en diálisis peritoneal. La retención de líquidos a lo largo del tiempo en cualquier etapa de la ERC aumenta el riesgo de comorbilidades como hipertensión no controlada, hipertrofia ventricular izquierda, edema pulmonar y enfermedad vascular. Tanto la American Heart Association como el programa nacional de educación sobre la presión arterial recomiendan que la ingesta diaria de sodio no exceda aproximadamente 2,300 mg o una cucharadita de sal para la población general. (Beto, et al., 2016).

Debido a lo ya expuesto se plantea la necesidad de brindar asesoramiento respecto al régimen dietético a seguir para un paciente con ERC, Según Beto, et al. (2016) sostienen que lo anterior mencionado es más efectivo cuando se ajusta a las necesidades e intereses específicos de los pacientes, y que la individualización y la comunicación cara a cara son la piedra angular para lograr una mayor adherencia.

2. Hábitos de higiene:

Limpieza y cuidado en el catéter, así como del lugar donde habite el paciente, esto debido a las posibles infecciones que se pudiesen desarrollar, algunas de las cuales se describieron en el capítulo anterior.

3. Reducción en la ingesta de líquidos

A demás de la adherencia a la dieta, la limitación de la ingesta de líquidos, es un factor importante para los pacientes en diálisis, puesto que es esencial para su supervivencia y bienestar. La adherencia a la dieta y a la restricción de líquidos es actualmente uno de los problemas de salud más importantes que reduce los costos del tratamiento, reduce el riesgo de complicaciones y mejora la calidad de vida de los pacientes, por el contrario, el incumplimiento a la dieta y a la restricción de líquidos se

asocia con un aumento de retención de agua y fósforo en la sangre, lo cual resulta en aumento de la incapacidad y mortalidad de los pacientes con ERC. La dieta y restricción de líquidos, debe de ser planeada para que el aumento de peso a intervalos de diálisis sea menos del 4 % del peso corporal. De esta manera, por lo regular los pacientes con ERC en tratamiento de diálisis reciben un promedio de 750 a 1000 mililitros por día (Jampour, Dehzad, Eftekhari & Akbarzadeh 2018).

Según Jampour, et al. (2018) quienes realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la adherencia a las recomendaciones dietéticas y de ingesta de líquidos en pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo renal, sostienen que el incumplimiento a la restricción de líquidos es mayor que el incumplimiento a la dieta, así mismo mencionan que las limitaciones de la ingesta de líquidos es uno de los aspectos más estresantes del tratamiento de pacientes en diálisis.

Consistente con lo anterior, Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez, Fajardo (2006) mencionan que los pacientes con ERC deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes, los cuales involucran altos costos para el paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico.

El comportamiento no adherente se suele manifestar de diferentes maneras, por ejemplo, en no cumplir con: la dieta, la ingesta del medicamento y la restricción de líquidos, así como faltar o solicitar reducir el tiempo de las sesiones de diálisis, sin embargo, evaluar los criterios anteriores implica ciertas dificultades metodológicas, no obstante, los más utilizados son la ganancia de peso inter diálisis (GPI), para evaluar el cumplimiento en la restricción de líquidos (Khechane & Mwaba, 2004, como se citó en Contreras, et al., 2006), el cumplimiento con la dieta y la medicación es estimado por niveles de potasio y fósforo en suero en pre diálisis y el cumplimiento a las sesiones de diálisis. El comportamiento de no adherencia es un fenómeno muy complejo, y no suficientemente estudiado (Contreras, et al., 2006).

Así mismo, Guerra, Mujica y Vidal (2010) aseguran que el objetivo de la terapia de sustitución renal no es sólo prolongar la vida, sino que también restaurar la calidad de esta, y que para lograrlo es fundamental que los pacientes se adhieran de la mejor forma

posible a su tratamiento, a fin de disminuir las complicaciones que pueden surgir con la enfermedad.

La ERC en la etapa última de la enfermedad o etapa terminal, no sólo afecta el estado de salud de los pacientes, sino que también repercute en el estado emocional, económico y social, ya que al ingresar a los programas de terapia de sustitución renal, los pacientes se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, que implica modificar su vida social, realizar cambios en la dieta, restringir los líquidos, recibir técnicas dolorosas y en muchos casos sufrir el abandono familiar (Guerra, et al.,2010).

A manera de resumir, podemos decir que la importancia de la adherencia en los pacientes que se encuentran en algún tratamiento sustitutivo renal, radica en el impacto sobre la supervivencia y en la prevención de complicaciones. Existe evidencia de que la no o parcial adherencia al tratamiento ya mencionado, es uno de los mayores problemas de los pacientes con ERC, por lo cual demanda mayor atención, constituyendo un serio problema, ya que se sabe que los pacientes que no cumplen con el régimen de tratamiento tienen más complicaciones y hospitalizaciones (Morgan, como se citó en Guerra, et al., 2010). En el tratamiento de diálisis renal, se estima que solo una media de 50% se adhiere al régimen de tratamiento. De acuerdo a lo anterior, se sabe que uno de los elementos que facilitarían la adherencia es la educación de los pacientes por los profesionales de la salud. La educación es considerada como un importante factor en la promoción del cumplimiento y la reducción o exacerbación de las condiciones de comorbilidad en los pacientes con ERC (Guerra, et al.,2010).

De esta manera, sabemos que es de suma importancia la labor que el psicólogo pueda realizar en busca de implementar estrategias que permitan aumentar la probabilidad de que los pacientes se adhieran al tratamiento. Un punto clave para lo anterior es el conocimiento que el paciente tenga sobre su enfermedad (que según la OMS forma parte de los factores relacionados con el paciente), lo cual se desarrolla en el siguiente capítulo.

Capítulo 3. Psicoeducación

3.1 Educación en salud

Durante varios siglos la educación en salud ha existido y ha sido parte del proceso del cuidado, sin embargo, no existía documentación que la apoyase, si no es a mediados y fines de 1800 cuando los cuidados y educación en salud empezó a ser formalizada, siendo principalmente enfermeras y médicos quienes la proveían. Después de la Segunda Guerra Mundial, debido a que la longevidad aumentó, y la sobrevivencia de las personas con enfermedad crónica se incrementó, la educación empezó a ser el foco de la administración de los problemas crónicos y el término "educación de los pacientes" empezó a aparecer en la literatura. Así hasta hoy en día la educación de los pacientes es reconocida como una herramienta integral de tratamiento y en países como Estados Unidos, es un mandato para las agencias de acreditación de cuidados de la salud (Guerra, et al., 2010).

Podemos definir a la educación para la salud según Guerra et al. (2010) como:

un proceso que mejora el conocimiento y las habilidades que influyen en las actitudes que el (la) paciente requiere para mantener un comportamiento adecuado en bien de su salud "...también se puede entender como una disciplina de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, que tiene por objeto el impartir de forma sistemática los conocimientos teóricos prácticos, así como el desarrollo consecuente de actitudes y hábitos correctos, que la población debe asimilar, interiorizar, y por último, incorporar gradual y progresivamente a su estilo de vida, como requisito para preservar -en óptimas condiciones- su estado de salud (pág. 56).

De esta manera la educación para la salud tiene dos objetivos: capacitar a las personas para tomar decisiones informadas que beneficien su salud y conseguir su participación en el proceso educativo mediante una actitud crítica y una implicación en las decisiones que favorezcan su salud (Guerra, et al., 2010).

Se ha demostrado que la educación debe de centrarse en el comportamiento de las personas, debido a que, si se conocen las causas de determinados comportamientos, es posible seleccionar los métodos más adecuados de educación para enfrentar dicho problema (no adherencia). En la educación para la salud, existen dos categorías teóricas básicas, que permitirán trabajar en la modificación de conductas: 1) la teoría cognoscitiva; la cual se ocupa de variables como las actitudes, creencias, valores conocimiento, etc., dichas variables son consideradas como *determinantes* de la conducta, por lo tanto, cuando se propone llevar a cabo una modificación de conducta, se comienza a comunicar estrategias y técnicas diseñadas para cambiar estas variables *internas*, la mayor parte de lo que se llama educación para la salud, pertenece a esta categoría. 2) teoría conductista: suele no enfocarse en las variables *internas*, para enfocarse en los objetos, acontecimientos, estímulos y consecuencias que influyen en el comportamiento (Guerra, et al., 2010).

Respecto a educación, existirán principalmente dos formas a través de las cuales las personas aprenden e incorporan la información que se les entrega: mediante el sistema formal (se aplica en escuelas e instituciones) y/o a través de los sistemas no formales, los cuales son muchos y variados, según las diferentes comunidades y contextos en los que se desarrollen e involucren las personas. Los profesionales de la salud utilizan en mayor medida los sistemas no formales de enseñanza (Guerra, et al., 2010). Los métodos, medios de información y las técnicas que pueden emplearse para transmitir mensajes de salud y educación que describe la OMS (como se citó en Guerra et al.,2010) pueden ser de dos formas:

- 1) Método directo: de persona a persona, en el que, el agente de salud es el principal comunicante
- 2) Método indirecto: la misión del educador consiste en hacer llegar al público mensajes de salud que proceden de otra fuente, por ejemplo, programas de radio o televisión.

Ambos métodos son más efectivos cuando se combinan para lograr una comunicación eficaz (OMS 1985, como se citó en Guerra et al.,2010).

Es de gran relevancia considerar que para que los sistemas educativos no formales sean efectivos, deben de poseer algunas características según la Organización Panamericana de Salud (como se citó en Guerra et al., 2010), las cuales se describen a continuación:

- El enfoque educativo debe de ser funcional: debe de estar relacionado con los problemas concretos que las personas enfrentan diariamente, estar orientado a ayudarles a entender mejor los problemas de salud que tienen, discutir sus orígenes y analizar la mejor manera de solucionarlos, estimulando la participación activa en las acciones que dicha solución requiere.
- Los programas educativos deben basarse en la motivación de las personas y/o comunidad para participar, para esto, deben de emplearse técnicas educativas de fácil comprensión y asimilación, sin que se requieran niveles altos de escolaridad para practicar las actividades propuestas y poder beneficiarse con lo aprendido.
- La estrategia educativa debe aprovechar la capacidad de aprendizaje propia de cada persona o comunidad. Siempre que se posible, se deben de adoptar técnicas de transmisión de información a las que la comunidad o personas se encuentren acostumbradas y familiarizadas.

La educación en salud, debe entonces considerar la consumación de un programa educativo en el cual se establezca según la Organización Panamericana de Salud (como se citó en Guerra et al., 2010):

- Un diagnóstico de las necesidades educativas
- Formulación de objetivos y/o metas: la definición de objetivos, es importante ya que debe de indicarse en forma explícita los cambios de conocimiento, actitudes o hábitos que se procura lograr como condición para alcanzar una meta
- Diseño de la estrategia educativa: es la identificación, selección e incorporación de metodologías y técnicas de aprendizaje. El punto de partida para el diseño de una estrategia educativa debe ser la identificación y utilización de los recursos, métodos y técnicas de aprendizaje ya existentes en el contexto en el que se realizará la educación

- Ejecución de actividades, métodos o técnicas educativas para incorporar el conocimiento
- Evaluación del programa desarrollado

Dentro de los programas existentes de educación en salud, cabe destacar los programas psicoeducativos.

3.2 Psicoeducación

Existe desde hace ya algunos años, gran controversia al poder definir lo que es la *psicoeducación*, para lo cual, en el presente trabajo, proporcionaremos tres definiciones presentándolas de manera cronológica.

En primer lugar, mencionaremos la definición de Goldman quien explora las diferentes definiciones e interpretaciones que existían en su época respecto a psicoeducación y las reúne en una definición, logrando definir psicoeducación según Goldman 1988 (citado en Atri & Sharma 2007) como:

Educación o entrenamiento de una persona con un trastorno psiquiátrico en áreas temáticas que sirven para los objetivos de tratamiento y rehabilitación, por ejemplo, mejorar la aceptación de la persona de su enfermedad, promover la cooperación activa con el tratamiento y la rehabilitación, y fortalecer las habilidades de afrontamiento que compensan las deficiencias causadas por el trastorno (p. 33).

Posteriormente Bulacio, Vieyra, Daneri y Benatuil (2004) la definen como:

Proceso que puede orientarse a la psicopatología o a las personas en general, tengan o no una afección clínica. Por lo tanto, puede ser impartido en modo específico por los profesionales de la salud mental o bien, en modo indirecto por los profesionales de los distintos ámbitos de salud (p.4)

Finalmente, mencionaremos la definición de Albarrán y Macías (2007) quienes definen psicoeducación como:

La aproximación terapéutica en la cual se proporciona información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (p. 119).

La psicoeducación abarca, según Bulacio, et al. (2004):

- Contenidos psicológicos: un conocimiento teórico general para el autoconocimiento tanto racional como emocional y conductual.
- Procedimientos: herramientas, técnicas y estrategias terapéuticas aplicables
- Destinatarios: el psicoeducando que aprende a través de la observación (teórica) y a través de la ejecución de lo aprendido.

En el marco del tratamiento individual debe de impartirse desde la primera entrevista y muy probablemente a lo largo del tiempo, debido a que se deberá de ir empleando según los tiempos disponibles, las etapas del tratamiento y el interés específico del paciente. También, debe de adecuarse al nivel sociocultural del paciente, a su patología y su información previa (Bulacio, et al. 2004)

Consistente con lo anterior, Colom (2011) menciona que la psicoeducación eficaz va mucho más allá de la información y aspira a modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas. A sí mismo, propone la distinción importante entre los modelos psicoeducativos centrados en la información y los centrados en la conducta:

- Los modelos basados centrados en la información suelen ser breves (alrededor de cinco a seis sesiones); como su nombre lo indica, priorizan la transmisión de información acerca de la enfermedad por encima de otros

elementos (como el modelado, el cambio de actitudes, la reestructuración, etc.) y tienen una eficacia limitada. Sus estudios de eficacia suelen utilizar el conocimiento sobre la enfermedad como medida de dicha eficacia

- Los modelos centrados en la conducta o *psicoeducación conductual* se suelen caracterizar por ser programas largos (el cambio al que aspira también es mayor), en los que se priorizan aspectos como el trabajo práctico en la detección e intervención precoces ante un nuevo episodio, manejo de síntomas, regularidad de hábitos, reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad, identificación de desencadenantes, etc. Sus medidas de eficacia suelen ser variables clínicas *duras*: número de episodios, duración, número de hospitalizaciones.

Según Atri, et al. (2007) un enfoque basado en la evidencia dicta que para las condiciones debilitantes de salud mental que van de moderadas a severas, una modalidad de enfoque que combina los medicamentos con terapia y/o educación, sigue siendo con diferencia, la mejor modalidad en términos de resultado y pronóstico eventual. Diversos son los estudios que han demostrado el valor de la psicoeducación en psicopatologías que van desde la depresión hasta la esquizofrenia (Pekkala & Merinder, 2002, como se citó en Atri, et al., 2007).

A pesar de mencionar los resultados respecto a psicopatologías, recordemos que anteriormente expusimos los resultados de la psicoeducación en enfermedades crónicas, marcando como medidas de eficacia variables *clínicas*. Sin embargo, ahora pasaremos a describir más en específico el papel que juega la psicoeducación en pacientes con alguna enfermedad crónica.

Respecto a lo anterior, Weingarten, et al (2002) realizaron un meta-análisis acerca de las Intervenciones utilizadas en programas de manejo de enfermedades para pacientes con enfermedades crónicas, donde su objetivo fue evaluar sistemáticamente la evidencia publicada sobre las características y efectividad de los programas de manejo de enfermedades crónicas, donde encontraron que la educación en el paciente fue la intervención más utilizada, seguida de la educación a los proveedores de atención médica, como resultados encontraron que la educación de los proveedores, seguida de

la educación del paciente se asociaron con mejoras significativas en el control de la enfermedad del paciente.

3.3 Programas psicoeducativos en pacientes con ERC

Como se revisó anteriormente, el buen apego (adherencia) que el paciente con ERC tenga respecto a la dieta que se le recomienda, es de suma importancia para el trascurso de su enfermedad. Han existido diversos estudios que demuestran los beneficios del uso de programas psicoeducativos de nutrición, tanto para prevenir complicaciones como para “aletardar” la necesidad de iniciar con alguna terapia de sustitución renal (diálisis o hemodiálisis). Como ejemplo, tenemos el estudio de Paes-Barreto, et al. (2013) quienes evaluaron si un programa educacional específico motiva a los pacientes con ERC que aún no reciben diálisis para reducir su ingesta de proteínas y si dicho programa mejora la adherencia a una dieta baja en proteínas por encima del asesoramiento dietético estándar, dicha intervención educacional consistía también en la entrega de material el cual incluyó 4 acciones diferentes para mejorar el conocimiento del paciente y la comprensión de la dieta baja en proteínas y baja en sodio. Dividieron a los participantes en dos grupos, el primero que recibía un asesoramiento dietético estándar y el segundo que recibía un asesoramiento intenso educacional específico y entrega de materiales diseñados para comprender mejor las indicaciones dietéticas, los resultados demostraron que un intenso programa de educación nutricional contribuyó a reducir la ingesta de proteínas en pacientes con ERC de etapa 3 a 5 por encima de nuestro asesoramiento dietético estándar, concluyendo así que los programas de educación nutricional son efectivos para aumentar la adherencia del paciente a las recomendaciones de ingesta de proteínas.

