



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

**“ATENCIÓN PSICOLÓGICA ENFOCADA A LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON HEMODIÁLISIS”**

Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Yatziry Angelica Ruiz Avila

Director: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza

Dictaminadores: Mtra. María Cristina Canales Cuevas

Esp. Araceli Flores Angeles



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 29 de enero de 2021



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 mis padres †Angelica Veronica Avila Montiel y †Félix Ruiz Cruz por darme la vida, por amarme como lo hicieron, porque siempre estuvieron presentes, por inspirarme y alentarme a perseguir mis sueños y por haberme apoyado en cada paso que di... porque aún desde en el cielo, sé que lo siguen haciendo.

A mi familia Arleth y Enrique por amarme y apoyarme en cada paso que doy, impulsarme y confiar en mí, porque son el motivo para superarme.

A †Roberto Avila Montiel, porque además de ser mi inspiración al tema, fue un segundo padre para mí.

A mi directora de manuscrito Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza por su paciencia y dedicación al guiarme en la elaboración de mi trabajo.

A la Mtra. María Cristina Canales Cuevas y la Esp. Araceli Flores Angeles por aceptar ser parte del jurado.

A quienes de manera o indirecta intervinieron en mi desarrollo académico.

A Dios por permitirme llegar con salud hasta este momento.

DEDICATORIA

A ti mamá †Angelica Veronica Avila Montiel por haber sido mi incondicional, por ser tan dedicada, amorosa y protectora, por apoyarme en cada paso que di y por impulsarme a seguir adelante al decirme lo orgullosa que estabas de mí, sé que faltaba poco para que me vieras culminar mi sueño que también fue el tuyo, pero sé que desde el cielo lo celebras conmigo, gracias por ser mi madre, por siempre te amo.

A ti papá †Félix Ruiz Cruz por estar siempre presente, cuidarme y amarme como lo hiciste, por alentarme a perseguir mis sueños, por demostrarme que ante cualquier situación uno debe luchar por seguir adelante, sonreír y disfrutar la vida, sé que hubieras sido el más alegre, el primero en estar felicitándome y abrazándome, pero sé que desde el cielo lo harás, por siempre te amo.

A mi hija Arleth por ser mi motivación, quien me impulsa cada día a luchar por mis sueños, por acompañarme a lo largo de la licenciatura pues desde el vientre ha tenido una mamá que estudia, por soportar mis desvelos y ausencias, por demostrar su cariño y darme felicidad, la única razón por la que estoy de pie, porque este triunfo es por y para ti, te amo mi bebe.

A mi esposo Enrique por estar a mi lado, amarme, entender mis tiempos, ayudarme y apoyarme en todo momento, por confiar en mí y no dejarme vencer en momentos difíciles, te amo.

A mi tío †Roberto Avila Montiel, porque además de ser mi inspiración al tema fue un segundo padre para mí, siempre pendiente de mi mamá y de mí, por consentirme y cuidarme, por siempre en mi corazón.

A mí por la paciencia, dedicación, compromiso, la perseverancia, los desvelos, sacrificios y la energía que puse para culminar este sueño, porque fue difícil llegar, pero al mirar atrás sé que cada esfuerzo ha valido la pena.

ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Capítulo 1.- Problema teórico.....	9
1.1 Insuficiencia Renal Crónica	
1.1.1 Definición	
1.1.2 Etiología	
1.1.3 Diagnóstico	
1.2 Epidemiología	
1.3 Etapas de la Insuficiencia Renal Crónica	
1.4 Tratamiento sustitutivo renal	
1.5 Impacto de la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis en la calidad de vida del paciente	
1.5.1 Impacto físico	
1.5.2 Impacto psicológico	
1.5.3 Impacto social y familiar	
Capítulo 2.- Aspectos teóricos de adherencia al tratamiento.....	34
2.1 Adherencia al tratamiento	
2.2 Importancia de la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis	
2.3 La atención psicológica y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis	
Capítulo 3.- Problema metodológico.....	45
3.1 Enfoque Cognitivo-Conductual	
3.2 Intervenciones psicológicas con enfoque Cognitivo-Conductual para lograr adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis	
3.3 Evidencia empírica de la efectividad de programas con enfoque Cognitivo-Conductual de adherencia al tratamiento de pacientes con hemodiálisis	
Capítulo 4.-Propuesta de intervención “Atención psicológica para lograr la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis”.....	56
Conclusiones.....	74
Referencias.....	78
Anexos.....	82

RESUMEN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es la pérdida lenta, progresiva e irreversible de la función renal a lo largo de un tiempo variable, impidiendo llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas para el correcto funcionamiento del cuerpo. Generalmente silenciosa y asintomática hasta estar en etapas muy avanzadas en donde la única solución es algún tratamiento sustitutivo de la función renal. La hemodiálisis es un tratamiento de reemplazo renal a través de una máquina, es un proceso bastante complejo, con una duración de tres a cuatro horas por tres días a la semana, lo cual conlleva a un agotamiento y desgaste físico, por consiguiente, alteraciones psicológicas, físicas y sociales. La adherencia al tratamiento es imprescindible para obtener los beneficios clínicos esperados, sin embargo, es difícil que los pacientes lo logren, la psicoterapia con enfoque cognitivo-conductual apoya a la adhesión al tratamiento mediante la psicoeducación y el entrenamiento de técnicas CC. El objetivo de la investigación fue argumentar de manera más detallada la importancia de la atención psicológica enfocada a la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis. Con base en la información documental se realizó una propuesta intervención la cual consiste en un taller con enfoque cognitivo-conductual con una duración de nueve sesiones, cuyo objetivo es brindar al paciente con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis, técnicas psicológicas cognitivo-conductuales que beneficien la adherencia al tratamiento, con el propósito de minimizar las complicaciones del mismo y por consiguiente mejoren su calidad de vida.

Palabras clave: Atención psicológica, enfoque cognitivo-conductual, hemodiálisis, adherencia al tratamiento, pacientes.

ABSTRACT

Chronic Renal Insufficiency (CRF) is the slow, progressive and irreversible loss of kidney function over a variable period of time, preventing the carrying out of purifying, excretory, regulatory and endocrine metabolic functions for the proper functioning of the body. Generally silent and asymptomatic until it is in very advanced stages where the only solution is some replacement treatment for renal function. Hemodialysis is a renal replacement treatment through a machine, it is a fairly complex process, lasting three to four hours for three days a week, which leads to exhaustion and physical wear, therefore, psychological alterations, physical and social. Adherence to treatment is essential to obtain the expected clinical benefits, however, it is difficult for patients to achieve it, psychotherapy with a cognitive-behavioral approach supports adherence to treatment through psychoeducation and training in CC techniques. The aim of the research was to argue in more detail the importance of psychological care focused on adherence to treatment in hemodialysis patients. Based on the documentary information, a proposed intervention was made which consists of a workshop with a cognitive-behavioral approach with a duration of nine sessions, whose objective is to provide the patient with a diagnosis of Chronic Renal Insufficiency in hemodialysis treatment, cognitive psychological techniques- behavioral that benefit adherence to treatment, with the purpose of minimizing its complications and consequently improving their quality of life.

Keywords: Psychological care, cognitive-behavioral approach, hemodialysis, adherence to treatment, patients.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal, teniendo como consecuencia que el riñón pierda la capacidad de producir orina, obstaculizando la eliminación de toxinas de la sangre, entre otras funciones imprescindibles para la vida (López, 2010; Guevara et al., 2016). La insuficiencia renal crónica se considera tradicionalmente como el resultado más grave de la ERC, se habla de Insuficiencia Renal Crónica cuando la función renal es grave y solo mediante algún tratamiento sustitutivo se puede prolongar la vida (KDIGO, 2013).