También se ha utilizado la psicoeducación con el objetivo de incrementar el conocimiento de la ERC y el inicio oportuno de la terapia sustitutiva, ya que, según Burgos, et al. (2011) en México se estima que aproximadamente entre 70 y 80% de los pacientes que ingresan a diálisis lo hacen de manera urgente, lo cual se traduce en mayor morbimortalidad, mayores costos y menor eficacia de organización en los servicios de nefrología, por lo cual decidieron realizar una investigación que tuvo como objetivo evaluar el impacto de una intervención dirigida a incrementar el conocimiento de

la enfermedad renal sobre el inicio oportuno de la terapia sustitutiva, contaron con una muestra de 65 pacientes en estadio 5 de ERC, se sometió al grupo a cuatro sesiones educativas: sobre la enfermedad renal crónica, la nutrición y la enfermedad renal crónica, cambios en el estilo de vida y diálisis peritoneal, lo que necesita saber. Como resultados encontraron diferencias significativas en el nivel de conocimiento antes y después de la intervención, así como que el 93.80% de los pacientes aceptaron iniciar tratamiento posterior a la intervención, concluyendo entonces que el proporcionar educación sobre la enfermedad renal y sus opciones de tratamiento incrementa el conocimiento de la misma, favoreciendo la toma de decisiones acertadas para el inicio oportuno de la terapia sustitutiva.

Así mismo, Guerra et al. (2010) menciona que en las enfermedades crónicas y particularmente en la ERC-estadio 5, la educación no sólo permite que los pacientes aumenten sus conocimientos e ideas acerca de la enfermedad, sino que también mejoren su calidad de vida, ya que a través de esto se mejora la adherencia al tratamiento. Siendo entonces un tema de gran interés en el área de la salud, puesto que la adherencia solo se logra en la mitad de la población que padece alguna enfermedad crónica (Contreras, como se citó en Guerra, et al., 2010), lo mismo sucede en pacientes que se encuentran en diálisis. Por lo tanto, se debe de contar con programas de psicoeducación para pacientes en terapia dialítica. Existe evidencia que apoya la idea de que en la medida que se realiza educación en esta población, se pueden reducir las condiciones de comorbilidad de esos pacientes (Barnett 2007, como se citó en Guerra, et al., 2010)

3.4 Ansiedad y depresión en pacientes con ERC

Consistente con lo anterior, Boté (2009) menciona que la ERC es “una gran desconocida”, incluso entre los pacientes que la padecen, que a menudo no son conscientes de ello; propone que una intervención educativa sencilla puede mejorar el conocimiento de la ERC. El desconocimiento de una situación en particular, en este caso, de la propia enfermedad pudiese estar relacionada con los altos índices de ansiedad en pacientes con ERC. Respecto a ello, numerosos son los estudios que han analizado el impacto psicológico que genera esta enfermedad, Calvanese (1961, como se citó en

García y Calvanese, 2008) menciona que los problemas conductuales que con mayor frecuencia presentan los pacientes con ERC son: depresión y ansiedad, estos hallazgos se encuentran sustentados por diversos autores y estudios.

Así también Páez, Jofre, Azpiroz y Bortoli (2008) sostienen que los pacientes sometidos a algún tratamiento sustitutivo suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como la ansiedad y depresión, las cuales se asocian a la sintomatología orgánica, a las limitaciones que implica la ERC y al tratamiento sustitutivo, mencionan que la intensidad de dichas reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la ERC y del tratamiento.

Consistente con lo anterior, Sadín y Chorot (1995, como se citó en Páez, et al., 2009) mencionan que la ansiedad funciona como una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante; pudiendo actuar como respuesta adaptada al preparar al organismo para responder a las demandas de su entorno, o bien como respuesta desadaptativa al anticiparse a un peligro irreal.

Así, podemos decir que es necesario que los pacientes cuenten con información necesaria, suficiente y adecuada de su diagnóstico, ya que como sostienen Páez, et al. (2008) si bien los avances tecnológicos han logrado disminuir la mortalidad de los pacientes con ERC y mejorar los tratamientos sustitutivos de la función renal, la presencia de ansiedad y depresión en estos pacientes aumenta los riesgos de suicidio, expresado en la no adherencia al tratamiento, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos. Y la no adherencia, por ende, conlleva a un deterioro de la calidad de vida, una salud más pobre y a un aumento en los riesgos de mortalidad.

4. Justificación

En resumen, debido a la relación que existe entre la falta de conocimiento o comprensión de la enfermedad con: a) la no adherencia, b) niveles altos de ansiedad, c) niveles bajos en calidad de vida, d) aumento del número de hospitalizaciones y e) aumento de los riesgos de mortalidad, existe entonces una necesidad de implementar

estrategias psicoeducativas, que con base en lo anterior expuesto y propuesto por algunos autores sea: sencilla, aborde generalidades de la ERC, se enfoque en las restricciones dietéticas y de líquidos (en el estadio 5 de la ERC), haciendo uso de estrategias y técnicas que ayuden a lo anterior, para así emplear un modelo de psicoeducación centrado en la conducta. Finalmente, cabe resaltar que existe ya evidencia que apoya la idea de que en la medida que se realiza educación en esta población, se pueden reducir las condiciones de comorbilidad de estos pacientes (Barnett 2007, como se citó en Guerra, et al., 2010)

Por ello, se propone elaborar un programa psicoeducativo, que aborde por un lado las generalidades de la ERC, pero por otro que los materiales que se elaboren para apoyar este proceso de psicoeducación, se encuentren basados en algunas técnicas de autocontrol (control de estímulos, distracción cognitiva y detención de pensamiento) para mejorar la adherencia a la dieta, así como a la restricción de líquidos. Es importante mencionar, que debido a que se busca que sea una intervención sencilla y breve (como lo proponen diversos autores ya expuestos) no se llevará a cabo un entrenamiento en cada una de las técnicas mencionadas, sino más bien que la creación del material está basado en ellas, y el objetivo de dicho material es proporcionar al paciente una serie de “instrucciones” que le permitan adherirse a su tratamiento.

4.1 Pregunta de investigación

De acuerdo a lo anterior, en el presente trabajo de investigación se plantea la siguiente pregunta:

¿Qué efectos tendrá la implementación de un programa psicoeducativo sobre los niveles de ansiedad y adherencia (dieta y restricción de líquidos) en pacientes con ERC en tratamiento de diálisis peritoneal?

4.2 Objetivo general

Evaluar los efectos de una intervención psicoeducativa basada en autocontrol sobre el nivel de conocimiento, ansiedad y la adherencia al tratamiento (restricción de líquidos) en pacientes con ERC estadio 5 (ERC-V)

4.3 Objetivos específicos

- Diseñar un programa psicoeducativo basado en autocontrol para pacientes con ERC
- Evaluar el nivel de conocimiento antes y después de la intervención
- Evaluar los niveles de ansiedad antes y después de la intervención
- Evaluar el nivel de adherencia a la restricción de líquidos antes y después de la intervención

5. Metodología

5.1 Diseño

Diseño N= 1

Diseño de investigación de caso único con línea base múltiple y con replicación directa (Sidman, 1960, como se citó en Barlow & Hersen, 1988)

5.2 Situación

La intervención se llevó a cabo en el hospital general de Atizapán, en la unidad de diálisis en un horario entre 14:00-16:00 hrs.

5.3 Participantes

Se contó con la participación de seis pacientes, quienes contaban con el diagnóstico de ERC-V del Hospital General de Atizapán y que se encontraban en tratamiento de diálisis programada.

A continuación, en la Tabla 2 se describen algunas de las características de cada participante.

Tabla 2

Características de los participantes

Participante	Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Tiempo en diálisis
1	Mujer	44	Casada	Secundaria	2 meses
2	Mujer	42	Soltera	Secundaria	2 meses
3	Mujer	51	Casada	Bachillerato	23 meses
4	Hombre	30	Soltero	Secundaria	12 meses
5	Hombre	46	Casado	Primaria	7 meses
6	Hombre	43	Casado	Primaria	4 meses

5.4 Criterios de selección

Pacientes:

- Que sepan leer y escribir
- Que cuenten con el diagnóstico de ERC estadio 5
- Que se encuentren en tratamiento de diálisis peritoneal programada

5.5 Criterios de exclusión

- Analfabetas
- Que presenten algún problema de agudeza visual, que les impida leer el material psicoeducativo
- Que obtengan una puntuación mayor a 11 en la subescala de depresión, perteneciente a la “escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)”

5.6 Materiales e instrumentos

1. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), (Zigmond & Snaith, 1983)
Cuestionario auto aplicado de 14 ítems, integrado por dos sub escalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). El rango de puntuación es de 0-21 para cada sub escala; la intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala tipo Likert de 4 puntos. Los puntos de corte son: de 0 a 7 trastorno ausente, de 8 a 11 dudoso y más de 11 indica un problema clínico.
2. Escala de conocimiento sobre la Enfermedad Renal Crónica (Santillan, 2010) el cual consiste en 21 reactivos de tipo dicotómicos.
3. Tríptico sobre ERC
4. Lamina sobre tratamientos para la ERC (Santillan, 2010)
5. “El fósforo: consejos para las personas con enfermedad de riñones”, elaborado por National Kidney Disease Education Program
6. “Si debe limitar el potasio” elaborado por National Kidney Foundation
7. Infografía sobre la restricción de líquidos durante diálisis
8. Infografía sobre detención de pensamiento

5.7 Variables

- Variables Independientes
 - Programa psicoeducativo basado en autocontrol, el cual consiste en cuatro sesiones, tituladas:
 1. El funcionamiento de los riñones y generalidades de la ERC (definición, causas, síntomas)
 2. Tratamientos para la ERC (trasplante, hemodiálisis y diálisis), algunas complicaciones y Alimentación en pacientes con enfermedad renal
 3. Reducción en la ingesta de líquidos
 4. Detención de pensamiento
- Variables dependientes

A continuación, en la Tabla 3 se ilustran la definición tanto conceptual como operacional de las variables dependientes de este estudio.

Tabla 3

Definición conceptual y operacional de las variables dependientes

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional
Conocimiento	Según Villoro (2002, como se citó en Ibáñez 2007) el conocimiento es un estado disposicional a actuar, adquirido, determinado por un objeto o situación objetiva aprehendidos, que se acompaña de una garantía segura de acierto. Conocer siempre implica relación, o mejor dicho, interacción entre un individuo y un objeto o situación objetivos y el cumplimiento de determinados criterios de acierto o logro (Ibáñez, 2007)	Puntuación obtenida en la escala de conocimiento sobre enfermedad renal crónica
Ansiedad	Estado desagradable de agitación e inquietud, cuya principal característica es la anticipación del peligro, y que presenta tanto síntomas físicos, cognitivos y emocionales (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).	Puntuación obtenida en la escala HADS
Adherencia	El grado en el que el comportamiento de una persona- tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida –se corresponde a las recomendaciones acordadas de un prestados de asistencia sanitaria”. (OMS, 2004).	Diferencia de peso pre-post diálisis

5.8 Procedimiento

- Fase 1 Invitación de pacientes a participar en el protocolo

Durante esta etapa, se realizaron principalmente tres actividades, la primera consistió en identificar a los pacientes que contaban con el diagnóstico de ERC-V, en segundo lugar aplicar “la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)” para poder conocer su nivel de ansiedad y depresión de cada participante, si su puntuación de depresión era mayor a 11, se excluía de poder participar en el estudio, sin embargo, si su nivel era menor a 11, se le explicaba brevemente el objetivo del programa psicoeducativo y se les invitaba a participar.

- Fase 2. Evaluación

En este momento del estudio se aplicó la “escala de conocimientos sobre enfermedad renal crónica”, también se realizó una línea base de la diferencia de peso pre-post diálisis, la cual consistió en pesar al paciente durante tres eventos dialíticos antes y después de éste, con el objetivo de conocer cuál era la diferencia de peso antes y después del tratamiento (diálisis). Con esto deducimos que si el paciente, por ejemplo, llega pesando 80 kg y después del tratamiento (diálisis) pesa 74 kg (el cual es su peso ideal), decimos entonces que ese paciente tenía aproximadamente 6 litros de agua en su cuerpo, los cuales se drenaron a través de la diálisis. Recordemos que la restricción de líquidos es una parte importante del tratamiento en estos pacientes.

- Fase 3 Intervención

Consistió en aplicar el programa psicoeducativo basado en autocontrol, el cual se conformó por cuatro sesiones, las cuales se titularon de la siguiente forma:

1. El funcionamiento de los riñones y generalidades de la ERC (definición, causas, síntomas)
2. Tratamientos para la ERC (trasplante, hemodiálisis y diálisis), algunas complicaciones y Alimentación en pacientes con enfermedad renal
3. Reducción en la ingesta de líquidos
4. Detención de pensamiento

- Fase 4 Post evaluación

Por último, una vez terminada la intervención, una semana después, se procedió a pesar al paciente (pre-post diálisis), así como 4 semanas después con la finalidad de dar seguimiento al programa y los resultados obtenidos.

6. Resultados

Como es bien sabido los diseños N=1 nos sirven para hacer comparaciones del cambio de comportamiento de un sujeto a lo largo del tiempo, sin embargo, al ser un diseño con una serie de replicaciones directas aportan cierta información sobre los hallazgos entre pacientes, por ello se decide trabajar con los datos en una primera parte de manera individual y posterior, de manera *grupal* para conocer si existen diferencias significativas o no, en nuestras distintas variables dependientes.

Por ello, para analizar los datos obtenidos se llevó a cabo la prueba no paramétrica Wilcoxon, a través del programa SPSS, debido principalmente a que las muestras son dependientes y los datos ordinales, así mismo para medir el tamaño del efecto se utilizó la prueba de *tamaño del efecto basado en R de Rosenthal*.

Así enunciaremos para cada una de nuestras variables dependientes los resultados que obtuvimos.

6.1 Nivel de conocimiento

En la Tabla 4 se muestran las puntuaciones obtenidas, respecto al nivel de conocimiento antes y después de la intervención.

Tabla 4

Puntuación obtenida en la escala de conocimiento sobre enfermedad renal, antes y después de la intervención.

Participante	Puntuación antes de la intervención (pre)	Puntuación después de la intervención (post)
1	6	15
2	7	21
3	11	20
4	9	18
5	5	14
6	5	15

Consistente con lo anterior, se puede observar en la Figura 8 la mediana de las puntuaciones obtenidas (antes y después), así como los rangos intercuartiles, pudiendo notar un aumento en el nivel de conocimiento después de la intervención.

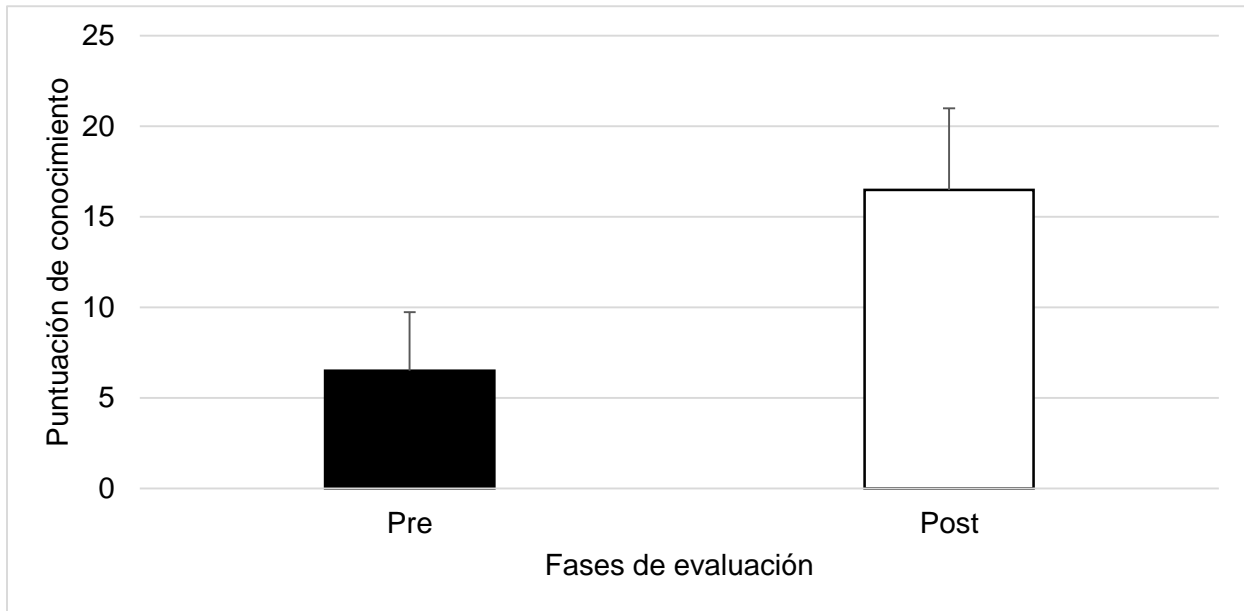


Figura 8. Nivel de conocimiento antes y después de la intervención

Finalmente, aplicando el análisis estadístico, respecto al nivel de conocimiento ($Z = -2.26$ $p = .024$ $r = 1.01$), se observa una diferencia estadísticamente significativa de éste antes y después de la intervención y un tamaño del efecto de nuestra intervención *grande*.

6.2 Ansiedad

En la Tabla 5 se muestran las puntuaciones obtenidas en la escala HADS, referente a la subescala de ansiedad, antes y después de la intervención.

Tabla 5

Puntuación obtenida en la subescala de ansiedad antes y después de la intervención

Participante	Puntuación antes de la intervención (pre)	Puntuación después de la intervención (post)
1	8	5
2	6	3
3	4	3
4	7	5
5	4	4
6	8	4

Consistente con lo anterior, se puede observar en la Figura 9 la mediana de las puntuaciones antes y después de la intervención, así como los rangos intercuartiles, notándose una disminución en los niveles de ansiedad después de la intervención aunado a una menor variabilidad entre datos.

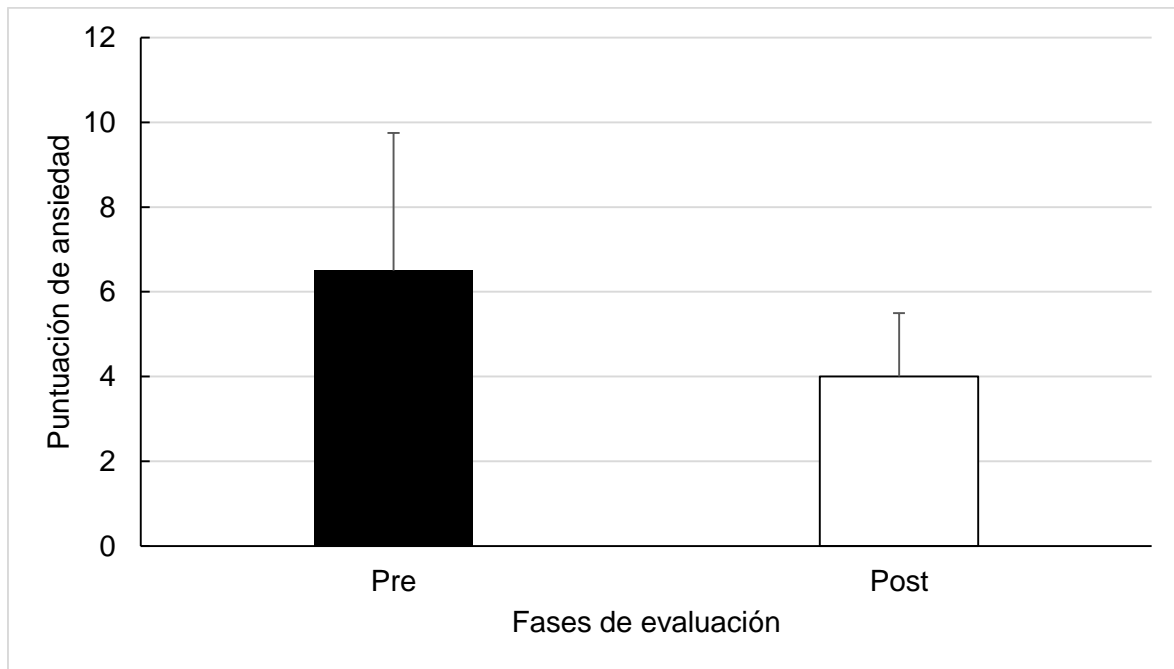


Figura 9. Nivel de ansiedad antes y después de la intervención

Por último, respecto a la variable de ansiedad ($Z = -2.032$ $p = .042$ $r = .9$) se observa que hubo una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad antes y después de la intervención, así como un tamaño de efecto grande.

6.3 Adherencia terapéutica (restricción en el consumo de líquidos)

A continuación, para mostrar los datos de los 6 participantes, se decidió compilar las mediciones tanto de la línea base, como de las mediciones después de la intervención en un promedio, es decir se obtuvo el promedio de las mediciones obtenidas antes de la intervención, así como de las obtenidas después de la intervención, lo anterior para cada uno de los pacientes, lo anterior se puede observar en la Figura 10, donde podemos darnos cuenta que todos los participantes, excepto uno (participante1), redujeron su ingesta de líquidos después de la intervención.

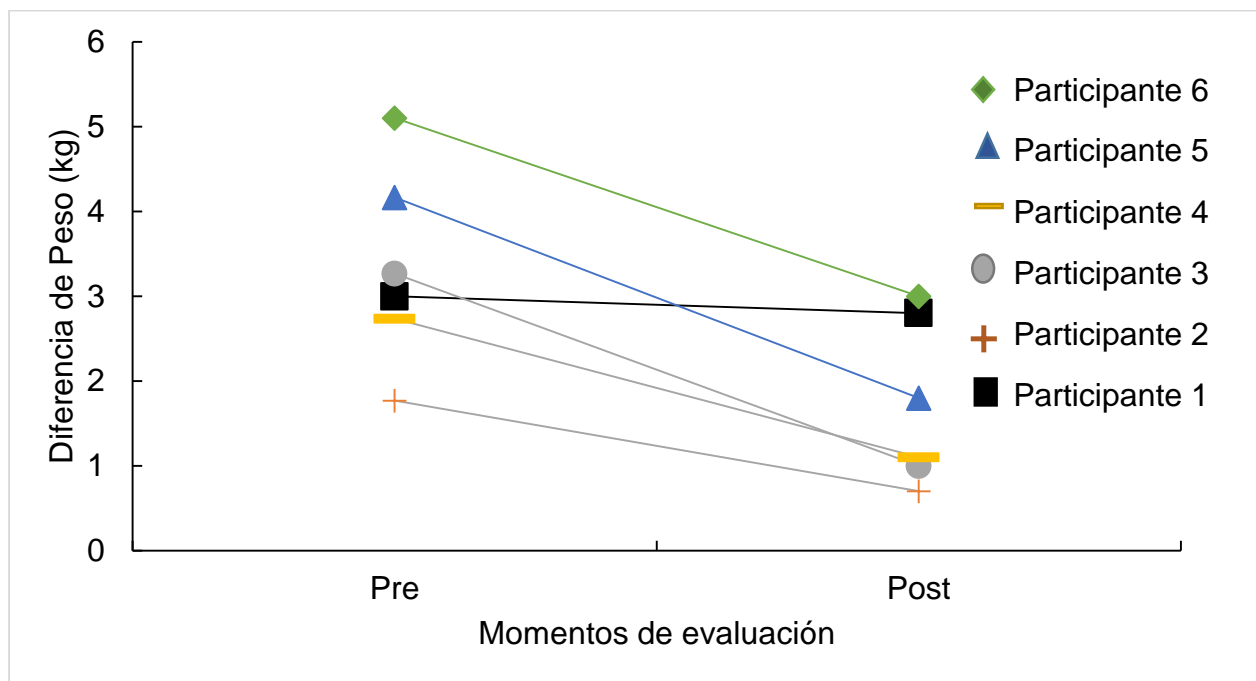


Figura 10. Promedio de mediciones (diferencia de peso) antes y después de la intervención

Finalmente, con la prueba estadística aplicada para analizar la diferencia de peso pre-post diálisis ($Z = -2.201$, $p = .028$, $r = .9$) se observa que existe una diferencia significativa en la diferencia de peso (pre-post diálisis) antes y después de la intervención, así como un tamaño del efecto grande.

7. Conclusiones y discusión.

Se puede concluir que el presente programa psicoeducativo dirigido a pacientes con ERC sometidos a tratamiento de diálisis, fue efectivo en: aumentar el nivel de conocimiento respecto a la ERC, disminuir la ansiedad, así como disminuir la diferencia de peso pre-post diálisis, siendo este último un indicador que existió un cumplimiento respecto a la ingesta reducida de líquidos y de manera indirecta que se mejoró el apego al régimen dietético, debido a que como ya se explicó con anterioridad, el consumo de sodio y potasio (/entre otros minerales) provocaría una retención de líquidos en el cuerpo, es decir mayor diferencia de peso pre-post diálisis.

Nivel de conocimiento

El aumento del conocimiento y comprensión del paciente respecto a su enfermedad posibilita que se adhiera a su tratamiento tal como lo sugiere Guerra et al. (2010) y esto a su vez se traduce en una reducción de las condiciones de comorbilidad y/o complicaciones. Pudiendo lograr así con una intervención relativamente poco costosa, reducir los costos que dichas comorbilidades y complicaciones implican para el sistema de salud, lo cual deviene de lo planteado por Beto et al. (2016) quien menciona que las estrategias efectivas pueden retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica y reducir los riesgos de mortalidad, así mismo nos resalta que un enfoque “barato” para llegar a esa meta, es lograr en el paciente una ingesta óptima de sal y proteínas. Finalmente, hace referencia a que la autogestión y los grupos de apoyo pueden mejorar el estilo de vida, los hábitos alimenticios y la adherencia al tratamiento, así como mejorar los índices antropométricos.

También, respecto al nivel de conocimiento podemos decir que de acuerdo con Ibáñez (2007) quien menciona que el conocimiento implica una interacción entre el individuo y una situación objetiva, así como el cumplimiento de determinados criterios de

acierto y logro; además de aumentar la puntuación en el cuestionario sobre conocimientos, los pacientes de este estudio pudieron realizar a partir de este conocimiento un cambio en su conducta, el cual vemos reflejado en la disminución en la diferencia de peso pre-post diálisis (criterio de logro).

Sin embargo, respecto a lo anterior tenemos que decir que a pesar de que todos los pacientes elevaron su puntuación respecto al nivel de conocimiento sobre la ERC, no todos lograron un cambio en su conducta o cumplieron con el criterio de logro, pues de los seis participantes solo uno no de ellos no tuvo una disminución significativa en la diferencia de peso pre-post diálisis, esto se puede atribuir, de acuerdo con la literatura, a que el participante a pesar de no haber obtenido una puntuación alta en la subescala de depresión de la prueba HADS, se observaron a lo largo de la intervención síntomas de depresión (pérdida de interés en actividades antes gratificantes, irritabilidad, sentimientos de culpabilidad) por lo cual, congruente con lo que nos propone Paéz, et al. (2009) si bien la tecnología ha logrado disminuir la mortalidad de los enfermos renales crónicos y mejorar el tratamiento sustitutivo de la función renal, la presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios (indirectos) expresados en términos de la no adherencia al tratamiento (diálisis o hemodiálisis), incumplimiento a las indicaciones dietéticas e intentos suicidas directos. Varias investigaciones resaltan que la depresión en los pacientes con ERC se encuentra asociada a comportamientos de no adherencia al tratamiento, lo cual conlleva a un deterioro en la calidad de vida y a un aumento de los riesgos de mortalidad (Paéz, et al., 2009). Debido a lo anterior, se propone para futuras investigaciones, poder realizar algunos otros métodos de medición o evaluación para descartar problemas de depresión.

Congruente con lo anterior Paéz, et al. (2009) menciona que algunos de los síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la ERC; por lo cual es importante ejecutar una evaluación integral que no sólo involucre un examen médico, sino también un diagnóstico psicológico a través del cual se aborde esta problemática con el objetivo de brindarle a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento.

Ansiedad

Respecto a la variable de ansiedad, Boté (2009) menciona que la ERC es “una gran desconocida”, incluso entre los pacientes que la padecen, que a menudo no son conscientes de ello. El desconocimiento de una situación en particular, en este caso, de la propia enfermedad pudiese estar relacionada con los altos índices de ansiedad en pacientes con ERC. Diversos son los estudios que han analizado el impacto psicológico que genera esta enfermedad, Calvanese (1961, como se citó en García y Calvanese, 2008) menciona que los problemas conductuales que con mayor frecuencia presentan los pacientes con ERC son: depresión y ansiedad,

Tal como se mencionó, los pacientes con ERC suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como la ansiedad y depresión, la intensidad de dichas reacciones emocionales se relacionan con las habilidades individuales para adaptarse a las condiciones nuevas que traerá consigo la ERC y el tratamiento sustitutivo. (Páez, et al., 2009).

Así, podemos concluir que a partir de la intervención psicoeducativa que recibieron los pacientes, todos disminuyeron sus niveles de ansiedad, con lo cual según la literatura expuesta, esperaríamos que al reducir sus niveles de ansiedad mejorarán sus habilidades para adaptarse a las condiciones nuevas propias de su ERC y tratamiento, lo anterior con base en Sadín y Chorot (1995, como se citó en Páez, et al., 2009) quienes mencionan que la ansiedad funciona como una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante; pudiendo actuar como respuesta adaptada al preparar al organismo para responder a las demandas de su entorno, o bien como respuesta desadaptativa al anticiparse a un peligro irreal.

Sin embargo, cabe resaltar que en el transcurso de la ERC existirán diversas situaciones que los pacientes desconocerán (complicaciones, cambio de tratamiento, etc.), que son independientes del nivel de conocimiento que puedan ya tener sobre la ERC, así dichas situaciones pudiesen llegar a elevar los niveles de ansiedad de los pacientes, por lo cual se sugiere que se realicen entrenamientos en técnicas para reducir los niveles de ansiedad en esta población.

Adherencia terapéutica

El presente trabajo, y la manera en la que se creó y realizó la intervención psicoeducativa, trató de ser congruente con lo que plantea Beto et al. (2016) quien sugiere que los mensajes de educación nutricional tengan cuatro componentes esenciales: realista, positivo, fácil de entender y accionable, así como centrarse en la elección de alimentos en lugar de la eliminación de estos. Por lo anterior, basamos la creación del material psicoeducativo en técnicas de autocontrol (control de estímulos, distracción cognitiva, etc.) en términos realistas, fáciles de entender y accionables (a manera de instrucciones), para de esta forma lograr un mejor apego al tratamiento.

Lo anterior se considera que dio resultado, puesto que en cinco de los seis participantes se observó una reducción en la diferencia de peso pre-post diálisis, lo cual es un indicador de que hubo un cumplimiento en dos aspectos importantes del tratamiento:

1. Restricción en la ingesta de líquidos: ya que, si el paciente bebe más agua de la recomendada por el médico, la diferencia de peso pre-post diálisis sería mayor, tal como lo plantea Jampour, et al. (2018) quien menciona que el incumplimiento a la restricción de líquidos se asocia con un aumento en la retención del agua, lo cual resulta en un aumento de la incapacidad y mortalidad de los pacientes con ERC.
2. Cumplimiento del régimen dietético: si bien son diversos los indicadores dietéticos que han de monitorearse en los pacientes con ERC, se resalta según Beto, et al. (2016) la necesidad de la disminución de sodio, potasio y fósforo durante la etapa o estadio 5 de la enfermedad. La ingesta de sodio está directamente relacionada con el aumento de peso pre-post diálisis en pacientes sometidos a tratamiento de diálisis peritoneal. La retención de líquidos a lo largo del tiempo, en cualquier etapa de la ERC aumenta el riesgo de comorbilidades como: hipertensión no controlada, hipertrofia ventricular izquierda, edema pulmonar y enfermedad vascular (Beto, et al., 2016)

Cabe mencionar que el participante en el cual no se observó una reducción significativa respecto a la diferencia de peso pre-post diálisis, es el mismo en el que se observaron síntomas de depresión.

Así, es importante resaltar lo mencionado por Jampour, et al. (2018) quien sostiene que la adherencia a la dieta y a la restricción de líquidos es actualmente uno de los problemas de salud más importantes que reduce los costos del tratamiento, reduce el riesgo de complicaciones y mejora la calidad de vida de los pacientes con ERC.

De acuerdo a lo anterior, se sabe que uno de los elementos que facilitarían la adherencia es la educación de los pacientes por los profesionales de la salud. La educación es considerada como un importante factor en la promoción del cumplimiento y la reducción o exacerbación de las condiciones de comorbilidad en los pacientes con ERC (Guerra, et al.,2010).

Respecto al apego al régimen dietético, se sugiere para futuras investigaciones que se utilicen estudios de laboratorio donde se midan y evalúen la evolución de los indicadores ya mencionados (sodio, potasio y fósforo).