La Insuficiencia Renal Crónica se define como la pérdida lenta, progresiva e irreversible del filtrado glomerular del riñón a lo largo de un tiempo variable, secundario a una reducción tardada, gradual e incambiable del número de nefronas, consecuencia de un síndrome clínico derivado de la incapacidad renal de llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas (Guevara et al., 2016).

La IRC es una enfermedad generalmente asintomática hasta estar en etapas muy avanzadas, cuando el filtrado glomerular está por debajo de 15 ml/min/1.73 m², es cuando aparecen las complicaciones digestivas, hematológicas, cardiovasculares, neurológicas y metabólicas siendo necesario un tratamiento sustitutivo renal para evitar más afectaciones de salud y por consiguiente mantener con vida al paciente (KDIGO, 2013; Méndez-Durán et al., 2016).

Es considerada una enfermedad catastrófica debido al creciente número de casos, su alto costo, su detección tardía y sus altas tasas de morbilidad y mortalidad. La incidencia se debe principalmente al aumento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas (diabetes mellitus e hipertensión arterial) así como al envejecimiento propio de la población (Ávila-Saldívar, 2013; Velázquez y Espín, 2014).

En el mundo existen más de 135 millones de diabéticos y más de 1000 millones de hipertensos, la OMS afirma que para el año 2025 habrá 300 millones de personas con diabetes mellitus y más de 1560 millones de hipertensos, por lo tanto, habrá un notable incremento de personas con enfermedad renal crónica (Velázquez y Espín, 2014).

Para México, la IRC es un problema de grandes dimensiones, cuyas proporciones e impacto apenas hemos comenzado a entender, pues no existe siquiera un registro centralizado de casos de padecimientos renales, muchas de las muertes reportadas por enfermedades cardiovasculares son en realidad muertes por IRC nunca detectada. Además, no se cuenta con suficientes médicos especializados para tratar la enfermedad en sus distintas etapas, el Consejo

Mexicano de Nefrología solo reporta tener 1190 nefrólogos para un país con aproximadamente 120 millones de habitantes de los cuales al menos 12 millones padecen algún grado de daño renal, por lo cual mínimo debería haber 3000 especialistas (Tamayo y Lastiri, 2016).

La diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal son algunos de los tratamientos de sustitución renal (López, 2010). La hemodiálisis (HD) un procedimiento invasivo para reemplazar la función renal a través de la utilización de una máquina, cuya función es eliminar el material de desecho generado por el organismo que se encuentra acumulado en la sangre, resultado de la insuficiencia renal crónica, así como restablecer el balance químico de la misma, al descartar sustancias químicas que se encuentran en exceso (Villagrán, 2012). Se realiza tres veces por semana, en sesiones que duran alrededor de tres a cuatro horas, en cada sesión de hemodiálisis se debe evaluar las necesidades individuales de cada paciente. En las últimas dos décadas el tratamiento ha tenido notables avances tecnológicos, su costo ha disminuido al grado de ubicarse a un nivel competitivo respecto a la diálisis peritoneal, sin embargo, en México es poco accesible por ello la mayoría de los pacientes que tienen acceso al tratamiento lo hacen por medio de instituciones públicas (López, 2010).

De acuerdo con Becerra y Reynoso (2014), el tratamiento de hemodiálisis impacta negativamente en el paciente en todas las esferas de la vida, teniendo repercusiones personales, familiares, sociales, económicas y laborales. Los pacientes perciben el tratamiento como una limitante de sus actividades diarias, experimentan la amenaza constante de muerte, disminución de la fuerza física, dependencia de maquinarias médicas y del personal médico y paramédico, tensiones vocacionales y económicas, restricciones en la alimentación e ingesta de líquidos, además de regímenes médicos farmacológicos complejos. Estos cambios imponen limitaciones en el estilo de vida, la hemodiálisis introduce retos psicosociales significativos y demandas adaptativas tanto en el paciente como en sus cónyuges y otros miembros de la familia. Es por ello la necesidad de que un equipo multidisciplinario colabore en conjunto con el familiar y paciente para fomentar la importancia de asistir o realizar su tratamiento, así como de crear conciencia y empatía entre los familiares (Hidalgo y Montalvo, 2010).

Los pacientes en hemodiálisis pueden desarrollar fuertes trastornos psicológicos e incluso llegar a la muerte en una etapa temprana, por falta de conocimiento e implicación en su autocuidado. El estado psicológico de los pacientes es raramente atendido, atribuyendo el fracaso al propio tratamiento o a variables biológicas, sin embargo, desde el inicio pueden presentarse alarmas emocionales y conductuales que interfieren en la adherencia al tratamiento y por consiguiente a la salud de paciente, como: alteraciones en el estado de ánimo, ansiedad, depresión, ira, hostilidad, aislamiento, cambios de humor, falta de asertividad, reacciones

emocionales negativas, sobre ingesta de líquidos o alimentos prohibidos, entre otros (Mendoza et al., 2016).

De acuerdo con Rojas-Villegas et al (2017), la no adherencia al tratamiento puede provocar muchas complicaciones y un empeoramiento en general de la enfermedad (edema agudo de pulmón, sangramiento digestivo, shock séptico, enfermedades cardiovasculares, anemia, alteraciones en el metabolismo óseo y mineral, etc), un incremento de la morbi-mortalidad, mayor coste económico, disminución de la calidad de vida y la necesidad de administrar otros tratamientos. Debido a lo anterior la importancia de identificar cuáles son los factores que influyen en la no adherencia y así diseñar planes y estrategias individualizadas para la mejora en general de la calidad de vida (Libertad de los Ángeles et al., 2014).

Becerra y Reynoso (2014), hacen énfasis en la importancia de valorar todas las problemáticas psicológicas originadas por la enfermedad pues pueden afectar seriamente la condición de la enfermedad y obstaculizar una adecuada adherencia al tratamiento. La intervención psicológica a nivel cognitivo, emocional, conductual y social ayuda al paciente en hemodiálisis a tener un mejor afrontamiento de su situación actual y por consiguiente adherirse al tratamiento (Mendoza et al., 2016; Velázquez y Espín, 2014).

La terapia con enfoque cognitivo-conductual ha demostrado ser altamente efectiva en el manejo de los efectos psicológicos que genera la hemodiálisis, pues ofrece técnicas y estrategias de intervención eficaces, con el objetivo de preservar la condición clínica y evitar el empeoramiento de los pacientes que se someten a hemodiálisis, logrando así que el enfermo acepte su tratamiento y por lo tanto no lo suspenda, asumiendo de forma activa los cambios en el estilo de vida que su condición implica y asegurando su bienestar físico y psíquico, además de prevenir todas las consecuencias que el tratamiento acarrea para la familia y la sociedad en general (Villagrán, 2012).

Son diversos los estudios que han demostrado que los pacientes en hemodiálisis presentan problemas psicológicos como depresión, ansiedad, estrés, falta de asertividad, trastornos compulsivos, etc. Además, se ha notado que dos de las psicopatologías más frecuentes en los pacientes renales son la depresión y la ansiedad, así como una relación de estas con la adherencia terapéutica disminuida (Becerra y Reynoso, 2014).