Cabe mencionar, que en la presente intervención psicoeducativa existió un espacio en donde se le explico al paciente la utilidad e importancia de llevar un registro sobre su consumo de alimentos y líquidos, sin embargo, nos limitamos únicamente a llevar y revisar los registros “en papel”, por ello para futuras investigaciones se recomienda hacer uso de la tecnología tal como lo plantea Beto, et al. (2016) quienes proponen que los registros de estilo de vida se pueden grabar fácilmente en teléfonos celulares. Pidiéndoles a los pacientes que tomen una foto cada vez que comen, por ejemplo, o cada vez que toman un medicamento durante 24 horas o entre sesiones de diálisis, así cada imagen tiene una fecha y hora registradas automáticamente por el dispositivo, lo que facilita su recuperación. El apego a la dieta se mejora mucho porque los alimentos se pueden ver y discutir, también las sesiones de nutrición interactivas se vuelven menos tediosas y más realistas. La información ahora es visual: tamaño del plato, método de preparación de alimentos, lugar donde se consumió la comida y quién preparó la comida, información sumamente valiosa.

Otra recomendación, respecto a la creación de materiales psicoeducativos, surge debido a la observación de una necesidad en esta población. Como se explicó con anterioridad, muchos de los pacientes con ERC padecen de base alguna patología como diabetes e hipertensión y como es bien sabido una de las complicaciones de estas enfermedades es la pérdida de la agudeza visual, por ello uno de los criterios de exclusión en el presente estudio fue que presentasen problemas de visión los cuales les impidiera dar lectura al material psicoeducativo, sin embargo, para poder incluir a estos pacientes en futuras investigaciones se sugiere la realización de material psicoeducativo a través de audios.

Sección B. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

8. Marco teórico

8.1. Psicología de la salud

La psicología es una disciplina como muchas otras, con varios campos de aplicación, entre estos, se encuentra la psicología de la salud (PS). La PS, según Reynoso-Erazo y Seligson (2005) es un campo relativamente nuevo referido a ciertas formas de intervención e investigación en problemas psicofisiológicos y médicos. Resulta complejo proporcionar una definición de la PS; sin embargo, en el presente trabajo nos basaremos en la proporcionada por García-López, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas (2008) los cuales la definen como:

La disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (p.75)

Según Matarazzo (1980, como se citó en García-López et al., 2008), entre las principales actividades de la PS, están: a) la promoción de estilos de vida saludables, b) prevención de enfermedades (modificando hábitos insanos asociados a enfermedades), c) tratamiento de enfermedades específicas (diabetes, cáncer, sida, etc.), en este caso los psicólogos trabajan en conjunto con otros especialistas de la salud en la combinación de los tratamientos médicos con los psicológicos y d) evaluación y mejora del sistema sanitario.

La PS comenzó a crecer a partir de los años ochenta, debido entre otras cosas, a que el modelo biomédico no era suficiente para explicar claramente las conductas de salud y enfermedad, otro aspecto que contribuyó fue la importancia que se le dio a la calidad de vida y a la prevención de enfermedades, y por último, un factor importante para el desarrollo de la PS fue el cambio de las principales causas de mortalidad, pasaron de

ser las enfermedades infecciosas a las crónico-degenerativas a finales del siglo XX (Reynoso-Erazo et al., 2005)

Como podemos darnos cuenta, la PS puede llegar a tener gran impacto en nuestra sociedad, donde las principales causas de muerte están relacionadas con alguna enfermedad crónico-degenerativa, y dichas enfermedades en muchas ocasiones se desarrollan debido a estilos de vida poco saludables (conformados por conductas insanas), es por ello importante y necesario comenzar a aproximarnos a este ámbito, dar respuestas e intervenciones basadas en evidencia que permitan solucionar algunos de los problemas de salud en nuestro país. Sin embargo, para lograr lo anterior debemos en primer lugar, conocer las distintas maneras de aproximarnos a los problemas en el ámbito de salud.

En la actualidad, la Medicina Conductual y la Medicina Psicosomática han quedado integradas en la llamada Psicología de la Salud, aunado a esto, la psicología clínica también buscó la inserción en el campo de la salud.

8.2 Medicina conductual

8.2.1 Antecedentes

En 1977 se llevó a cabo el primer Congreso sobre Medicina Conductual en la universidad de Yale, en donde se reunieron diversos especialistas tanto del área de la salud como las ciencias sociales, con el objetivo de formalizar la creación de la medicina conductual. Un año después (1978) se funda la Academia de Investigación en Medicina Conductual. A partir de entonces, el campo de la medicina conductual empezó a desarrollarse y crecer rápidamente. (Rodríguez, 2010)

Los acontecimientos para referirse a la historia de la medicina conductual (MC) son diversos y varían de acuerdo a los autores que los enuncien; a continuación, basándonos en Rodríguez (2010) en la Tabla 6 se resumen los acontecimientos que proponen dos autores: Blanchard y Agras en el mismo año (1982) respecto los factores que favorecieron el crecimiento de la medicina conductual.

Tabla 6

Acontecimientos históricos y factores que favorecieron el crecimiento de la MC

Blanchard	Agras
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de técnicas efectivas para modificar el comportamiento, las cuales, habían sido utilizadas en enfermos mentales, pero se comenzaban a aplicar a pacientes con otros problemas de salud (obesidad, tabaquismo, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • La medicina psicosomática había generado un cuerpo de investigación donde se vinculaban los factores psicológicos a un número importante de enfermedades
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del campo de la biorretroalimentación, demostrando la posibilidad de efectuar cambios fisiológicos en funciones corporales, abriendo así la posibilidad de realizar intervenciones efectivas para trastornos somáticos (migraña, hipertensión, úlceras, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • El análisis conductual aplicado como área de intervención, había generado procedimientos de tratamiento conductual orientado a una variedad de trastornos físicos
<ul style="list-style-type: none"> • Se dirigió la atención hacia las dos principales causas de mortalidad en adultos, cáncer y enfermedades cardiovasculares, reconociendo la importancia de los cambios en el comportamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Los estudios epidemiológicos habían identificado factores que incrementaban en riesgo asociado con algunas enfermedades
	<ul style="list-style-type: none"> • A consecuencia de los costos que implicaba el tratamiento de las enfermedades, se produjo un interés por la prevención y en particular, en los factores psicológicos y sociológicos involucrados en ello.

Otro aspecto crucial para el desarrollo de la MC fue la transición del modelo biomédico al modelo biopsicosocial; este último fue introducido a México en 1978 por algunas escuelas de medicina, a partir de este momento se esperaban cambios en la forma de atención de los médicos; así el médico puede ser capaz de obtener información valiosa sobre los factores psico-sociales que están relacionados con la enfermedad; sin embargo, los médicos no están entrenados para debatir, confrontar o saber qué hacer con esa información, de esta manera, se puede encontrar una necesidad más de contar con un profesional especializado que sea capaz de trabajar en el área. A continuación, en la Tabla 7 se resumen algunas de las diferencias de cada modelo (Reynoso-Erazo, 2014).

Tabla 7

Comparación entre el modelo biomédico y el biopsicosocial

Modelo biomédico	Modelo biopsicosocial
<ul style="list-style-type: none"> - No se toma en cuenta las emociones, pensamientos ni sentimientos del paciente, respecto a su enfermedad. - Se centra en la enfermedad física. - Búsqueda de signos clínicos. - Demostrar el daño orgánico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Propone incluir en el tratamiento los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. - Distinción entre el proceso patológico (la enfermedad) y la percepción que tienen los pacientes de su sintomatología (el malestar). - El médico debería de buscar información sobre las creencias, pensamientos y sentimientos del paciente respecto a su enfermedad. - La entrevista clínica como pilar importante.

8.2.2 Definición de medicina conductual

La Medicina Conductual (MC) es un campo multidisciplinario que surge como respuesta a los cambios epidemiológicos a nivel mundial, así como a los cambios del modelo tradicional biomédico al modelo biopsicosocial. Diversas son las definiciones sobre lo que es medicina conductual; sin embargo, retomaré una que desde mi punto de vista reúne los puntos principales donde diversas definiciones convergen.

La MC es un campo multidisciplinario que aplica las teorías y métodos conductuales a la prevención y tratamiento de trastornos médicos y psicológicos. Asume un enfoque de desarrollo de la vida a la salud y al cuidado de la salud, trabajando con niños, adolescentes, adultos y ancianos, individualmente y en grupos, así como en las comunidades; por lo que supone que el cambio en los comportamientos y el estilo de vida pueden mejorar la salud, prevenir la enfermedad y reducir los síntomas de la misma (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005, como se citó en Bravo 2014, p.43)

Tal como nos indica la definición de MC, es de suma importancia que podamos abordar: a) los distintos problemas psicológicos que se presenten durante el continuo salud-enfermedad (ansiedad, depresión, incumplimiento terapéutico, etc.), b) los cambios de comportamiento y en el estilo de vida, que los pacientes necesitan modificar.

Por lo anterior, es que el papel del psicólogo se ha ido expandiendo en el ámbito de la salud, identificando que los tratamientos únicamente médicos (farmacológicos) no reditúan los beneficios necesarios hacia nuestra salud, así se vuelve necesario favorecer la adquisición y mantenimiento de conductas saludables (Rodríguez, 2010).

De esta manera, Pomerlau y Brady, (1979 como se citó en Rodríguez, 2010) proponen dos características inherentes a la MC: 1) el uso de técnicas surgidas del análisis experimental de la conducta y 2) una tendencia hacia la investigación, teniendo como soporte metodológico el análisis funcional de las conductas asociadas a las enfermedades y los desórdenes médicos.

Con lo expuesto, hasta el momento podemos ver ya implícito en algunas definiciones y premisas, cuáles serían las funciones de la medicina conductual; sin embargo, resulta importante y pertinente su aclaración.

8.2.3 Funciones, niveles de intervención y ámbitos de aplicación

Consistente con lo anterior, algunas de las funciones del médico conductual son: a) evaluar, diagnosticar e intervenir en los distintos padecimientos psicológicos que se presenten en el continuo salud-enfermedad (ansiedad, depresión, incumplimiento terapéutico); b) hacer uso de las técnicas surgidas del análisis experimental de la conducta, con la finalidad de modificar comportamientos que permitan al paciente prevenir enfermedades, complicaciones y/o comorbilidades, así como mejorar su calidad de vida. También se deben de realizar actividades enfocadas a la adquisición, eliminación y modificación de comportamientos, que incidan en áreas tales como: los cambios en el estilo de vida, atención en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y rehabilitación de pacientes (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005, como se citó en Becerra y Reynoso-Erazo, 2014).

Si nos basamos en la definición ya mencionada de MC, el trabajo de un médico conductual está tanto en pacientes con enfermedades agudas, como con enfermedades crónicas; sin embargo, estas últimas es en donde encontramos mayor número de intervenciones e investigación.

El concepto crónico-degenerativo se divide en dos conceptos; crónico, que actualmente engloba todo significado que se relacione con una larga duración, por lo cual se refiere a enfermedades que tengan un carácter permanente. El segundo concepto es el degenerativo, derivado de degenerar (Castañeda, 2006, como se citó en Bravo, 2014). Podemos concluir a grandes rasgos, que se trata de una enfermedad permanente, sin cura y degenerativa, la cual causa, entre otras cosas, un deterioro físico.

Algunos ejemplos de enfermedades crónicas son: diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad renal, por mencionar sólo algunas. Dichas enfermedades se desarrollarán en cada individuo de forma distinta debido a: características propias del individuo (edad, sexo, et.), propias de la enfermedad y/o del tratamiento que se recomiende.

Independientemente de la enfermedad (crónica) que se padezca existen algunos elementos en común, como el deterioro en la calidad de vida y que no importando cual sea la enfermedad, todas ellas requieren de modificación en el estilo de vida.

Así podemos decir que los niveles de intervención de la MC son de gran alcance, ya que pueden abarcar todo el continuo salud-enfermedad, desde la prevención de enfermedades, hasta la etapa terminal de algún padecimiento; ya que en cada etapa que se pasará, los pacientes tendrán que hacer evidentemente una serie de cambios relacionadas a su estilo de vida. A continuación, en la Tabla 8 se describen y resumen las diferentes etapas de atención médica mencionadas por Bravo (2014), así como algunas de las problemáticas que se pudiesen llegar a presentar y algunas funciones a realizarse durante dicha etapa, recordando que las intervenciones se realizan a través de técnicas conductuales o cognitivo-conductuales.

Tabla 8

Etapas de atención médica y algunas de las funciones del médico conductual

Etapas de atención médica	Características	Funciones del médico conductual
Pre-diagnóstico	-Se caracteriza por preocupación por los síntomas y conductas de retraso a la exploración o evitativas.	-Sensibilizar al paciente y a sus familiares sobre la importancia de realizar los estudios y disminuir las conductas de evitación. -Identificación y valoración de creencias sobre la enfermedad.
Diagnóstico	-Es una fase crítica, fuente de estrés para el paciente y familiares. -Sentimientos de incertidumbre, sometimiento a estudios confirmatorios y espera de resultados. -Aparece terminología médica y la comunicación puede distorsionarse. -La comunicación de un diagnóstico puede favorecer la aparición de distintas reacciones emocionales.	-Realizar una valoración del estado psicológico posterior a la emisión del diagnóstico. -Psicoeducar sobre el padecimiento. -Facilitar información sobre fuentes y recursos de apoyo. -Evaluar que no presente datos de mortalidad.
Tratamiento	-Enfermedad aguda: existe seguridad debido a que se están realizando las acciones necesarias para recuperar la salud. -Enfermedad crónica: suele generar estrés, pues implica cambios permanentes en el estilo de vida del paciente, pero también de los familiares.	-Evaluar e intervenir en los reajustes emocionales derivados del diagnóstico y tratamiento. -Trabajar la posible reintegración a la vida cotidiana y los problemas de adaptación a las nuevas condiciones. -Favorecer la adherencia terapéutica.
Rehabilitación o Remisión	-Se refiere a la disminución de la intensidad de los síntomas, se considera que la enfermedad está en control. -Incertidumbre acerca de las posibles recaídas.	-Se busca que la persona se incorpore de manera total a sus actividades. -Favorecer la adherencia terapéutica. -Entrenar en habilidades de enfrentamiento que permitan la reincorporación a las diversas áreas de la vida.
Enfermedad terminal	-Se asume que la muerte esta próxima, ya que existe un deterioro en diversas funciones vitales. -El paciente se vuelve dependiente de su cuidador primario.	-Intervenciones orientadas a facilitar la despedida, toma de decisiones y ayuda; tanto al paciente como a sus familiares, para enfrentar la muerte de manera adaptativa.

Al respecto de los lugares de intervención, en la actualidad podemos mencionar que los principales ámbitos de actuación son hospitales; ya sean públicos o privados, así como en consultorios privados; sin embargo, no suelen ser los únicos, pudiendo presentarse en clínicas familiares, centros educativos, etc., en cualquier lugar donde exista población con factores de riesgo y que necesiten modificar su estilo de vida con la finalidad de prevenir la aparición de enfermedades, complicaciones, comorbilidades o mejorar la calidad de vida.

8.3 Descripción de la sede

8.3.1 Ubicación y servicios médicos del Hospital General de Atizapán

Una de las sedes donde se encuentran los residentes de medicina conductual, es en el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón” el cual brinda atención de segundo nivel, y se encuentra situado en Blvd. Adolfo López Mateos esq. Montesol sin número, perteneciente al municipio de Atizapán de Zaragoza, Estado de México.

La atención que se brinda en el hospital se encuentra dividida en diversos servicios: medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría, neonatología y cirugía general. Estos servicios se encuentran subdividido y cuentan con áreas, tal como se describe a continuación:

- Medicina interna, cuenta con área de urgencias y terapia intensiva, trabajando en colaboración con las disciplinas de nutrición y psicología, entre otras.
- Cirugía general, cuenta con el área de anestesiología y quirófanos
- Ginecología y obstetricia, cuenta con el área de labor y expulsión

Por otra parte, la atención que se brinda en consulta externa, se encuentra formada por las siguientes especialidades: pediatría, cirugía general, medicina interna, cirugía maxilofacial, odontología, planificación familiar, gineco-ostetricia, oftalmología, otorrinolaringología, urología, clínica de síndrome metabólico, nutrición, cuidados paliativos, psiquiatría, psicología con especialidad en salud y mujer, tanatología, psicología clínica y medicina conductual.

8.3.2 Ubicación del residente en la sede

El residente de Medicina Conductual se encuentra adscrito al servicio de medicina interna, en el piso de hospitalización. El servicio de medicina interna y por consecuencia el de medicina conductual, se encuentran a cargo de la Dra. María Antonieta Calderón Márquez, quien tiene el cargo de Jefatura de medicina interna, por ello es quien principalmente revisa y aprueba la implementación del protocolo de investigación que realice el residente de medicina conductual.

Como supervisora in situ o jefe inmediato del residente de medicina conductual, se encuentra la licenciada en psicología Arelí Fernández Uribe, quien lleva a cabo la supervisión dentro del hospital respecto al trabajo que se realiza con los pacientes, también es la encargada de planificar y organizar a los residentes de medicina conductual para la atención de interconsultas, solicitadas por otros servicios como: ginecología, pediatría, anestesiología, etc.

Como se explicó, el área de urgencias y terapia intensiva pertenecen al servicio de medicina interna, sin embargo, la mayor parte de atención por parte del residente de medicina conductual se brinda en el piso de hospitalización.

El piso de hospitalización cuenta con 36 camas, de las cuales las últimas 6 camas se encuentran aisladas, ya que pertenecen a la unidad de diálisis, la cual también forma parte del servicio de medicina interna, y donde el residente de medicina conductual brinda también atención. La línea de jerarquía y orden dentro del servicio, es la siguiente:

1. Dra. María Antonieta Calderón, Jefa del servicio medicina interna
2. Médicos adscritos
3. Médicos residentes (residentes de primer año, residentes de segundo año, residentes de tercer año y residentes de cuarto año). Ubicándose también aquí el residente en medicina conductual (residente de primer año y residente de segundo año)
4. Médicos Internos

8.3.3 Funciones y actividades del residente de medicina conductual

Una vez descrita la ubicación del residente de medicina conductual, dentro del hospital, enunciaremos algunas de las actividades que en general suele realizar durante su residencia:

- Pase de visita: es una actividad que se realiza todos los días por la mañana en un horario entre 7 a 9 am, consiste en que los médicos adscritos y residentes pasan cama por cama, a valorar a cada paciente que se encuentra hospitalizado, el residente de medicina conductual esta también presente con la finalidad de detectar posibles motivos de consulta que requieran atención; también los médicos suelen referir desde este pase casos que ellos consideren necesitan el apoyo del servicio de medicina conductual, los casos que con mayor frecuencia refieren son relacionados al incumplimiento terapéutico, depresión y ansiedad.
- Atención a pacientes en el área de hospitalización: una vez recibida la referencia por parte del médico o después de haber detectado algún motivo de consulta durante el pase, el residente de medicina conductual procede a brindar el servicio al paciente o familiar; diversas son las problemáticas que se suelen atender, sin embargo, entre las más comunes se encuentran la sintomatología de ansiedad o depresión, el incumplimiento terapéutico, así como los déficit de información en los pacientes y/o familiares. Como se mencionó existen 36 camas en el servicio de medicina interna y regularmente para dar atención a estas camas, se cuenta con la presencia de dos residentes de medicina conductual, es decir cada residente esta a cargo de un aproximado de 18 camas.
- Valoración psicológica para ingreso a la unidad de diálisis: otra actividad de suma importancia que tiene el residente de medicina conductual en esta sede, es realizar la valoración psicológica de los pacientes que esperan ingresar a la unidad de diálisis, todo paciente con ERC debe contar con dicha valoración. Por lo anterior, algunos casos son referidos por el personal médico, pero la mayoría ya son captados desde su ingreso por el residente. La valoración de ingreso a diálisis tiene como objetivo determinar los factores (sobre todo psicológicos y sociales)

que porbabilicen o dificulten la adherencia del paciente al tratamiento de diálisis peritoneal programada, algunos de los aspectos que se evalúan se enumeran a continuación:

1. Redes de apoyo social con las que cuenta el paciente: para ingresar a la unidad de diálisis es necesario contar con algún familiar quien será responsable de traer al paciente a dicha unidad aproximadamente una vez por semana. También dentro de este aspecto se evalúan el apoyo instrumental, emocional y económico. Lo anterior es importante debido a que se programa el día que los pacientes asistirán para así poder brindar un mejor servicio, sin embargo, si el paciente no asiste por cuestiones económicas (no tener para sustentar los traslados) o porque no cuente con alguien que lo pueda acompañar, ese lugar se ve “perdido”.
2. Condiciones de vivienda: la incisión que se realiza para colocar el catéter, es una cavidad expuesta, que si no se cuenta con las condiciones de infraestructura e higiene necesaria, podría entonces aumentar su probabilidad de infecciones en dicha área, por ejemplo, si la casa aún no cuenta con pavimento o piso firme, la tierra y el polvo podrían provocar alguna infección, así como la convivencia con animales.
3. Adherencia a tratamientos previos: el conocer y evaluar que tan adherente ha sido el paciente a tratamientos previos puede ser un indicador que porbabilice o no, la adherencia al tratamiento de diálisis.
4. Evaluación de patologías psicológicas: principalmente se averigua si el paciente cuenta con sintomatología ansiosa o depresiva, ya que como se ha revisado en capítulos anteriores de este trabajo, la ansiedad y la depresión están relacionadas con la no adherencia y el abandono del tratamiento. Así, la no adherencia a su vez esta relacionada con mayores complicaciones y riesgo de mortalidad.

Al finalizar la valoración, el residente de medicina conductual elabora una “nota de valoración” donde resume y describe los aspectos más relevantes que justificaran su

conclusión, en la cual tendrá que mencionar si en paciente cuanto o no con los criterios mínimos necesarios para ser aceptado en la unidad de diálisis.

- Atención de interconsultas: a pesar de que el área de hospitalización es el principal lugar donde se ubica el residente de medicina conductual, también se atienden solicitudes que realizan los demás servicios y/o áreas como urgencias, pediatría y cirugía. Las cuales se van atendiendo en orden de urgencia.
- Supervisión académica: esta es una actividad que se realiza regularmente todos los viernes en un horario de 12 a 14 hrs, la cual consiste en la revisión de algunos casos atendidos en la semana, también se realizan sesiones bibliográficas, donde se discuten algunos artículos relacionados con la práctica, así como con nuestro protocolo de investigación. Finalmente, en ocasiones se llegan a revisar algunos de los trabajos realizados durante la residencia con el objetivo de presentarlos en congresos o su publicación.
- Consulta externa: esta actividad consiste en brindar atención a pacientes ya sean referidos por otras instituciones o servicios, o bien que se encuentren en seguimiento a alguna intervención realizada durante su hospitalización en medicina interna, dicha actividad se lleva a cabo los días jueves en un horario de 8 a 14 hrs.

8.3.4 Estadísticas de los pacientes atendidos

Como parte de la residencia y al ser una maestría profesionalizante, se cuenta con aproximadamente 2,400 hrs de prácticas, donde se brindó atención formal a partir de enero del 2018 hasta junio 2019. Por lo anterior, se muestran a continuación algunas estadísticas, respecto a los pacientes atendidos. Dividiremos en dos periodos, dependiendo el año; el primer periodo abarca de enero 2018 a diciembre del mismo año y el segundo periodo abarca de enero 2019 a junio del mismo año.

Estadísticas primer periodo de enero a diciembre 2018.

En la Tabla 9 se muestra el total de pacientes atendidos (478) en el periodo de enero a diciembre del 2018, divididos por sexo (hombre/mujer).

Tabla 9

Pacientes atendidos de enero a diciembre del 2018

Sexo	Total
Mujer	289
Hombre	189
Total	478

En la Tabla 10 se muestran los pacientes atendidos durante el periodo de enero a diciembre del 2018, divididos por tipo de consulta (primera vez o subsecuente)

Tabla 10

Pacientes atendidos, divididos por tipo de consulta

Tipo de consulta	Total
Primera vez	375
Subsecuente	103
Total	478

A continuación, en la Tabla 11 se ilustran los pacientes atendido durante el primer periodo, divididos conforme a su diagnóstico médico.

Tabla 11

Pacientes atendidos durante el primer periodo, dividido por diagnóstico médico

Diagnóstico Médico	Total
Anemia	2
Artritis Reumatoide	2
Colon Irritable	2
Crisis Asmática	5
Crisis Convulsivas	4
Crisis Hipertensiva	1
Curaciones de Quemaduras	3
Diabetes Mellitus 1	15
Diabetes Mellitus 2	123
Encefalopatía	9
Enfermedad de Parkinson	1
Enfermedad Multiinfarto	3
Enfermedad Renal Crónica	126
Epilepsia	2
EPOC	17
EVC Isquémico	7
Fibrilación Auricular	2
Gesta 4	1
Hipertensión Arterial Sistémica	26
Hemorragia de tubo digestivo alto	5
Hepatitis	1
Hiponatremia	2
Infarto Agudo a Miocardio	8
Infección Urinaria	2
Insuficiencia Cardíaca	26
Insuficiencia Hepática	26
Insuficiencia Respiratoria	1
Intento Suicida	17
Intoxicación Alcohólica	1
Intoxicación por solventes	3
Lipoma	1
Menopausia	2
Multinfarto	1
Neumonía	27
Sangrado de tubo digestivo	23
Sin Diagnóstico	2
Supresión Etílica	4
Traumatismo Craneoencefálico	1
VIH	19

En la Tabla 12 se observan los principales problemas psicológicos de los pacientes atendidos durante el primer periodo.

Tabla 12

Problemas psicológicos de los pacientes atendidos durante el primer periodo

Problemas Psicológicos	Total
Ansiedad	14
Aplazado	2
Depresión	35
Incumplimiento terapéutico	265
No valorable debido a condición médica	15
Problemas de relación	27
Problemas en la interacción médico – paciente	12
Problemas relacionados con el grupo de apoyo	67
Sin trastorno psicológico (sustituye a: En adaptación a enfermedad, incluye las distintas fases de la misma)	1
Sin trastorno psicológico aparente	33
Síntomas de Ansiedad	2
Síntomas de depresión (ante estancia hospitalaria, comunicación de malas noticias, etc.)	1
Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad	3
Trastorno de personalidad Límite	1
Total	478

Finalmente, respecto al primer periodo, se muestran en la Tabla 13 las técnicas psicológicas que se utilizaron, así como el número de pacientes en los que se hizo uso de dicha técnica.

Tabla 13

Técnicas psicológicas aplicadas en los pacientes atendidos

Técnica Psicológica	Total
Activación Conductual	5
Asertividad	2
Autocontrol	22
Detención de pensamiento	2
Distracción cognitiva	6
Distracción instrumental	1
Imaginería Guiada	1
Información	20
Monitoreo	1
Orientación	32
Primeros Auxilios Psicológicos	2
Psicoeducación	276
Respiración	4
Respiración pasiva	4
Solución de problemas	100

Estadísticas correspondientes al segundo periodo de enero a junio 2019

En la Tabla 14, se muestra el total de pacientes atendidos, durante el periodo de enero a junio 2019, divididos por sexo (hombre/mujer)

Tabla 14

Pacientes atendidos de enero a junio 2019

Sexo	Total
Mujer	157
Hombre	127
Total	284

En la Tabla 15 se muestran los pacientes atendidos durante el segundo periodo, divididos por tipo de consulta (primera vez o subsecuente).

Tabla 15

Pacientes atendidos durante el segundo periodo, dividido por tipo de consulta

Tipo de consulta	Total
Primera vez	192
Subsecuente	92

A continuación, en la Tabla 16 se ilustran los pacientes atendido durante el segundo periodo, divididos conforme a su diagnóstico médico.

Tabla 16

Diagnóstico médico de los pacientes atendidos durante el segundo periodo

Diagnóstico Médico	Total
Anemia	1
Artritis Reumatoide	1
Colon Irritable	2
Crisis Asmática	3
Crisis Convulsivas	2
Crisis de ansiedad	1
Curaciones de Quemadura	3
Diabetes Mellitus 1	11
Diabetes Mellitus 2	71
Encefalopatía	6
Enfermedad de Parkinson	1
Enfermedad Multiinfarto	1
Enfermedad Renal Crónica	54
EPOC	10
EVC Isquémico	4
Gesta 4	1
Hipertensión Arterial Sistémica	14
Hemorragia de Tubo Digestivo Alto	4
Hepatitis	1
Infarto Agudo a Miocardio	7
Infección Urinaria	2
Insuficiencia Cardíaca	15
Insuficiencia Hepática	12
Intento Suicida	11
Intoxicación Alcohólica	1
Lipoma	1
Neumonía	11
Sangrado de Tubo Digestivo	15
Sin Diagnóstico	3
Supresión Etílica	2
Traumatismo Craneoencefálico	1
VIH	12

En la Tabla 17 se observan los principales problemas psicológicos de los pacientes atendidos durante el primer periodo.

Tabla 17

Problemas psicológicos de los pacientes atendidos durante el segundo periodo

Problemas Psicológicos	Total
Ansiedad	16
Depresión	22
Incumplimiento terapéutico	149
No valorable debido a condición médica	9
Problemas de relación	14
Problemas en la interacción médico – paciente	8
Problemas relacionados con el grupo de apoyo	35
Sin trastorno psicológico aparente	23
Síntomas de Ansiedad	2
Síntomas de depresión (ante estancia hospitalaria, comunicación de malas noticias, etc.)	1
Trastorno Adaptativo	1
Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad	3
Trastorno de personalidad Límite	1

Finalmente, respecto al segundo periodo, se muestran en la Tabla 18 las técnicas psicológicas que se utilizaron para la atención, así como el número de pacientes en los que se hizo uso de dicha técnica.

Tabla 18

Técnicas psicológicas aplicadas en los pacientes atendidos

Técnica Psicológica	Total
Activación conductual	5
Asertividad	2
Autocontrol	23
Detención de pensamiento	4
Distracción cognitiva	5
Distracción instrumental	1
Imaginería Guiada	1
Información	13
Intervención en crisis	2
Orientación	13
Psicoeducación	145
Respiración	4
Respiración pasiva	5
Solución de problemas	61

8.4 Valoración del servicio

El servicio de medicina interna del Hospital General de Atizapán cuenta con grandes cualidades benéficas para el residente de medicina conductual, entre las cuales destacan las siguientes:

1. Existe un conocimiento por parte del personal médico de cuáles son las funciones y actividades del residente de medicina conductual dentro del hospital.
2. Existe una comunicación favorable entre los médicos adscritos, residentes médicos y los residentes de medicina conductual, manteniendo siempre dicha comunicación bidireccional con el objetivo de brindar una mejor atención al paciente.
3. El residente de medicina conductual, al pertenecer al servicio de medicina interna, puede entonces hacer interconsultas a otros servicios como nutrición, rehabilitación y psiquiatría.
4. Se cuenta con constante flujo de pacientes, puesto que diversos servicios y áreas del hospital ya conocen la manera de trabajar del residente en medicina conductual, se reciben diversas interconsultas de los distintos servicios, lo cual aumenta la práctica y nivel de conocimiento del residente respecto a diversas patologías y no solo las pertenecientes a medicina interna.
5. Se cuenta con constante supervisión tanto in situ, como académica. Lo cual conlleva que el quehacer diario sea más sistemático y organizado.

8.5 Habilidades y competencias adquiridas

De acuerdo con las habilidades y competencias que se establecen en el programa de Maestría y Doctorado en Psicología por parte de la UNAM, considero que durante mi residencia pude alcanzar los siguientes:

- Realizar la evaluación conductual de los pacientes, así como su diagnóstico psicológico

- Realizar entrevistas clínicas con familiares y pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en ambientes hospitalarios
- Diagnosticar e intervenir en problemáticas psicológicas presentadas en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, entre las más comunes: ansiedad, depresión e incumplimiento terapéutico
- Conocer e implementar técnicas y estrategias de acuerdo a las diversas etapas de la enfermedad en las que se pueda encontrar un paciente
- Practicar y lograr adaptar las técnicas y estrategias que pertenecen al enfoque cognitivo conductual a un ambiente hospitalario
- Identificar los criterios necesarios para poder referir a los pacientes a otros servicios de especialización, por ejemplo, a psiquiatría
- Redacción de documentos y notas que cumplan con las normativas oficiales del sistema de salud

8.6 Sugerencias y comentarios

La sede descrita con anterioridad, permite al residente poder desarrollar las habilidades y competencias planteadas por el Programa de Maestría y Doctorado de la UNAM. Aunado a esto las clases con las que se cuentan, así como las horas de práctica y la supervisión (tanto in situ como académica) brindan el soporte necesario para que el alumno desarrolle las habilidades y competencias necesarias y que den respuesta a las necesidades de nuestro país.

Como sugerencia, se plantea la necesidad de poder tomar clases con los residentes de medicina interna, con la finalidad de conocer mejor algunas de las generalidades de las enfermedades que tienen nuestros pacientes, así mismo durante mi estancia de residencia se perdió una actividad muy valiosa, que eran las clases que anteriores residentes de medicina conductual tenían con el adscrito de psiquiatría, sin embargo, debido a que el médico adscrito renunció, las clases se suspendieron.

Referencias.