La falta de adherencia trae consecuencias a nivel físico, psicológico, económico, social y familiar en el paciente con hemodiálisis, es por ello la importancia de brindar atención psicológica a el enfermo renal, pues la intervención psicoterapéutica mediante estrategias y técnicas específicas apoya al enfermo a adherirse al tratamiento, permitiendo que este aprenda a regular sus emociones, restaurar sus pensamientos y comportamientos poco saludables,

fortalecer sus estrategias de afrontamiento, desarrolle técnicas de autocuidado y encuentre un sentido de vida ante la nueva condición. Desafortunadamente en México no es habitual que las unidades de hemodiálisis cuenten con la presencia de un psicólogo.

El interés por investigar la atención psicológica enfocada a la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis surge de la revisión documental exhaustiva, al encontrar que la área psicológica de estos enfermos es raramente atendida, y si bien diversos autores han estudiado e investigado algunos factores psicológicos de pacientes en tratamiento de hemodiálisis, no se encontró una investigación que abordara de manera específica la atención psicológica para mejorar adhesión terapéutica en los mismos. De igual manera son muy pocas las investigaciones en México que se encontraron, en donde se utilice el enfoque cognitivo-conductual para intervenir en hemodializados.

Debido a lo anterior el objetivo de la investigación fue argumentar a través de la información documental la importancia de la atención psicológica enfocada a la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis. En el capítulo uno se puede encontrar información teórica relacionada a la IRC (definición, etiología, diagnóstico, epidemiología, etapas, etc), los tipos de tratamiento sustitutivo, el impacto de la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis en la calidad de vida del paciente (impacto físico, psicológico, social y a familiar).

El capítulo dos habla de los aspectos teóricos de adherencia al tratamiento, la importancia de la adhesión terapéutica en pacientes con hemodiálisis, así como la atención psicológica y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes hemodializados.

En el capítulo tres se aborda aspectos teóricos del enfoque cognitivo-conductual, así como intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales para lograr adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis y por último algunos estudios sobre efectividad de programas CC en relación con la adherencia al tratamiento de pacientes con hemodiálisis.

En el capítulo cuatro se encuentra una propuesta de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis, basada en la investigación de la información documental que se puede leer en los capítulos anteriores. La propuesta consiste en un taller con enfoque cognitivo-conductual de trece y media horas, dividido en nueve sesiones de hora y media cada una, para pacientes en tratamiento de hemodiálisis, mayores de edad, que asistan a instituciones del sector salud (clínicas de hemodiálisis), cuyo objetivo es brindar al paciente con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis, técnicas psicológicas cognitivo-conductuales que beneficien la adherencia al tratamiento, con el propósito de minimizar las complicaciones del mismo y por consiguiente mejoren su calidad de vida.

Capítulo 1.- Problema teórico

1.1 *Insuficiencia Renal Crónica*

El cuerpo humano es una estructura compleja y organizada, conformada por distintas estructuras que trabajan en conjunto, realizando funciones necesarias para mantener la vida. Se les llama órganos vitales a aquellas estructuras que cumplen con funciones críticas para el organismo, es decir, su ausencia no es compatible con la vida (Hidalgo y Montalvo, 2010).

De acuerdo con la UNAM (2010), entre la lista de los órganos vitales se encuentran: el cerebro, el corazón, los pulmones, el hígado, el páncreas y los riñones. Los riñones son órganos retroperitoneales pares, situados en la parte posterior abdominal justo en la caja torácica, uno a cada lado de la columna vertebral. Entre las funciones que cumplen, las más importantes son las tres siguientes: 1) como órganos excretores, eliminan por la orina sustancias de desecho del organismo, como urea, creatinina, ácido úrico y bilirrubina; 2) como órganos reguladores mantienen el volumen y la composición de los líquidos corporales mediante la excreción de solutos y agua; y la 3) como órganos endocrinos sintetizan y secretan sustancias: prostaglandinas, renina (cuyo efecto final es aumentar la presión arterial), eritropoyetina (encargada de estimular la formación de glóbulos rojos y eritrocitos) y además transforma la vitamina D en su metabolito activo que regula los niveles de fósforo y calcio.

En resumen, los riñones se encargan de excretar productos de desecho metabólico de sustancias endógena, exógenas y sustancias químicas extrañas; regulan el volumen de agua y la concentración de electrolitos; regulan la presión arterial; regula el equilibrio ácido-base; se encargan de la síntesis de nueva glucosa; regulan el metabolismo del calcio; así como producen y liberan hormonas (UNAM, 2010).

Villa (2019), menciona que los riñones de un adulto normal pesan aproximadamente 150 gr. y están formados por millones de unidades funcionales llamadas nefronas, las cuales no se renuevan, por lo cual en una lesión o con el envejecimiento se reducen de manera gradual y no se regeneran, estas nefronas tienen la función de filtrar, absorber y secretar sustancias, teniendo como producto final la orina. Cada día los riñones llegan a procesar aproximadamente 190 litros de sangre para eliminar alrededor de 2 litros de productos de desecho y agua en exceso, estos se convierten en orina. Estos desechos en sangre provienen de la descomposición normal de tejidos activos, como los músculos, y de los alimentos. Si los riñones no los eliminaran, los desechos se acumularían en la sangre y dañarían el cuerpo. Algunas de las

sustancias que no se logran desechar y se acumulan en la sangre son: urea, retina, nitrógeno ureico en sangre, sodio, potasio, calcio, cloro, magnesio, fosfato y excesos de agua.

Hidalgo y Montalvo (2010), indican que la mayoría de las enfermedades en los riñones atacan a las nefronas de manera lenta y en silencio, siendo evidente el daño después de años o incluso décadas. Las más de las veces el daño es en ambos riñones, dando como resultado insuficiencia renal. Una persona con riñones sanos tendría una función del 100 por ciento, se considera saludable un riñón siempre y cuando tenga una función de filtración normal y no existan señales de sangre o proteínas en la orina. Si bien se puede vivir con un riñón, depende de la función de éste, si la función se reduce a menos del 89 por ciento comienza el daño renal, pero cuando llega al 30 por ciento es cuando comienzan los problemas graves de salud, y si disminuyen en un 10 o 15 por ciento, la persona necesitará alguna forma de terapia de reemplazo renal.

La insuficiencia renal crónica (IRC) o enfermedad renal crónica (ERC) se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal, teniendo como consecuencia que el riñón pierda la capacidad de producir orina y por consiguiente impide la eliminación de toxinas de la sangre, entre otras funciones imprescindibles para la vida, impidiendo el correcto funcionamiento del cuerpo humano, las personas con IRC tienen más probabilidades de fallecer debido a un derrame cerebral o ataque al corazón (López, 2010; Guevara et al., 2016).

Es necesario diferenciar la Enfermedad Renal Crónica (ERC) de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), por su parte la ERC comprende el estadio 1 y 2 de la enfermedad, mientras que la IRC se refiere a estadios mayores del 3, es decir, no se puede decir que se tiene IRC si la persona no tiene características de un estadio de 3 o mayor. A pesar de lo anterior el término IRC ya no es muy utilizado en la nomenclatura nefrológica actual y comúnmente es reemplazado por ERC (Guevara et al., 2016).

1.1.1 Definición

De acuerdo con la National Kidney Foundation en las Guías Internacionales K/DOQI (Kidney Disease OutCome Quality Initiative) la Enfermedad Renal Crónica es aquella anomalía estructural y de funcionamiento del riñón con implicaciones en la salud de un individuo, que puede ocurrir abruptamente y volverse crónico. Se caracteriza por el acompañamiento de la disminución de la velocidad del filtrado glomerular (VFG) cuyo parámetro es inferior a 60 ml/min/1,73 m² o daño renal durante al menos tres meses. Dando

como resultado modificaciones de composición de la sangre y orina debido a los marcadores de daño renal como son: la albúmina elevada, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones electrolíticas y alteraciones en los estudios de imagen. En consecuencia, las funciones de depuración y excretoras de residuos tóxicos, la regulación de equilibrio hidroelectrolítico y la regulación ácido-base son deficientes. La insuficiencia renal crónica se considera tradicionalmente como el resultado más grave de la ERC, se habla de IRC cuando la función renal es grave y solo puede tratarse mediante diálisis o trasplante (KDIGO, 2013).

La ERC es una condición que incluye problemas renales en un largo plazo, en la cual los riñones se dañan de forma permanente y no funcionan correctamente, impidiendo la falta de producción de orina y por consiguiente la eliminación de desechos, líquidos y sal en el cuerpo, progresando y empeorando hasta que los riñones tengan un 0 por ciento de función. Si los riñones no funcionan correctamente dejan residuos en la sangre, aumentando el riesgo de pérdida ósea, fracturas de huesos, anemia y otros problemas graves que pueden conducir a la muerte (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

Por otra parte Guevara et al. (2016), define a la insuficiencia renal crónica (IRC) como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, secundario a una reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas consecuente de un síndrome clínico derivado de la incapacidad renal de llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas, una persona puede tardar años en detectar que la padece.

1.1.2 Etiología

La insuficiencia renal crónica es un problema médico y de salud pública ya que ha crecido en cifras epidémicas, de acuerdo con Ávila-Saldívar (2013), la Encuesta Nacional de Salud arrojó que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, son las principales causas de enfermedad renal, sin embargo, existen otros factores de riesgo, como: edad, historia familiar, bajo nivel educativo y económico, etc.

Mientras que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016), coincide en que las causas más frecuentes de insuficiencia renal son la presión arterial alta, la diabetes (niveles elevados de azúcar en sangre), obesidad, alto colesterol, enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos, así como fumar, tener algún tipo de obstrucción en vías urinarias y tomar medicamentos antiinflamatorios no esteroideos durante mucho tiempo.

En un estudio realizado por Méndez-Durán (2016), se obtuvo que las principales causas de insuficiencia renal en pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social son: diabetes mellitus 29,054 (52.7%); hipertensión arterial 18,975 (34.4%); glomerulopatías crónicas 3,951 (7.2%); riñones poliústicos 1,142 (2.1%); congénitos 875 (1.6%); y otras 1104 (2%).

Como se puede leer anteriormente son diversas las causas de ERC López (2010), menciona que se pueden agrupar por: enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares primarias, enfermedades glomerulares secundarias, enfermedades tubulointersticiales y uropatías obstructivas. La ERC es resultado de una pérdida progresiva de la estructura renal con disminución del filtrado glomerular secundaria a diversos procesos etiológicos y evoluciona desde alteraciones bioquímicas hasta un síndrome clínico con repercusión multiorgánica llamado uremia. La TFG (tasa de filtrado glomerular) disminuye por tres causas principales: 1) pérdida del número de nefronas por algún daño al tejido renal, 2) disminución de la TFG de cada nefrona sin descenso del número total de unidades funcionales, y 3) un proceso combinado con pérdida del número y disminución de la función de las nefronas.

1.1.3 Diagnóstico

De acuerdo con la National Kidney Foundation la enfermedad renal crónica es aquella disminución renal expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG) menor de 60 ml/min/1.73 m² o con daño renal mayor de tres meses (implica alteraciones persistentes y progresivas). Una TFG menor a 60 ml/min/1.73 m² ya implica por sí sola una ERC debido a la pérdida de al menos la mitad de la función renal lo que ya se asocia a complicaciones.

En las etapas tempranas no suelen aparecer síntomas, sino hasta que la función renal es muy baja. Algunos de los síntomas que presentan en las etapas avanzadas son: pérdida de apetito, cambio de peso, náuseas, hinchazón en tobillos y pies, cansancio, piel seca y picazón en la misma (KDIGO, 2013).

Es una enfermedad que cursa casi de manera asintomática, es en estadios finales cuando la enfermedad está más avanzada y comienza a manifestarse mediante alteraciones digestivas, hematológicas, cardiovasculares, neurológicas y metabólicas. Entre estas alteraciones se incluyen una importante retención de líquidos, un cambio en la coloración de piel (toman un tono amarillo-verdoso), mal sabor de boca (aliento metálico), diarreas frecuentes, falta de apetito, náuseas, calambres y problemas para dormir (Contreras, Esguerra, Espinoza, Gutiérrez y Fajardo, 2006; Torres, 2010).

Como se mencionaba antes la ERC es una enfermedad que daña progresivamente la función renal, impidiendo eliminar las toxinas en la sangre, imposibilitando realizar funciones necesarias para mantener una buena salud. Para conocer el estado de salud en riñones, se recomienda hacer un examen de sangre que mida la creatina en el cuerpo. En el anterior examen se puede visualizar el filtrado glomerular, si el paciente presenta un filtrado glomerular menos de 60ml/min/1,73 m² se considera que padece ERC (Guevara et al., 2016). Otras pruebas que permiten tener una señal del funcionamiento de los riñones son: análisis de orina (proteinuria) el cual sirve para detectar si hay proteínas en la orina y examen de creatina plasmática la cual permite estimar la función renal.

Dentro del diagnóstico, la tasa de filtrado glomerular (TFG) se refiere a las etapas de la ERC, generalmente cuanto más sea la TFG los riñones estarán más sanos. En las etapas 3 a 5 se puede diagnosticar únicamente por la TFG, pero en las etapas 1 y 2 se necesita otra evidencia de daño renal, como lo es la proteinuria (MSSSI, 2016):

- Estadio 1 (TFG mayor a 90): TFG normal o aumentando, con otra evidencia de daño renal.
- Estadio 2 (TFG 60-89): ligero descenso de la TFG, con otra evidencia de daño renal.
- Estadio 3: Subdividido en 3A (TFG 45-59) y 3B (TFG 30-44), disminución moderada de la TFG con o sin otra evidencia de daño renal.
- Estadio 4 (TFG 15-29): Marcado descenso de la TFG, con o sin otra evidencia de daño renal.
- Estadio 5 (TFG menor a 15): Fallo renal (insuficiencia renal terminal).

Es necesario que se ofrezcan pruebas de diagnóstico de la ERC a personas con alguna otra enfermedad o factor de riesgo, como: diabetes; hipertensión arterial; enfermedad cardiovascular; anormalidad del aparato renal (presencia de piedras en el riñón, aumento de próstata); lupus eritematoso sistémico; antecedentes familiares de enfermedad renal crónica (en etapa 5) o enfermedad renal hereditaria; presencia de sangre en la orina (hematuria) o de proteínas en la orina (proteinuria) donde no hay causa conocida (Ávila-Saldívar, 2013; MSSSI, 2016).

1.2 Epidemiología

La enfermedad renal crónica es resultado de diversas enfermedades crónico-degenerativas, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y si no es tratada ocasiona la muerte. Considerada una enfermedad catastrófica debido al creciente número de casos, su alto costo, su detección tardía y las altas tasas de morbilidad y mortalidad. La incidencia se debe principalmente al aumento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y al envejecimiento propio de la población (Velázquez y Espín, 2014). Durante el año 2013 se consideraba que la ERC afectaba aproximadamente al 10% de las personas adultas en diferentes partes del mundo (Ávila-Saldívar, 2013).

La ERC representa un problema grave en la salud pública en México, además de ser la segunda causa más importante de años de vida perdidos en Latinoamérica, este padecimiento tiene un impacto indirecto en la morbilidad y mortalidad global al aumentar el riesgo de padecer otras cinco patologías importantes, como: enfermedades del corazón, diabetes, hipertensión, VIH y malaria (Levin, 2018).