- Albarrán, A. & Macias, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara. *Investigación en Salud*, 9(2), 118-124.
- Atri, A. & Sharma, M. (2007). Psychoeducation: Implications for the Profession of Health Education. *Californian Journal of Health Promotion*, 5(4), 32-39.
- Beto, J., Schury, K. & Bansal, V. (2016). Strategies to promote adherence to nutritional advice in patients with chronic kidney disease: a narrative review and commentary. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 9, 21-33.
- Boté, C. (2009). Intervención educativa sobre la enfermedad renal crónica en atención primaria. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 12(4), 250-254.
- Bravo, M.C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En L. Reynoso & A.L. Becerra (Coords.), *Medicina conductual: Teoría y Práctica* (pp.43-64). México: Qartuppi.
- Bulacio, J., Vieyra, M., Alvarez, D. y Benatuil, D. (2004). *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Burgos, E., Méendez, M. A., Meza, E., Agramón, K.G., Pereyra, M.C. y Martínez, N.L.(2011). Impacto de una intervención dirigida a incrementar el conocimiento de la enfermedad renal sobre el inicio oportuno de la terapia sustitutiva. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14(4), 236-241.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5), 147-165.

- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gutiérrez, C. & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487-499.
- Flores, J., Alvo, M., Borja, H., Morales, J., Vega, J., Zuñiga, C., Müller, H. & Münzenmayer, J. (2009). Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Revista Médica de Chile*, 137, 137-177.
- Guerra, V., Díaz, A. & Vidal, K. (2010). La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 52-62.
- Guía de Práctica Clínica (2009) Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana, México, Secretaria de Salud.
- Ibañez, C. (2007). Un análisis crítico del modelo del triángulo pedagógico. Una propuesta alternativa. *Revista Mexicana de Investigación educativa*, 12(32), 435-456.
- Jampour, L., Dehzad, S., Eftekhari, M. & Akbarzadeh, M. (2018). The Evaluation of Adherence to Dietary and Liquid Intake Recommendations in Hemodialysis Patients. *International Journal of Nutrition Sciences*, 3(2), 92-98.
- Jha, V., García-García, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., Saran, R., Wang, A. & Yang, C. (2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet*, 382(988), 260-272.
- Levey, A.S. & Coresh, J. (2012). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 379(9811), 165-180.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Sitio Web en Internet. Recuperado de: <http://www.amro.who.int/common/Display.asp?Lang=S&RecID=8062>.
- Páez-Barreto, J., Barreto, M., Qureshi, A., Bregman, R., Faria, V., Carrero, J. & Avesani, C. (2013). Can Renal Nutrition Education Improve Adherence to a Low-Protein Diet in Patients With Stages 3 to 5 Chronic Kidney Disease?. *Journal of Renal Nutrition*, 23(3), 164-171.

- Reynoso-Erazo, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso & A. L. Becerra (Coords.), *Medicina conductual: Teoría y Práctica* (pp.11-26). México: Qartuppi.
- Reynoso-Erazo, L. & Becerra, A. L. (2014). Efectos del comportamiento terapéutico e interacción con el paciente. En L. Reynoso & A. L. Becerra (Coords.), *Medicina conductual: Teoría y Práctica* (pp.65-82). México: Qartuppi.
- Reynoso-Erazo, L.& Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno (ISBN:970-729-097-8)
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), pp.5-12.
- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3, 10-59.
- Torres-Toledano, M., Granados-García, V. & López-Ocaña (2017). Carga de la enfermedad renal crónica en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 118-123.
- U.S National Kidney and Urologic Diseases, National Institutes of Health. (2009). (NIH Publication No. 09-3195S).Recuperado de:<http://kidney.niddk.nih.gov/Spanish/pubs/yourkidneys/>
- Villegas-Alzate, J., Vera-Henao, S., Jaramillo-Monsalve, M., Jaramillo, L., Martínez-Sánchez, L., Martínez-Domínguez, G. & Villegas-Gutierrez, I. (2016). El abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal: una alarma en salud pública. *Comunidad y Salud*, 14(2), 42-49.
- Weingarten, S., Henning, J., Badamgarav, E., Knight, K., Hasselblad, V., Gano, A. & Ofman, J. (2002). Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports. *The BMJ*, 325. Recuperado de <https://www.bmj.com/content/325/7370/925.full>

Anexos

Carta descriptiva sesión 1.

TEMA: El funcionamiento de los riñones y generalidades de la ERC (definición, causas, síntomas)

Duración: 1 hr

Contenidos:

- 1. Funcionamiento de los riñones
 - 1.1. Limpieza de la sangre
 - 1.2. Producción de glóbulos rojos
 - 1.3. Mantener huesos fuertes (absorción del calcio)
- 2. Generalidades de ERC
 - 2.1 Definición
 - 2.2 Causas
 - 2.3 Síntomas

Buenas tardes, comenzaremos con nuestra primera sesión de nuestro curso de psicoeducación basado en autocontrol, el cual tiene como objetivo poder proporcionarle información, así como algunas estrategias que les ayuden en primer lugar a comprender lo que es la enfermedad renal crónica (ERC) y posteriormente a mejorar su apego al tratamiento, con apego nos referimos a que podamos llevar a cabo las recomendaciones médicas y de esta manera poder sentirnos mejor y evitar complicaciones. Todas las enfermedades crónicas requieren un cambio en el estilo de vida debido a que crónico significa que no tiene cura, que es una enfermedad con la que tenemos que vivir.

Por el momento en esta primera sesión le hablaré principalmente de dos cosas: del funcionamiento de los riñones y de algunas generalidades de la ERC: definición causas y síntomas, a lo largo de la sesión puede realizar las preguntas que guste.

Todas las personas nacemos con dos riñones, que son dos órganos con forma de frijol, del tamaño de nuestro puño. Tienen diversas funciones, la más importante del es mantener limpia nuestra sangre.

Este es una imagen de nuestros riñones (ver material) , como puede ver los riñones están conectados con la vejiga. Cuando una persona bebe un vaso con agua de limón, lo traga, pasa por su esófago, su estómago, y llega por fin a la sangre. El riñón es como un policía que se dedica a revisar si la sangre está limpia. Volviendo al ejemplo, si el riñón detecta que de ese vaso con agua de limón hay alguna sustancia que no nos sirve, entonces la manda a la vejiga para que salga de nuestro organismo a través de la orina y así mantiene nuestra sangre limpia.

Todos los alimentos que nos comemos tienen sustancias que no necesitamos, y el riñón no descansa, trabaja de día y de noche. Si nos comemos un bistec, también limpia lo tóxico, y lo manda a la vejiga. El riñón también limpia las sustancias que producen los músculos, por ejemplo, cuando ustedes caminan mucho, les pueden doler las piernas, eso es porque en el músculo se acumulan ciertas sustancias, y el riñón limpia esas sustancias de los músculos.

Hasta el momento hemos visto la función principal que realiza el riñón, sin embargo, no es lo único que hace. El riñón también ayuda a que se produzca unas sustancias que están en la sangre que se llaman glóbulos rojos. Seguramente ha escuchado sobre los glóbulos rojos, que son una parte muy importante en nuestra sangre, debido a que las células de la sangre son imprescindibles para lograr que todas las demás células y tejidos estén previstas de nutrientes y oxígeno que les permitan subsistir, gracias a la sangre, se transportan todos los elementos necesarios para que las células se oxigenen, se nutran, eliminan todos los tóxicos y todos nuestros órganos y tejidos funcionen correctamente. En especial la función de los glóbulos rojos es transportar oxígeno a los diferentes tejidos del organismo y son los encargados de dar el color rojo a la sangre.

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

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

Como seguramente ha escuchado ahora hay mucha promoción hacia la donación de riñones, esto es porque cuando una persona tiene sus dos riñones sanos, puede donar uno y vivir bien sólo con un riñón. Sin embargo, cuando un paciente llega aquí es porque tiene dañados los dos riñones, si sólo hubiese daño en uno, no tendría muchos síntomas. Los riñones van perdiendo su función de manera progresiva, por ello, en ocasiones los pacientes pueden no sentir síntomas hasta que la enfermedad está ya muy avanzada.

Es así que podemos definir la ERC como una enfermedad que se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal que tiene como consecuencia que el riñón pierde la capacidad de producir orina, y a su vez de eliminar las toxinas de la sangre, entre otras funciones que son necesarias para la vida.

Algunas de las causas por las cuales podemos llegar a desarrollar esta enfermedad son principalmente la diabetes e hipertensión mal cuidadas, pues las altas y bajas de azúcar, las altas y bajas de presión arterial dañan al riñón poco a poco, sin embargo, existen otras causas que podremos leer al finalizar esta sesión en el tríptico que le entregaré.

Como se le comentaba, los riñones se van perdiendo su función progresivamente y aunque cada cuerpo es diferente, se suelen experimentar una serie de síntomas y no necesariamente se tienen que sentir todos estos para que el médico emita el diagnóstico de ERC, debido a que el riñón que al principio funcionaba un 100% empieza a funcionar el 80%, el 60% el 40% hasta que llega a menos del 30% y es cuando el paciente presenta mayor número de síntomas, porque cuando el riñón está dañado y funciona más de la mitad, el paciente no se siente “tan mal” sin embargo, cuando funciona menos del 30% empieza a sentir algunos de los siguientes síntomas: náuseas, pérdida de apetito,

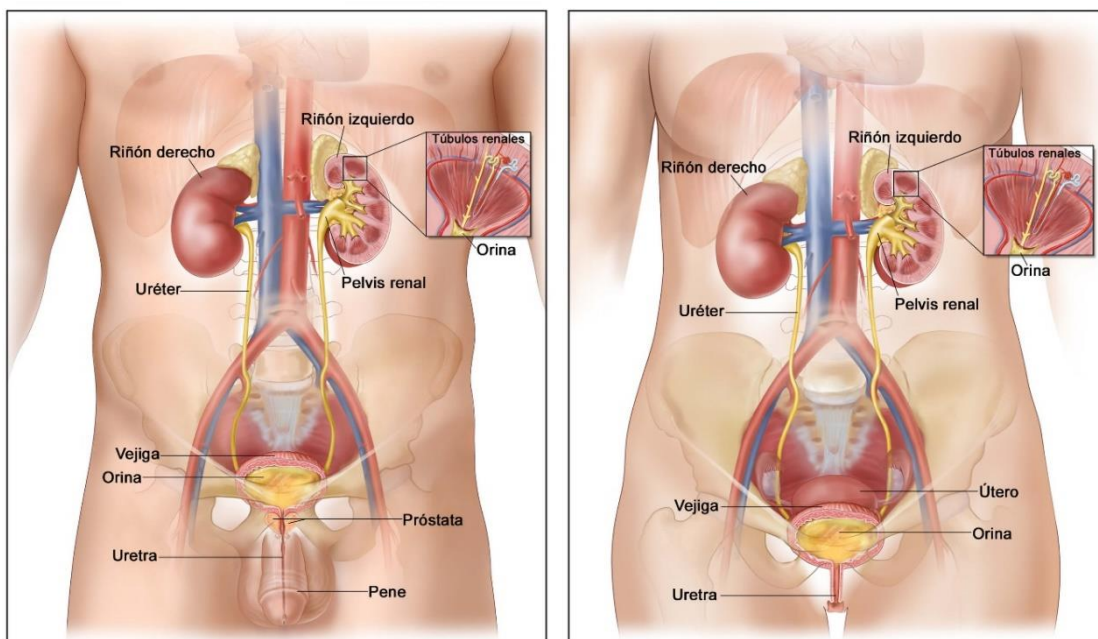
pérdida de peso, vómito, diarrea, dolor de cabeza, hinchazón en pies, tobillos, piernas, rodillas y cara (generalmente la hinchazón comienza de pies hacia arriba) cansancio, duermen mucho o presentan problemas para conciliar el sueño (insomnio), se fatigan pronto, entumecimiento o dolores musculares y cambios en el color de su piel (se presenta un tono amarillo). Todos estos síntomas tienen que ver con la falla renal.

A continuación, le explicaré y leeré el tríptico que tengo en mis manos el cual resume todo lo que hemos visto en esta sesión.

También si pudiera por favor realizar en una hoja un breve resumen con sus propias palabras acerca de la función de los riñones, de que es la ERC, alguna de sus causas y síntomas, si le costase trabajo escribir lo podemos hacer verbalmente, lo puedo escuchar en cuanto esté usted listo.

Les obsequiaré material sesión por sesión de lo que trabajamos, para que usted y su familia lo puedan consultar cuando lo necesiten.

Material sesión 1.



© 2010 Terese Winslow
U.S. Govt. has certain rights



Diálisis Peritoneal

La diálisis peritoneal (DP) retira el desecho y el líquido excedente a través de los vasos sanguíneos que cubren las paredes de su abdomen. Una membrana llamada peritoneo cubre las paredes de su abdomen.

La DP implica colocar un suave tubo (catéter) en su cavidad abdominal y llenarla de líquido limpiador (solución de diálisis). Esta solución contiene un tipo de azúcar que saca el desecho y el líquido excedente. El desecho y el líquido pasan por sus vasos sanguíneos a través del peritoneo hasta la solución. Luego de un periodo de tiempo determinado, la solución y el desecho se drenan y se descartan.

El proceso de llenar y drenar su abdomen se conoce como intercambio o recambio. El periodo de tiempo que el líquido limpiador permanece en su cuerpo se llama tiempo de permanencia.

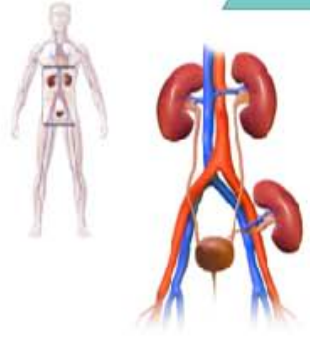
Elaboró
Lic. Psic. Damaris Morales Torres
Supervisión
Mtro. Leonardo Reynoso Erazo
Correo: medicinaconductualiztacala@gmail.com

Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores de Izacala
Residencia en Medicina Conductual

¿Qué es la Enfermedad Renal Crónica?

Es una enfermedad que se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal que tiene como consecuencia que el riñón pierde la capacidad de producir orina y a su vez de eliminar las toxinas de la sangre, entre otras funciones que son necesarias para la vida.



Funciones del riñón

Las funciones propias del riñón son alteradas en la insuficiencia renal, estas son:

- Eliminación de toxinas.
- Funciones endocrinas, como la producción de la eritropoyetina necesaria para la producción de glóbulos rojos de la sangre, y evitar la anemia.
- Regulación en el metabolismo del calcio (esencial para la función adecuada de los huesos)

Causas que pueden provocar la ERC

- Infecciones ya sea de la vía urinaria del riñón o sistémicas que afecten al riñón
- Medicamentos que afecten al riñón
- Traumatismos, tumores
- Enfermedades renales adquiridas o hereditarias (por ejemplo glomerulonefritis o poliquistosis renal)
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Aterosclerosis (depósito de materias grasas, como el colesterol, en el interior de las arterias, en más del 15%)
- Enfermedades hereditarias sistémicas con afectación renal
- Cálculos de la vía urinaria

Algunos síntomas

- Retención de líquidos
- Cansancio
- Náuseas
- Vómitos
- Pérdida del apetito
- Pérdida de peso
- Entumecimiento o dolores musculares en brazos y/o piernas
- Anemia y desnutrición
- **Osteodistrofia**, (descalcificación y fragilidad de los huesos)
- Molestias estomacales (gastritis)

Puede ser una enfermedad que no presenta síntomas en sus etapas iniciales, siendo diagnosticada ya en etapas muy avanzadas. Generalmente se desarrolla lentamente, presentando una evolución de años, hasta llegar a un estado irreversible, en el cual se necesita un tratamiento sustitutivo renal, **su tratamiento no se puede vivir**. Estos tratamientos son: hemodiálisis, diálisis peritoneal, y trasplante renal.

¡Pregunte a su médico por el tratamiento indicado para usted!

CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN 2.

TEMA: Tratamientos para la ERC (trasplante, hemodiálisis y diálisis), algunas complicaciones y Alimentación en pacientes con enfermedad renal

Duración: 1: 30 hr

Contenidos:

- 1. Funcionamiento de los riñones
 - 1.2. Limpieza de la sangre
 - 1.4 Producción de glóbulos rojos
 - 1.5 Mantener huesos fuertes (absorción del calcio)
- 2. Generalidades de ERC
 - 2.4 Definición
 - 2.5 Causas
 - 2.6 Síntomas
 - 2.7 Tratamiento
 - 2.8 Complicaciones
- 3. Alimentación renal
 - 3.1 Importancia de la alimentación en la ERC
 - 3.2 ¿Cómo llenar un registro de alimentación?
 - 3.3 Planificación de mi alimentación

Buen día, hoy daremos inicio a la segunda sesión de nuestro programa psicoeducativo, en esta segunda sesión tenemos dos objetivos principales, el primero es que usted conozca los distintos tipos de tratamientos que existen para la ERC y el segundo es que hablemos de un punto crucial para la efectividad de dichos tratamientos el cual es la alimentación.