En el año 1990 la enfermedad renal crónica fue la causa número 27 en número de muertes totales (15,7 por 100.000), mientras que para el año 2010 se situó en el número 18, causando 16,3 muertes por 100.000 habitantes (tasas estandarizadas por edad). Así mismo en 2010 la cifra de enfermos tratados mundialmente con ERC superaba las 2,500,000 de personas, cifra que cada año se eleva al igual que el costo de atención. Diferentes estudios han estimado que más del 10% de la población mundial sufre algún grado de enfermedad renal crónica, bastante similar a los datos disponibles de diabetes (MSSSI, 2016).

Para México en el año 2010 se estimó que existían más de 129 mil pacientes con ERC en etapa terminal, los cuales sin alternativa necesitaban de un tratamiento sustitutivo para mantenerse con vida, sin embargo, menos de la mitad de los pacientes recibieron alguna forma de tratamiento (López, 2010).

De acuerdo con Torres-Toledano, Granados-García y López-Ocaña (2017), en el año 2015 hubo más de 1,234,931 muertes en el mundo por enfermedad renal crónica, la ERC a nivel mundial representó el 1.24% de todas las muertes, el 1.62% en total de años perdidos, el 1.04% del total de años vividos con discapacidad y el 0.84% del total de años de vida ajustados por discapacidad. En México para el mismo año hubo 62,273 muertes de personas con ERC, siendo la CDMX, Veracruz, Puebla, Guerrero y Morelos los estados con más número de muertes por esta causa.

En el mundo existen más de 135 millones de diabéticos y más de 1000 millones de hipertensos, la OMS afirma que para el año 2025 habrá 300 millones de personas con diabetes mellitus (la mayoría de tipo 2) y más de 1560 millones de hipertensos, por lo tanto, habrá un notable incremento de personas con enfermedad renal crónica (Velázquez y Espín, 2014).

Torres-Toledano et al. (2017), estima que existen alrededor de 6.2 millones de mexicanos con diabetes tienen insuficiencia renal crónica en diversas etapas, sin que necesariamente todos sepan que la padecen. Al menos en México durante el año 2017 se reportó una prevalencia de ERC del 12.2% y 51.4 muertes por cada 100 mil habitantes y se registraron más de 160 mil muertes relacionadas a dicha enfermedad. Proyecciones elaboradas por la UNAM dicen que, si las condiciones persisten, para el año 2025 al menos habrá cerca de 212 mil casos (López, 2010).

De acuerdo con Tamayo y Lastiri (2016), la enfermedad renal crónica es un problema de grandes dimensiones en México, cuyas proporciones e impacto apenas hemos comenzado a entender, empezando con que no hay un registro centralizado de casos de padecimientos renales, muchas de las muertes reportadas por enfermedades cardiovasculares son en realidad muertes por enfermedad renal crónica que nunca fue detectada.

En México a pesar de que no existe un registro real de la tasa de pacientes con este padecimiento, que permita conocer con precisión la magnitud del problema y el grado en que los afectados se benefician de un tratamiento recibido, se estima que la incidencia de pacientes con IRC es de al menos 377 casos por millón de habitantes (López, 2010).

En nuestro país la IRC se encuentra entre los primeros 10 lugares de causas de muertes en general, ocupa la octava causa de defunción en el varón de edad reproductiva y la sexta en la mujer de 20 a 59 años, es, además, el tercer lugar por demanda de atención en los servicios de urgencias del segundo nivel y el octavo como causa de egreso hospitalario por defunción (Ávila-Saldívar, 2013; Méndez-Durán et al., 2016).

En México además de los problemas anteriores mencionados, no se cuenta con médicos especializados para tratar la enfermedad en sus distintas etapas, de acuerdo con el Consejo Mexicano de Nefrología (2016, como menciona Tamayo y Lastiri, 2016), solo reporta tener 1190 nefrólogos en su base de datos en todo el país, de los cuales el 77.8% corresponde a nefrólogos certificados vigentes y 22.2% a nefrólogos pendientes de renovación, cuando

debería haber al menos 3000 especialistas. México, un país con aproximadamente 120 millones de habitantes de los cuales al menos 12 millones padecen algún grado de daño renal.

La atención de la enfermedad en México es proporcionada por: IMSS 62,2%; Seguro Popular 15,1%; ISSSTE 11,9 %; sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través de 212 hospitales generales regionales y 13 Unidades médicas de Alta Especialidad distribuidos en el territorio nacional, brindan una cobertura de atención del 73% de todos los pacientes bajo en el país, de los cuales el 54% lo ocupa el género masculino y el 46% el género femenino (Méndez-Durán et al., 2016).

López (2010), menciona que dentro de los tratamientos de sustitución renal se encuentran: la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal. México es un país en el cual ha predominado el uso de la diálisis peritoneal, sin embargo, recientemente se ha impulsado la hemodiálisis, a pesar de ello los costos son muy poco accesibles para la mayoría de la población, se requieren mínimo 15 millones de pesos para lograr una cobertura universal de los pacientes nacionales con ERC terminal tan solo para tratamiento de hemodiálisis. Cerca del 80% de los pacientes tratados reciben un tratamiento con diálisis peritoneal, mientras que solo cerca del 20% reciben hemodiálisis, por su parte solo el 1.6% corresponde al trasplante renal, si bien este último es la mejor opción de tratamiento para la ERC, no es una solución viable debido a la falta de donadores, los altos costos iniciales y el nivel de deterioro orgánico que presentan los pacientes por las enfermedades primarias.

Méndez-Durán (2016), afirma que, de los pacientes en tratamiento dialítico dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, la distribución es la siguiente: hemodiálisis (HD) 41% de los pacientes (18% intramuros y 23% extramuros o servicios subrogados); mientras que la diálisis peritoneal (DP) 59% (automatizada en 27% y manual 32%).

Tamayo y Lastiri (2016), estiman que el IMSS otorga el 80% de todas las diálisis a nivel nacional, los hospitales privados el 5% y el resto del sector salud el 7%, por lo cual solo 74 400 enfermos de los 124 mil reciben un tratamiento sustitutivo, del resto se desconoce. Por su parte, el trasplante renal en México de acuerdo con las cifras del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) para 2015 seguían siendo desalentadoras, siendo apenas un total de 2,270 casos trasplantados de una lista de 12,095 pacientes en espera de un riñón. De total de los trasplantes, el 71% proviene de donadores vivos, relacionados y sólo una minoría de 29% de donadores cadavéricos. La Sociedad Mexicana de trasplantes afirman que un 80% de las personas en

necesidad muere en la espera de un trasplante, la espera de aquellos que reciben la donación es de 5 años promedio (85% de quienes logran recibirlo, les funciona en promedio sólo cinco años), el costo de trasplante en una institución pública es de 300 mil pesos aproximadamente.

De acuerdo con el Foro de Alto Nivel de Estrategias y Prevención de la Diabetes en México (Ávila-Saldívar, 2013), si se incrementara en 60% el gasto en prevención de complicaciones por ERC podría ahorrarse 100,000 millones de pesos en el año 2050.

1.3 Etapas de la Insuficiencia Renal Crónica

En las primeras etapas de la enfermedad renal crónica los síntomas suelen pasar desapercibidos, siendo detectados cuando ya están en etapas avanzadas y solo mediante un tratamiento se puede ralentizar la progresión de la insuficiencia renal. Sin embargo, en algunos casos si se detectan a tiempo pueden ser reversibles, ya sea de forma espontánea o con tratamiento, en otros casos el tratamiento puede causar una regresión parcial de daño renal y mejorar la función (KDIGO, 2013).

La enfermedad renal crónica es progresiva, caracterizada por seguir ciertos patrones o síntomas en cada estadio, Ávila-Saldívar (2013) resume las etapas de la insuficiencia renal en cinco estadios:

- Estadio 1.- Pacientes con una TFG mayor a 90 o normal.
- Estadio 2.- Daño renal asociado con una ligera filtración glomerular entre 89 y 60ml/min/1.73 m², en general no se presentan síntomas y el diagnóstico se establece por accidente o revisión normal.
- Estadio 3.- Disminución moderada de la TFG entre 30 y 59 ml/min/1.73m². Este estadio se divide en dos etapas: la primera se denomina etapa “3a temprana” TFG entre 59 y 45 ml/min/1.73 m²; la segunda etapa “3b tardía” con TFG entre 44 y 30 ml/min/1.73m². En esta etapa disminuye la función renal y se acumulan las toxinas en el torrente sanguíneo ocasionando uremia, es común que los pacientes presenten síntomas y complicaciones típicas originadas por la hipertensión, anemia o alteraciones metabólicas.
- Estadio 4.- Existe un daño renal avanzado con grave disminución de la TFG situándose entre 15 y 29 ml/min/1.73 m². Los pacientes tienen alto riesgo de tener complicaciones cardiovasculares.

- Estadio 5.- Insuficiencia renal crónica terminal, la TFG por debajo de 15 ml/min/1.73 m², en este estadio se requiere un tratamiento sustitutivo.

Del mismo modo López (2010), menciona 5 estadios de la enfermedad renal crónica las cuales diferencia de la siguiente manera:

- Estadio 1: Esta etapa se caracteriza por la presencia de daño renal con TFG normal o aumentada (mayor o igual a 9ml/min/1.73m²), los pacientes generalmente son asintomáticos y la enfermedad pasa desapercibida, comúnmente el diagnóstico se da por casualidad al estudiar otras condiciones relacionadas como la diabetes, hipertensión o enfermedad poliquística.
- Estadio 2: En esta etapa se da una ligera disminución de la TFG entre 89 y 60 ml/min/1.73m², generalmente los pacientes no presentan síntomas ni se percatan de la enfermedad, al igual que el estadio 1, el diagnóstico se puede realizar de manera accidental.
- Estadio 3: Se puede ver una disminución moderada de la TFG, la cual está entre 30 y 59 ml/min/1.73m², en esta etapa al disminuir la función renal, se comienzan a acumular sustancias tóxicas en el torrente sanguíneo que ocasionan uremia, por lo que quienes padecen la enfermedad en este estadio presentan complicaciones típicas como es: hipertensión, anemia y alteraciones en el metabolismo óseo. Algunos también experimentan anemia, fatiga, retención por agua corporal, falta de sueño, calambres musculares, cambios de frecuencia urinaria, espuma cuando hay proteinuria y hematuria.
- Estadio 4: Se refiere a daño renal avanzado con una disminución grave de la TFG entre 15 y 30 ml/min/1.73m², tienen mayor riesgo de progresión al estadio 5 y complicaciones cardiovasculares. A los síntomas del estadio anterior se le agregan náusea, sabor metálico, aliento urémico, dificultad para concentrarse, alteraciones nerviosas como adormecimiento u hormigueo en sus extremidades.
- Estadio 5: También conocida como enfermedad renal crónica terminal o insuficiencia renal crónica terminal, donde la TFG está por debajo de 15ml/min/1.73m². En esta etapa el paciente necesita recurrir a un tratamiento sustitutivo renal para preservar la vida, sin embargo, no todos los pacientes progresan hasta la etapa final, estudios recientes demuestran que los pacientes

con ERC tienen 5 a 10 veces más de probabilidades de morir antes de llegar a una etapa terminal.

A su vez Villagrán (2012), divide los estadios evolutivos de la siguiente manera:

- IRC Leve: En esta etapa hay prácticamente ningún síntoma relevante, puede existir un ligero aumento de la urea o de la creatinina.
- IRC Moderada: Se presentan datos anormales como la elevación de la urea, de la creatinina, el ácido úrico, fósforo y presencia de anemia. La persona puede comenzar a experimentar astenia, anorexia, debilidad, etc.
- IRC Grave: En esta etapa los análisis ya suelen arrojar datos muy elevados. Se presenta acidosis por la disminución de bicarbonato, hiperpotasemia ligera, hipocalcemia y anemia. El paciente experimenta picores, calambres, hematomas, desnutrición, etc.
- IRC Terminal: Disminución irreversible y progresiva de un número significativo (85%) de neuronas funcionantes. El daño a los riñones es irreversible y necesita de un tratamiento que sustituya la función renal para poder prolongar la vida.

1.4 Tratamiento sustitutivo renal

La Insuficiencia Renal Crónica se define como la pérdida lenta, progresiva e irreversible del filtrado glomerular del riñón, generalmente asintomático hasta estar en etapas muy avanzadas, cuando el filtrado glomerular está por debajo de 15 ml/min/1.73 m², es cuando aparecen las complicaciones digestivas, hematológicas, cardiovasculares, neurológicas y metabólicas como: retención de líquidos, cambio en la coloración de piel, diarreas frecuentes, falta de apetito, náuseas, problemas intestinales, calambres en las extremidades y problemas para dormir, siendo necesario un tratamiento sustitutivo renal para evitar más afectaciones de salud y por consiguiente mantener con vida al paciente. La decisión de cual tratamiento tomar debe ser considerada de acuerdo con la situación clínica, nivel socioeconómico y preferencias del paciente (KDIGO, 2013; Méndez-Durán et al., 2016).

-Diálisis Peritoneal

De acuerdo con López (2010), la diálisis peritoneal tiene como principal función la depuración a nivel renal, permite remover tanto los solutos como fluido del paciente urémico,

este sistema consta de una bolsa que contiene el líquido de diálisis conectada al catéter a través del cual se introduce el líquido a la cavidad abdominal, el tratamiento se lleva a cabo dentro del abdomen a través de una membrana peritoneal, y posteriormente el líquido con los desechos drena a una bolsa de salida. La inclusión de un paciente en un programa de diálisis se debe individualizar en función de las condiciones físicas, mentales, clínicas y sociales del mismo. Existen diferentes modalidades de DP, siendo la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y la DP automatizada o ciclada (DPA) las mayormente utilizadas, siendo importante señalar que en este tratamiento es el enfermo quien tras un periodo de adiestramiento lo realiza.

- DPCA: diálisis peritoneal continua ambulatoria, es una técnica manual la cual el paciente puede realizar en su domicilio tras un entrenamiento adecuado, se utiliza una solución dializante que se infunde en la cavidad peritoneal; transcurridas cuatro-seis horas se drena impregnada de toxinas urémicas.
- DPA: diálisis peritoneal automatizada, en esta se utiliza una cicladora para la infusión dializante y posterior drenaje, la cual habitualmente se realiza por la noche. Esta logra una mejor depuración y excreción de volumen, además de ser un procedimiento que se adecua más al paciente.

-Hemodiálisis

La hemodiálisis (HD) permite eliminar las toxinas y el exceso de líquidos del torrente circulatorio mediante una máquina de circulación extracorpórea y un dializador. El tratamiento con hemodiálisis se realiza tres veces por semana, en sesiones que duran alrededor de tres a cuatro horas, en cada sesión de hemodiálisis se debe evaluar las necesidades individuales de cada paciente. Este tratamiento ha tenido notables avances tecnológicos en las últimas dos décadas, su costo ha disminuido al grado de ubicarse a un nivel competitivo respecto a la diálisis peritoneal, sin embargo, en México es poco accesible para la mayoría de los pacientes, por ello la mayoría de los pacientes que tienen acceso al tratamiento lo hacen por medio de instituciones públicas (López, 2010).