La alimentación es uno de los tres aspectos importantes en los cuales tenemos que hacer algunos cambios a partir del diagnóstico de ERC, los otros dos son: restricción en el

consumo de líquidos y hábitos de higiene, que incluye la limpieza del catéter. Los cambios en estos tres aspectos y el contar con algún tratamiento para ERC nos ayudará a evitar complicaciones y reducir los síntomas, mas no a curarnos, ya que como revisamos la sesión anterior la ERC es una enfermedad crónica, es decir que no tiene cura.

Como se le comentó la sesión anterior, la ERC es un deterioro progresivo de la función renal, existen entonces cinco etapas (de la 1 a la 5) a través de las cuales el riñón va perdiendo su función poco a poco, entre más grande sea el número mayor es la pérdida de la función renal, sin embargo, cuando los pacientes llegan a la etapa 5 se vuelve necesario y vital algún tratamiento sustitutivo de la función renal, es decir algún tratamiento que realice las funciones que el riñón dejó de hacer.

A continuación, hablaremos de los distintos tratamientos, por favor observe la imagen que le muestro en este esquema podemos ver los tres distintos tratamientos para la ERC.

1.- Hemodiálisis: es una técnica que sustituye las funciones principales del riñón, haciendo pasar la sangre a través de un filtro (funcionando como riñón artificial) donde se realiza su depuración, retornando nuevamente al paciente libre de impurezas. Mediante la hemodiálisis se extrae sangre al paciente, la cual es conducida a una máquina especialmente diseñada para depurarla, eliminando de ella lo que el riñón no puede, y devolverla al paciente en unas condiciones adecuadas. La duración depende de las necesidades de diálisis de cada paciente, pero como la sangre tiene que pasar varias veces a través del filtro, la media es de 4 horas, tres veces por semana. Hay que tener en cuenta que el riñón sano realiza este trabajo las 24 horas del día y todos los días de la semana. Este tratamiento suele ser muy caro.

2.- La diálisis peritoneal (DP) retira el desecho y el líquido excedente a través de los vasos sanguíneos que cubren las paredes de su abdomen. Una membrana llamada peritoneo cubre las paredes de su abdomen. La DP implica colocar un tubo suave (catéter) en su cavidad abdominal y llenarla de líquido limpiador (solución de diálisis). Esta solución contiene un tipo de azúcar que saca el desecho y el líquido excedente. El desecho y el líquido pasan por los vasos sanguíneos a través del peritoneo hasta

la solución. Luego de un período de tiempo determinado, la solución y el desecho se drenan y se descartan. El proceso de llenar y drenar el abdomen se conoce como intercambio o recambio. El período de tiempo que el líquido limpiador permanece en el cuerpo se llama tiempo de permanencia. La cantidad de intercambios y la cantidad de tiempo de permanencia depende del método de DP que se utilice, así como de otros factores (nivel de toxinas en la sangre).

La DP puede ser una buena opción si desea más independencia y puede aprender a tratarse usted mismo, deberá ser responsable de su propio cuidado. Usted y sus cuidadores deben aprender a:

- a) Comprar y estar al tanto de los suministros
- b) Prevenir infecciones a través de hábitos de higiene y limpieza del catéter.
- c) Apegarse a una dieta recomendada para pacientes con ERC

Ahora le explicaré tres modalidades de diálisis:

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

En esta capa del estómago (señalar el peritoneo), los médicos han descubierto que hay unas venas muy delgadas, por las cuales esta solución entra y así empieza como un imán a limpiar la sangre del paciente. Estos dos litros de líquido se mantienen dentro del estómago del paciente durante media hora y posteriormente se saca esa agua. Esa agua que entra transparente y limpia, sale amarilla como la orina. Pues está haciendo algo muy parecido a lo que el riñón hace. Una vez que se finaliza la diálisis en agudo se retira ese catéter y el paciente se va a su casa, sin embargo, la sangre del paciente comenzará a llenarse de nuevo de sustancias tóxicas, y volverán todos los síntomas: la hinchazón, el

vómito, la náusea, lo cual puede ser muy peligroso para el corazón, y entonces volverá el paciente de forma urgente a dializarse, esto puede ser a los 8 ó 15 días, dependiendo de cada paciente, aun cuando esté llevando una alimentación especial, y esté tomando pocos líquidos.

b) DP intermitente: Sí el paciente así lo ACEPTA, y sí cuenta con las características que el Hospital EXIGE, se le coloca un catéter que traerá de forma permanente, es decir de por vida, NO traerá bolsas colgando, solo un tubo blando el cual se coloca del lado derecho o izquierdo del paciente, para que cada semana acuda al hospital a limpiar su sangre. Así el paciente estará más o menos dos días a la semana en el hospital, a esto se le llama Diálisis Peritoneal Intermitente. Esta opción de tratamiento hace que el paciente tenga una mejor calidad de vida a diferencia del tratamiento de diálisis en agudo, ya que aquí no se espera hasta que el cuerpo requiera la diálisis, es decir hasta que el cuerpo ya se encuentre con síntomas debido al nivel de toxicidad en su sangre, aquí se programará un día a la semana aun cuando el paciente no presente síntomas, para así poder prevenir y/o reducir los síntomas si los hubiese.

c) DP Ambulatoria: En otras instituciones IMSS, ISSTE, y hospitales privados, existe otro tratamiento de diálisis el cual se realiza diario. Después del trasplante, es el MEJOR tratamiento, pues el paciente aprende a ponerse las bolsas de agua, y en vez de limpiar su sangre cada semana, la limpia diario, es lo más cercano a lo que el riñón hace. En esta opción es el hospital quien proporciona las bolsas de agua, los medicamentos, y los pacientes tienen una mejor calidad de vida a comparación de los dos tratamientos mencionados anteriormente. Además de la ventaja de que el material se lo otorga el hospital, estos pacientes no tienen que estarse hospitalizando cada semana. La única opción de acceder a este tratamiento es que el paciente se encuentre afiliado

a alguna de las instituciones antes mencionadas o que en su caso asista a un hospital privado.

3.- Trasplante, el trasplante es otra opción de tratamiento este puede ser de algún familiar vivo o de algún cadáver, sin embargo, los procesos para trasplante suelen ser muy tardados y más si se trata de trasplante de tipo cadavérico, de igual forma se tienen que cumplir ciertos requisitos para poder realizarlo y el tiempo de recuperación suele ser de varios meses. Esta opción generalmente se utiliza con pacientes jóvenes y que no tengan hipertensión arterial o diabetes mellitus, ya que la enfermedad tiende a dañar el riñón nuevo.

Hasta el momento hemos explicado los tratamientos que existen para la ERC, así como algunas de sus ventajas y desventajas, sin embargo, también existe la posibilidad de que usted elija No aceptar el tratamiento propuesto por el personal médico, es algo a lo que usted como paciente tiene derecho, puede rechazar el tratamiento sabiendo las consecuencias que tendría para su salud.

El tipo de tratamiento que le recomiende el personal médico dependerá de diversos factores desde socioeconómicos, su estado de salud y su estilo de vida. Recordemos que en este hospital el tratamiento que se brinda es el de DP aguda o intermitente.

Hasta este momento hablamos de los distintos tratamientos para la ERC los cuales tienen que ir acompañados de cambios en su estilo de vida (alimentación, reducción de ingesta de líquidos y hábitos de higiene) para evitar así algunas complicaciones las cuales le menciono a continuación:

- La anemia: En el riñón se produce una sustancia llamada eritropoyetina, la cual se encarga de estimular la producción de sangre nueva, al estar el riñón enfermo, pierde la capacidad de producir dicha sustancia y es por ello que usted padecerá anemia crónica es decir siempre la tendrá, sin embargo, se puede controlar. Uno de los síntomas de la anemia es que usted se sentirá débil y sin energía para realizar actividades de la vida cotidiana, entonces lo que se puede hacer para controlar estos síntomas es suministrar algunos medicamentos (por ejemplo,

eritropoyetina) y algunas vitaminas. Por lo anterior, es de suma importancia realizar estudios periódicamente para ver sus niveles de hierro y conocer si es necesario o no administrarle medicamento.

- Una segunda complicación que es común, es que el catéter blando al estar colocado cerca de los intestinos en algunas ocasiones ya colocado, éste se mueve y no permite que el líquido entre y es necesario cambiarlo, por lo cual será necesario que nuevamente el paciente ingrese a quirófano. Esta situación no depende del paciente, es una reacción que algunas personas tienen ante un objeto extraño que está ahora en su cuerpo.
- La tercera complicación más común son las infecciones por peritonitis. Las condiciones de la vivienda (techo de lamina, piso de tierra, no contar con agua potable, hacinamiento, etc.) y los inadecuados hábitos de higiene y limpieza del catéter pueden aumentar la probabilidad de contraer alguna infección. En ocasiones los pacientes se infectan porque no tienen los cuidados adecuados en casa, sin embargo, en ocasiones los pacientes pueden infectarse dentro del hospital, es por esto que se encuentran en salas aisladas. Es importante que cuando el paciente se esté dializando por ningún motivo toque el catéter pues puede contaminarlo.
- Otra complicación tiene que ver con la ingesta de líquidos. Los pulmones son dos bolsas que sirven para purificar el aire, pero cuando un paciente tiene ERC, empieza a retener muchos líquidos, que incluso se guardan en los pulmones. Es por eso que a veces los pacientes sienten que no pueden respirar y realmente no pueden hacerlo porque sus pulmones están llenos de agua y hay que dar un tratamiento tanto para limpiar la sangre como para sacar el agua que está en los pulmones. Por ello es importante reducir la ingesta de líquidos.
- Los pacientes también guardan dos minerales que normalmente las personas que están sanas desechan: el potasio y el fósforo. Por ejemplo, si una persona se come cuatro plátanos, su riñón se da cuenta de que el plátano tiene mucho potasio que está circulando en la sangre, así que enseguida lo limpia, lo manda a la vejiga y la persona saca ese potasio a través de la orina. A diferencia de un paciente con ERC el cual, tiene problemas para eliminar el exceso de potasio, y esto es

peligroso, ya que el exceso de potasio podría producir hasta un paro cardiaco. Es por eso importante seguir la dieta recomendada.

Como podemos darnos cuenta, la alimentación es muy importante para prevenir algunas complicaciones.

Algunos alimentos contienen ciertas sustancias que el riñón ya no puede desechar, principalmente el fósforo y el potasio, entonces tenemos que ayudar a nuestro cuerpo a través de la alimentación, disminuyendo el consumo de alimentos que sean ricos en potasio y fósforo, ya que el exceso de estas sustancias en la sangre provocan algunos de los síntomas que ya habíamos revisado anteriormente. De esta manera, si se sigue la dieta recomendada por nutrición podemos ayudar a que la sangre este un poco más “limpia” a comparación de un paciente que no siga la dieta recomendada, ya que la sangre contará con menor nivel de toxicidad y de esta manera menos síntomas, es decir, entre mayor nivel de toxinas existan en la sangre más síntomas se presentarán.

A continuación, le muestro una hoja con imágenes de alimentos ricos en potasio y otra con alimentos ricos en fosforo, los cuales debe evitar consumir. También le proporcionaré y leeremos juntos dos hojas más, la primera es una dieta general para pacientes con ERC donde se nos indica por grupo alimenticio que es lo que podemos comer y que es lo que tenemos que evitar consumir, esta hoja es proporcionada por el servicio de nutrición de este hospital, por otro lado también tenemos unas hojas proporcionadas por nefrología donde se nos indica más detalladamente el tipo de alimento y la cantidad que tenemos que consumir de dicho alimento, es como un semáforo, ya que la columna de la izquierda nos indica los alimentos y cantidades que podemos consumir como un color verde en un semáforo, en la columna de en medio nos indica que solo de 2 a 3 veces por semana debemos de consumir los alimentos que ahí vienen (color amarillo) y la columna de la derecha son los alimentos que debemos de evitar comer (color rojo).

En muchas ocasiones el poder registrar lo que comemos nos ayuda a darnos cuenta que es lo que le favorece a mi cuerpo y lo que no, podemos visualmente darnos cuenta de que estamos haciendo bien y que cosas podríamos modificar respecto a nuestra alimentación, el registrar es algo muy sencillo que podemos hacer en cualquier momento del día, podemos:

- a) Registrar comida por comida lo que vamos consumiendo a lo largo del día
- b) Registrar en la noche todas las comidas que realizamos a lo largo del día
- c) También podemos hacer un plan de lo que comeremos tomando como base la información que acabamos de leer, esto es de gran ayuda pues planificamos un día antes lo que comeremos, lo anotamos en el registro y después solo palomeamos si lo llevamos a cabo o modificamos lo que tengamos que modificar

Hagamos un pequeño ejercicio, vamos a armar el menú del día de mañana, usted con ayuda del material que le proporcioné va a elegir que desayunaría, que comería y que cenaría el día de mañana, por ejemplo, yo en la mañana preferiría claras de huevo con pimientos, una manzana y un poco de té. Vamos a intentarlo, tiene que hacer lo mismo, pero con todas las comidas del día, le daré una hoja que es un registro de alimentación para que lo llene, es importante que anote el alimento y la cantidad, en 15 min regreso para ver que tal quedo su menú.

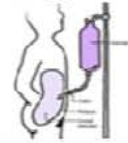
Muy bien, ya que hemos revisado su registro y resuelto las dudas que tenga sobre esto, ahora le aconsejo que pueda seguir con esto a lo largo del tiempo, puede tal vez al inicio hacerlo por día, o por semana para cuando compren la despensa esté contemplado y si cumple con el menú ya tan solo colocar una palomita a un lado de cada comida, esto es un poco ya enfocado en lo que es autocontrol, recuerde que nuestro programa se llama “programa psicoeducativo en autocontrol”. El autocontrol es una habilidad que podemos desarrollar para nosotros mismos modificar nuestra conducta y así conseguir nuestras metas, para lo cual necesitamos ciertos elementos como: compromiso, autoobservación, establecer objetivos y estrategias de cambio, en este caso el que nosotros comencemos a registrar y planificar nuestra alimentación va muy enfocado en estos elementos.

Como tarea le pediré que para nuestra siguiente sesión que es en una semana me traiga su registro de alimentación, que elaborara como en este momento para planificar su menú del día siguiente y palomee si lo cumplió y si no lo cumplió coloque un tache.

Hemodiálisis



Diálisis { Diálisis Peritoneal en agudo o de emergencia*
Diálisis Peritoneal Intermitente *
Diálisis Peritoneal Ambulatoria



Transplante renal { De familiar vivo
De cadáver

No aceptar el tratamiento*

El Fósforo



Consejos para personas con la enfermedad de los riñones

¿Qué es el fósforo?

El fósforo es un mineral que ayuda a mantener los huesos sanos. También ayuda a mantener los vasos sanguíneos y los músculos funcionando correctamente.

El fósforo se encuentra de manera natural en alimentos ricos en proteína como la carne, el pollo, el pavo, el pescado, las nueces, almendras, avellanas, maní, los frijoles (judías, alubias, habichuelas), la leche y productos derivados de la leche, como el queso y el yogur. El fósforo también se agrega a muchos alimentos procesados.



¿Por qué el fósforo es importante para las personas con la enfermedad de los riñones?

Si usted tiene la enfermedad de los riñones, el fósforo se le puede acumular en la sangre, haciendo sus huesos más delgados, débiles y con más probabilidad de romperse. Puede causar picazón en la piel y dolor en los huesos y las articulaciones. La mayoría de las personas con la enfermedad de los riñones necesitan comer alimentos con menos fósforo de lo que están acostumbrados.

Tal vez su doctor u otro profesional de la salud le pida que tome un atrapador o aglutinante de fosfato con los alimentos para reducir la cantidad de fósforo en su sangre.

Alimentos con un bajo contenido de fósforo

- Frutas y vegetales frescos
- Cereales de maíz y de arroz
- Leche de arroz (no enriquecida o fortificada)
- Sodas o gaseosas de color claro
- Panes, tortillas, pasta, arroz
- Té helado hecho en casa



El Fósforo

Alimentos con un alto contenido de fósforo

- Carne roja, cerdo (chanchó, puerco), pollo, pavo, pescado
- Cereales de salvado y avena
- Leche y productos de la leche, como el queso y el yogur
- Colas (sodas oscuras)
- Frijoles (judías, alubias, habichuelas), lentejas, nueces, almendras, avellanas, manís
- Algunos tés helados que vienen en botella



¿Cómo puedo reducir la cantidad de fósforo en mi dieta?

- Conozca qué alimentos tienen menos contenido de fósforo (vea la página 1).
- Consuma porciones más pequeñas de alimentos con alto contenido de proteínas en sus comidas y refrigerios (tentempiés).
 - Carne roja, cerdo (chanchó, puerco), pollo, pavo, pescado: una porción cocida debe ser de unas 2 a 3 onzas, o más o menos del tamaño de una baraja de cartas (naipes).
 - Leche y productos de la leche: una porción equivale a ½ taza de leche o yogur, o una rebanada de queso.
 - Frijoles (judías, alubias, habichuelas), lentejas: una porción equivale a ½ taza de lentejas o frijoles cocidos.
 - Nueces, almendras, avellanas, manís: una porción equivale a ¼ de taza.