La hemodiálisis es un procedimiento invasivo, de reemplazo de la función renal, a través de la utilización de una máquina, cuya función es eliminar el material de desecho generado por el organismo y que se encuentra acumulado en la sangre, como resultado de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), así como restablecer el balance químico de la misma, al

descartar sustancias químicas que se encuentran en exceso, por medio del dializador que es membrana semipermeable, también llamada riñón artificial (Villagrán, 2012).

Para la HD se necesita acceder al sistema vascular que permita la entrada y salida de sangre, la disposición del acceso en buenas condiciones tiene una mayor eficacia y una mejor calidad de vida en los pacientes, entre los tipos de acceso se encuentran: la fístula arteriovenosa (FAV), el injerto y el catéter central (López, 2010).

Lo anterior se realiza generalmente a través de una cirugía menor, por lo general en el brazo, la fístula es la primera opción de acceso, la cual se realiza uniendo una arteria a una vena cercana (debajo de la piel) para crear un vaso sanguíneo de mayor tamaño, este tipo de acceso es el más usado debido a que presenta menos complicaciones y dura más tiempo. Por otro lado, para el injerto se une la arteria a una vena cercana con un tubo blando y pequeño de material sintético que se coloca debajo de la piel. Cuando el injerto o la fístula hayan cicatrizado se colocarán dos agujas, una en el lado de la arteria y otra en el lado de la vena de la fístula o el injerto, cada vez que reciba tratamiento. Las agujas se conectan a tubos plásticos. Un tubo lleva la sangre al dializador en donde se extraen los productos de desecho, las sustancias químicas y otros fluidos en exceso y se depositan en una sustancia llamada dializante; y el otro tubo regresa la sangre limpia a su cuerpo. Por último, el catéter se inserta en una vena grande del cuello o del tórax, este tipo de acceso generalmente se utiliza cuando se requiere diálisis por un espacio de tiempo corto o cuando no es posible crear una fístula o un injerto, los catéteres se pueden conectar directamente a los tubos de diálisis, de forma que no se utilizan agujas (Villagrán, 2012).

El procedimiento consiste en bombear sangre heparinizada a un flujo de 300 a 500 ml/min, mientras que el líquido de diálisis es impulsado por una máquina a contracorriente a una velocidad de 500 a 800 ml/min. La difusión, la convección y la ultrafiltración a través de una membrana son propiedades integrales del procedimiento: la difusión es aquel movimiento de solutos de un compartimento a otro por un gradiente de concentración, es el principal mecanismo por el cual se eliminan las moléculas en la hemodiálisis; la convección es el mecanismo por el cual los solutos son eliminados por el flujo; y la ultrafiltración se refiere a la eliminación de agua ((Méndez-Durán et al., 2016).

Así mismo López (2010), dice que son tres los principales componentes del tratamiento: el dializador, el sistema de transporte y la composición de líquido de diálisis, es decir, un

compartimento con sangre, un compartimento con líquido de diálisis y una membrana de celofán que es semipermeable cuya función es separar los compartimentos. Esta última es la que permite la libertad del movimiento de las moléculas en ambas direcciones (de la sangre a la solución de diálisis y viceversa) excluyendo a las células de sangre y las proteínas plasmáticas. La concentración de las soluciones determina la dirección que tomará el flujo, en condiciones normales los productos de desecho se difunden hacia la solución de diálisis.

La hemodiálisis es un tratamiento complejo, el cual genera diversas molestias o complicaciones como: convulsiones, hipotensión arterial, calambres, náuseas vómitos, cefalea, arritmias, síndrome de piernas inquietas, dolores musculares, entre otros. Además de recibir hemodiálisis el paciente debe seguir una dieta adecuada con restricciones la ingesta de líquidos, sodio, potasio y fósforo; debiendo ingerir alimentos ricos en proteínas (Villagrán, 2012).

-Trasplante Renal

El trasplante renal consiste en colocar el riñón de otra persona en el cuerpo de un paciente mediante cirugía, el riñón es trasplantado y se coloca en el interior de la parte baja del abdomen, y generalmente se conectan a la arteria y venas renales del injerto a la arteria iliaca externa y la vena ilíaca del paciente. Dando como resultado que la sangre del paciente fluya a través del riñón trasplantado y este comienza a realizar sus funciones como producir orina, secretar eritropoyetina, hormonas, etc. Los resultados en torno a la supervivencia han mejorado en los últimos años debido a la meticulosidad en la selección del receptor, los cuidados pre y post operatorios, y el uso de nuevos fármacos inmunosupresores más seguros y eficaces. EL trasplante renal minimiza la morbilidad y mortalidad, además de mejorar la calidad de vida, a pesar de lo anterior, desafortunadamente no todas las personas que padecen ERC son candidatas a un trasplante renal (López, 2010).

1.5 Impacto de la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis en la calidad de vida del paciente

Antes de comenzar a hablar del impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente, es necesario entender a qué nos referimos con este último término. Galván (2014), refiere que la calidad de vida es aquella percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia con el contenido de la cultura y el sistema de valores en los que vive, en base a la relación de sus objetivos, experiencias e inquietudes. Resultado de una interacción constante entre los factores económicos, sociales, necesidades individuales, libertad emocional, entornos

ecológicos, condiciones de salud-enfermedad ya sea de forma individual o social. La calidad de vida conlleva a mejorar el nivel de vida y cambios en el estilo de vida individual. Así mismo enfatiza cinco campos necesarios de cubrir para poder hablar de “calidad de vida”:

- Físico: donde puede tener aspectos de salud y seguridad física.
- Material: contar con una vivienda digna, con acceso a todos los servicios básicos, alimentos al alcance y medios de transporte.
- Educativos: existencia y cercanía a una educación donde permita ampliar los conocimientos de forma individual y colectiva.
- Emocional: es un campo muy importante para cualquier ser humano, mediante el cual permita que su estado emocional vaya creciendo de manera eficaz.
- Social: campo en el cual el ser humano tiene opciones interpersonales con núcleos básicos como la familia y amigos que permitan el desarrollo de este.

La calidad de vida es un concepto multidimensional, puede definirse como la evaluación subjetiva sobre la capacidad del individuo para lograr mantener un nivel de funcionamiento que le permita seguir con aquellas actividades que son importantes para él y que le generan bienestar (García y Sales, 2011).

La calidad de vida en enfermos crónicos se define como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona teniendo en cuenta los efectos producidos por la enfermedad, el tratamiento y las complicaciones que de esta deriven. De acuerdo con Vázquez (2020), la calidad de vida depende del resultado del impacto de la enfermedad y el tratamiento (evolución, adaptación y efectos secundarios), tomando en consideración cuatro aspectos, bienestar físico, social, psicológico y espiritual:

- El bienestar físico se determina por: la actividad funcional; la fuerza o la fatiga; el sueño y el reposo; el dolor y otros síntomas.
- El bienestar social tiene que ver con: las funciones y las relaciones; el efecto y la intimidad; la apariencia; el entretenimiento; el aislamiento; el trabajo y la situación económica; y el sufrimiento familiar.
- El bienestar psicológico se relaciona con: la ansiedad; la depresión; la cognición; y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento.
- El bienestar espiritual se refiere a: el significado de la enfermedad; la esperanza; la trascendencia; la incertidumbre y la fuerza interior.