El Fósforo

- Coma frutas y vegetales frescos (si no le han dicho que tiene que limitar sus niveles de potasio).
- Muchos alimentos empaquetados tienen fósforo agregado. Lea la etiqueta de los alimentos para ver si dice que tiene fósforo o busque si hay palabras con "FOS" ("PHOS" en inglés), como la que le presentamos a continuación. Si un alimento de la lista de ingredientes tiene "FOS" mejor elija otro.

Ingredientes: Papas, aceite vegetal (aceite de soya parcialmente hidrogenado), sal, dextrosa, Pirofosfato disódico dihidrogenado

Ejemplos de alimentos que pueden tener fósforo agregado

- Carnes, pollo, pavo frescos* y congelados, no cocidos
- Productos congelados de panadería
- Trocitos de pollo rebozado (empanado)
- Cereales o barras de cereal
- Harinas preparadas para pasteles o tortas
- Salsas (aderezos) y pudines instantáneos
- * Pídale al carnicero que le diga qué carnes frescas no contienen fósforo agregado.

Si debe limitar el potasio

Potasio es un mineral que ayuda a mantener el normal funcionamiento del corazón y de los músculos.

¿Por qué limitar el potasio?

Una elevada cantidad de potasio en su sangre puede causar:

- Infarto de miocardio
- Debilidad muscular
- Latido cardíaco irregular

¿Qué cantidad se puede consumir?

Su médico recomienda consumir menos de

_____ mg por día.

Lea las etiquetas de los alimentos

Tamaño de la porción indica a cuánto equivale una porción.

Nutrition Facts	
Serving Size 1 medium (20g)	
Amount Per Serving	
Calories 100 Calories from Fat 50	
% Daily Value*	
Total Fat 10g	20%
Saturated Fat 5g	10%
Trans Fat 0g	
Total Fat 5g	10%
Total Carbohydrate 20g	40%
Dietary Fiber 3g	12%
Sugar 10g	20%
Protein 5g	10%

Porciones por envase describen la cantidad de porciones que contiene el envase.

El % del valor diario se basa en una dieta de 2,000 calorías. Este número le permite saber si un alimento tiene mucha o poca cantidad de un nutriente, incluso si usted consume más de 2,000 calorías.

Potasio: La ley no exige que se enumeren. Aquí figura, pero podría no figurar incluso si el producto contiene potasio.

Los ingredientes se enumeran por peso, comenzando por el más pesado. Si el contenido de potasio figura en la lista de ingredientes, el contenido de potasio es elevado.

En general, el % de potasio significa:

- Bajo - menos de 100 mg o menos de 5%
- Medio - 101 a 200 mg o 5 a 9%
- Alto - 201 a 300 mg o 9 a 14%
- Muy alto - más de 300 mg o más de 15%



National
Kidney
Foundation

Use los consejos saludables

para comprar, planificar y preparar comidas con menos potasio.

En casa

- No tome ni use líquidos de frutas o verduras enlatadas, ni téms sodas.
- Consuma alimentos variados, pero con moderación.
- El tamaño de la porción es muy importante. Casi todos los alimentos tienen algún porcentaje de potasio. Una gran cantidad de alimentos bajos en potasio se pueden transformar en alimentos con alto contenido de potasio.

En restaurantes

- Elija aquellos restaurantes que mejor se adapten a su dieta o que elaboren los platos a pedido. Llame antes y explique que está siguiendo una dieta especial. Pregunte cuál es el menú y cómo preparan la comida. Muchos restaurantes tienen sitios web donde publican los menús.
- Para tener más opciones cuando sale a comer, evite consumir frutas y vegetales con mucho potasio el día anterior.
- Elija almidones y vegetales con bajo contenido de potasio (como arroz, fideos y chavichés).
- Evite todo tipo de papas fritas.
- De postre:
 - Elija postres con preparaciones simples para evitar fideos y postres "recritos".
 - Evite postres con chocolate, queso crema, helado o nueces, ya que tienen un alto contenido de potasio y fideos.

Comidas étnicas

Para comida china

- Elija vegetales con bajo contenido de potasio como chavichés, habichuelas, zanahorias de agua, brotes de soja y col china.

Para comida mexicana

- Tenga cuidado: la comida mexicana suele tener un alto contenido de potasio.
- Cuidado con la salsa. La salsa verde es la "green sauce", pero está hecha con tomates verdes. Las mejores opciones: salsas hechas con chile y sin tomates agregados.
- Evite el arroz y las legumbres. (Las legumbres contienen mucho potasio).
- Evite el guacamole. Está hecho con aguacates, que tiene alto contenido de potasio.

Para comida italiana

- Evite las salsas de tomate. Los tomates tienen un alto contenido de potasio, pero las pastas también se sirven con muchas salsas que no tienen tomate. Si no le queda otra opción que pedir un plato con salsa de tomate, pide que se le sirvan a un costado del plato.

Para cocinas tradicionales afroamericanas del sur

- Tenga cuidado: generalmente la comida tradicional afroamericana tiene un alto contenido de potasio.
- Evite papas negras, porotos, vegetales cocidos sazonados, fideos y ternes de bacalá. Todos tienen alto contenido de potasio.
- Las mejores opciones: pollo frito (sin piel), maíz, habichuelas o quingimbó, lechuga, bollos de maíz o panecillos.

¿Qué alimentos contienen más potasio?

Frutas

- Bananas, melón, naranjas, plátanos, kiwi, mango, papaya, ciruelas pasas, granada
- Dátiles, frutas deshidratadas, higos secos

Verduras

- Aguacate, brócoli, repolitos de Bruselas, beteta, chirivía, calabaza, jugos de verdura, papa blanca, zapallo calabaza
- Tomate y productos que contienen tomate
- Verduras de hoja verde y de color intenso (como espinaca o acelga)
- Arvejas y porotos secos, porotos negros, porotos refritos, porotos en salsa dulce, lentejas, legumbres

Otros:

- Leche, yogur
- Nueces y semillas
- Salvado y productos con salvado
- Chocolate, granola, mermelada, manteca de maní
- Sustitutos de la sal



¿Qué alimentos contienen menos potasio?

Frutas

- Manzana, arándanos azules, arándanos rojos, uvas, comino, durazno, cereza, piña, fresas

Verduras

- Escarol, repollo, zanahoria, ajo, choldo, pepino, berenjena, chauchas verdes o blancas, arvejas o porotos, lechuga (cabeza), cebolla, rabanitos, nabos, espárragos de agua

Otros:

- Arroz, fideos, pasta, pan y derivados del pan (no cereales o harinas integrales)
- Bizcochuelo, torta de vainilla, tartas sin chocolate ni frutas de alto contenido de sodio, galletas sin nueces ni chocolate



¿Cuál es el tamaño de una porción normal?

GRUPOS DE ALIMENTOS	TAMAÑOS DE LAS PORCIONES
Carne vacuna, de aves o pescado	
Carne vacuna, de aves o pescado	1 onza cocida
Productos lácteos	
Leche o sustitutos de la leche	4 onzas o 1/2 taza
Huevo	1 huevo o 1/3 taza de sustituto del huevo
Queso	1 onza
Granos	
Arroz o pasta cocida	1/2 taza
Cereal cocido	1/2 taza
Cereal listo para comer	1 taza
Pan	1 rodaja
Pan de hamburguesa	1/2 pan
Verduras	
Cocidas	1/2 taza
Crudas	1 mediana o 1 taza picada
Jugos	4 onzas o 1/2 taza

Los nutricionistas que se especializan en insuficiencia renal le pueden indicar la cantidad de porciones que puede consumir de cada grupo de alimentos, en cada comida. De acuerdo con sus preferencias o con las indicaciones de la dieta, se le permitirá consumir más de una porción.

GRUPOS DE ALIMENTOS	TAMAÑOS DE LAS PORCIONES
Frutas	
Frutas	1 pequeña o 1/2 grande
Fruta enlatada o congelada	1/2 taza
Jugo	1/2 taza o 4 onzas (fluidos)
Frutas rojas	1 taza
Uvas, cerezas	12
Fruta deshidratada	1/3 taza
Grasas y aceites	
Aceites, margarina	1 cucharadita
Mayonesa	1 cucharada
Adesivo para ensaladas	2 cucharadas
Pastres	
Galletas	1 galleta
Helado, sorbete, gelatina	1/2 taza
Torta, 2 x 2 pulgadas	1 porción
Tarta de fruta	1/8 de una tarta de 8 pulgadas de diámetro
Azúcar, gelatina, mermelada	1 cucharada
Frutas secas, semillas y legumbres	
Frutas secas	1/4 taza o 1 onza
Semillas	2 cucharadas
Legumbres, porotos, arvejas, cocidos	1/2 taza
Manteca de maní	2 cucharadas

TEMA: Reducción en la ingesta de líquidos

Duración: 1 hr

Contenidos:

- 1. Funcionamiento de los riñones
 - 1.3. Limpieza de la sangre
 - 1.6 Producción de glóbulos rojos
 - 1.7 Mantener huesos fuertes (absorción del calcio)
- 2. Generalidades de ERC
 - 2.9 Definición
 - 2.10 Causas
 - 2.11 Síntomas
 - 2.12 Tratamiento
 - 2.13 Complicaciones
- 3. Alimentación renal
 - 3.1 Importancia de la alimentación en la ERC
 - 3.2 ¿Cómo llenar un registro de alimentación?
 - 3.3 Planificación de mi alimentación
- 4. Reducción en la ingesta de líquidos
 - 4.1 ¿Por qué es importante reducir la ingesta de líquidos?
 - 4.2 Menos sal, menos sed
 - 4.3 Mida y realice un registro de la ingesta de líquidos
 - 4.4 Algunos consejos para calmar la sed
 - 4.5 Estrategias para limitar la ingesta de líquidos

Buen día, revisaremos sus registros que quedaron de tarea la semana pasada, para después dar inicio a nuestra tercera sesión, la cual tiene como objetivo que usted comprenda la importancia de reducir la ingesta de líquidos y conozca algunas estrategias que pueda utilizar para lograr esto.

¿Por qué es importante reducir la ingesta de líquidos?

La acumulación de líquidos en exceso entre las sesiones de diálisis, puede provocar algunos síntomas como: dolores de cabeza y poca energía, hinchazón en manos, pies, cara, etc., dificultad para respirar y daño al corazón. Así como algunas de las complicaciones que revisamos la sesión anterior, las cuales ponen en riesgo su vida.

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

Ya que entendemos mejor, porque es importante reducir la ingesta de líquidos, a continuación, les daremos una serie de estrategias e información que le permita a usted lograr esto.

Menos sal, menos sed

El consumir sal, le provoca tener sed, y debe entonces beber agua para que su sangre la diluya y así mantener la concentración adecuada de sodio, el sodio es la sustancia que se encuentra en la sal. Continuación enunciaré algunos de los beneficios que obtendrá al reducir la ingesta de sal.

- Le dará menos sed, lo cual le ayudará a consumir menos líquidos
- Tendrá menos inflamación, el exceso de sodio en nuestro cuerpo favorece la retención de líquidos y, por consiguiente, la inflamación. Cuando su organismo deje de recibir altas dosis de sodio, comenzará a expulsar agua.
- Reducir la deshidratación, el exceso de sodio en nuestra sangre puede provocar que nuestro cuerpo se deshidrate.
- Sentir los sabores, al dejar de ponerle sal en gran cantidad a la comida, descubrirá otros sabores.

Entonces podríamos comenzar a cocinar nuestros alimentos sin sal, y cambiar esto por algunas especias como hojas de laurel, comino, etc.

Mida y realice un registro de su ingesta de líquidos

Otra estrategia que puede utilizar, es muy parecida a la de la sesión anterior, se trata de registrar los líquidos que consume a lo largo del día, para a partir de ello, comencemos a realizar las modificaciones pertinentes, es decir podemos a partir de esto planificar el qué, cuánto y donde consumiremos líquidos.

Es importante para lo anterior, que usted sepa que los líquidos no son sólo lo que se bebe, es decir existen algunos alimentos que contienen suficiente líquido y por lo tanto tiene que limitar su ingesta, por ejemplo: sopas, helados, gelatinas, sandía, chayote, naranja, etc.

Para poder llevar un mejor control de esto, puede colocar en una botella la cantidad de agua que le recomiendan a lo largo del día, por ejemplo, supongamos que tiene permitido tomar un litro de líquidos a lo largo del día, entonces deberá de llenar una botella con este litro, pero cuando consuma alimentos que ya contengan líquido puede sacar un poco de esa agua para que ya no la consuma, es decir si hoy comió un caldo de pollo y una gelatina, entonces quita aproximadamente 200 ml de agua de su botella, esto es de gran ayuda pues es muy visible cuanto líquido estamos tomando y es muy fácil de hacer.

Algunos consejos para calmar la sed

Sabemos que a veces y sobre todo en temporada de calor, la sed es una sensación difícil de controlar, por eso a continuación le enuncio algunos consejos que puede usted realizar para calmar la sensación de sed:

- Comer un pedazo de fruta fría o congelada
- Congele su bebida favorita en una botella y beba sorbos a medida que se descongela
- Chupe un pedazo de caramelo o chicle sin azúcar
- Beba en tazas o vasos pequeños
- Enjuáguese la boca con enjuague bucal

También existen algunas estrategias que podemos realizar para limitar el consumo de líquidos, por ejemplo:

- Evite las “trampas de líquidos”, identifique las situaciones en las que pueda beber por aburrimiento o como hábito social
- Espere 10 minutos a que pase la sensación de beber líquidos, llame a un familiar o amigo, lea una revista o cuente hasta 100
- Manténgase fresco durante los días calurosos, utilice ropa de tela ligera, evite salir entre las 12:00 y 16:00 horas del día

A continuación, le entregaré un ejemplo de registro de líquidos y le pediré que lo llene de acuerdo al día anterior (que se encontraba usted en casa), después lo revisaremos juntos y resolveré sus dudas, si es que las hay, para así la siguiente sesión usted me traiga un registro del consumo de líquidos a lo largo de la semana.

También le entregaré una infografía donde se resume todo lo que hemos revisado el día de hoy, para que usted lo pueda consultar en su casa cuando lo necesite.

Si hasta el momento no tiene ninguna duda, le solicito que en esta hoja responda las preguntas que se le indican, es con respecto a la importancia de la restricción de líquidos y tiene que mencionar tres estrategias para controlar la sed y tres para disminuir el consumo de líquidos.



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Residencia en Medicina Conductual



¿Cómo controlar la ingesta de líquidos en la diálisis?



¿Porqué la ingesta de líquidos es importante en la diálisis?

- La acumulación de líquidos en exceso entre las sesiones de diálisis, puede provocar los siguientes síntomas:
- Dolores de cabeza y poca energía
- Hinchazón en rostro, manos y pies
- Dificultad para respirar
- Daño al corazón

Menos sal = Menos sed

- Consumir menos sal ayuda a:
- Controlar la sed
- Evitar la hinchazón en los tobillos, dedos, cintura o debajo de los ojos
- Fortalecer su corazón
- Respirar mejor



Mida y realice un seguimiento de sus líquidos

Anote cuánto está bebiendo y comiendo durante todo el día. También puede ayudar el planificar sobre su día qué y cuándo comerá. Por ejemplo, si tiene una ocasión especial durante la noche, consuma menos líquidos durante todo el día.

Los líquidos no son sólo lo que se bebe

Existen algunos alimentos que contienen suficiente líquido y por lo tanto deben limitarse, por ejemplo: Sopas, helados, bebidas nutritivas, gelatinas, etc.



Consejo: Los alimentos que se derriten o son líquidos a temperatura ambiente se consideran líquidos.

Algunos consejos para calmar la sed



- Comer un pedazo de fruta fría o congelada
- Congele su bebida favorita en una botella y beba sorbos a medida que se descongela
- Chupe un pedazo de caramelo sin azúcar o chicles sin azúcar
- Beba de tazas o vasos pequeños
- Enjuáguese la boca con enjuague bucal

Estrategias para limitar los líquidos

- Evite las "trampas de líquidos", identifique las situaciones en las que puede beber por aburrimiento o como hábito social
- Espere 10 minutos a que pase el antojo de beber líquidos, llame a un familiar, lea una revista o cuente hasta 100
- Manténgase fresco durante los días calurosos, manténgase a la sombra



Fuente: Control de líquidos durante la diálisis (2016). Recuperado de <https://www.kidneycares.com>

Elaborado por:

Lic. en Psic. Andrea Ortega Mondragón y Lic. en Psic. Ariana González Trejo

Contacto: medicinaconductualiztacala@gmail.com