A lo largo de las distintas etapas de la enfermedad renal, la calidad de vida de los pacientes se modifica, ya que el paciente debe adherirse al tratamiento medicamentoso, restringir la alimentación y modificar su patrón de ingesta de líquidos, tiende a presentar estrés, dolor, depresión, miedos e incertidumbre (Becerra y Reynoso, 2014).

La hemodiálisis y en general las enfermedades crónicas reducen la calidad de vida de las personas, provocan un desajuste en las relaciones sociales, ocasionan un importante incremento del estrés, y en diversas ocasiones entorpecen las actividades de la vida diaria, lo que puede traer depresión o ansiedad, en especial, si la enfermedad viene asociada a dolor o si produce incapacidad y dependencia de otras personas (Blanco y Rodríguez, 2007).

Dentro del concepto calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, deben valorarse distintos aspectos: físico (síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad), psicológico (nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima) y social (relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria, la rehabilitación laboral, etc.), esta valoración de la calidad de vida relacionada con la salud incluye aspectos objetivos y subjetivos, desde esta perspectiva el concepto enfatiza el bienestar y la satisfacción del paciente en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción de salud y en su recuperación integral, ya que deben aprender a vivir con las limitaciones que la enfermedad y el tratamiento ocasionan, además de modificar el estilo de vida (Contreras et al., 2006).

López (2010), menciona que, en la enfermedad renal crónica, los tratamientos sustitutivos (como lo es la hemodiálisis) impactan negativamente en el paciente en todas las esferas de la vida, teniendo repercusiones sociales, económicas, laborales, familiares y personales. Evidenciando de mayor manera los problemas con el núcleo familiar y la situación económica, lo anterior debido a que la terapia limita el apego a la misma (es tiempo y dinero invertido), son muy pocos los pacientes que pueden costear un tratamiento, por ello la mayoría depende de la cobertura de las instituciones públicas de seguridad social. En resumen, vivir con IRC es un proceso muy doloroso, solitario y en general carente de apoyo profesional.

La hemodiálisis (HD) es de gran impacto tanto en la calidad de vida del paciente, así como de quienes lo acompañan en el proceso, sin embargo, este impacto dependerá de: la personalidad de los miembros, las experiencias previas de la familia, el nivel de conocimientos de la enfermedad, los sistemas de apoyo y la estabilidad económica (Guevara et al., 2016).

Los compañeros de trabajo, los amigos, la familia o conocidos, pueden ser un grupo de apoyo emocional y material para los sujetos, teniendo un efecto positivo en el sostenimiento y fortalecimiento de las metas de salud y de los proyectos de vida del individuo. El tratamiento de hemodiálisis afecta la calidad de vida de la mayoría de los pacientes al percibirla como una limitante de sus actividades diarias, por ello es necesario que un equipo multidisciplinario colabore en conjunto con el familiar y paciente para fomentar la importancia de asistir o realizar su tratamiento, así como de crear conciencia y empatía entre los familiares (Hidalgo y Montalvo, 2010).

La hemodiálisis y en general la insuficiencia renal crónica tal como lo mencionan Becerra y Reynoso (2014), introducen a retos psicosociales significativos y demandas adaptativas. Los pacientes experimentan la amenaza constante de muerte, disminución de la fuerza física, dependencia de maquinarias médicas y del personal médico y paramédico, tensiones vocacionales y económicas, restricciones en la alimentación e ingesta de líquidos, además de regímenes médicos farmacológicos complejos. Estos cambios imponen limitaciones en el estilo de vida, además de volverse retos adaptativos para los cónyuges y otros miembros de la familia.

Con base en lo anterior, este apartado hace énfasis en el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de pacientes en un estadio terminal (estadio 5) los cuales requieren tratamiento sustitutivo, en específico de tratamiento de hemodiálisis.

1.5.1 Impacto físico

Como se mencionó antes, el padecer una enfermedad crónica, afecta gradualmente una amplia gama de actividades vitales, demanda ajustes y cambios profundos en la vida del paciente, conlleva a diversos cambios y afectaciones en diferentes áreas de la vida de la persona; en general, tal y como menciona Vázquez (2020), los cambios de rutina del enfermo en dieta, limitación de actividades físicas (autocuidado, labores domésticas, cuidado de hijos, actividades sexuales y laborales), actividades de convivencia, economía, etc.

Los pacientes en hemodiálisis pueden padecer otras afecciones, ya que la insuficiencia renal crónica es una enfermedad asociada con otros factores infecciosos o fisiológicos (Contreras et al., 2006), tales como: glomerulonefritis, enfermedades tubulares, infecciones renales, obstrucción por cálculos, anomalías congénitas, diabetes mellitus, hipertensión

arterial, lupus eritematoso sistémico, etc. A su vez, puede ocasionar enfermedades cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de huesos, anemia, etc.

Las personas en tratamiento de hemodiálisis generalmente presentan disminución cardiorrespiratoria, fatiga y cansancio en general, desnutrición debido a la eliminación de nutrientes, pérdida de movilidad, palidez, hinchazón en los pies y tobillos, mal sabor de boca producto de la no eliminación de desechos, hipertensión, cefalea, calambres, pérdida muscular, mala higiene del sueño, etc., síntomas que pueden presentar tanto antes, durante o después del tratamiento, se ha observado que estos síntomas suelen agudizarse después de ocho años de tratamiento, imposibilitando el realizar su vida de manera normal y por consiguiente afectando su calidad de vida. La hemodiálisis es un procedimiento que desgasta de manera paulatina el cuerpo del enfermo (Hidalgo y Montalvo, 2010).

El impacto físico es el de mayor insatisfacción en los pacientes hemodializados, ya que presentan algunos efectos secundarios como: el síndrome urémico caracterizado por una sensación general de debilidad, náuseas, vómito, falta de apetito y percepción de mal sabor en la boca; la hipoalbuminemia que es un marcador de malnutrición y fuerte predictor de todas las causas de morbilidad y mortalidad en hemodiálisis; la diabetes, que afecta negativamente la dimensión global y física en la calidad de vida; el acceso vascular debido a las infecciones y el taponamiento; y anemia causada frecuentemente por los bajos niveles de hemoglobina ocasionados por la falta de producción de eritropoyetina (Contreras et al., 2006).

La imagen corporal se puede ver afectada pues al presentarse cambios a nivel físico la persona puede sentirse menos atractiva o saludable, por consiguiente, tiene menos confianza en sí misma, menor percepción del control, menor autonomía y mayor dificultad para reintegrarse a sus actividades. Con base en lo anterior, uno de los aspectos en relación con la imagen corporal es la fístula arteriovenosa, ya que deforma visiblemente la parte del cuerpo donde está colocada en el paciente, de modo que deciden esconderla por medio de ropas largas, propiciando una autoestima baja o inseguridad en la imagen corporal, estos desórdenes pueden afectar los valores, creencias e ideas de los pacientes, pudiendo interferir negativamente en la calidad de vida (Becerra y Reynoso, 2014).

Tamayo y Lastiri (2016), mencionan que las secuelas a la condición física por IRC son degenerativas, provocando la dependencia que comenzará siendo parcial, pero se convierte en total mientras avanza la misma. Es común encontrar que pacientes en hemodiálisis presentan

múltiples cambios físicos y psicológicos asociados al proceso de la enfermedad, así como cambios en el desempeño laboral, este es uno de los aspectos que más estrés genera, pues conduce a los individuos a reestructurar su vida cotidiana. Lo anterior en consecuencia a la inevitable modificación en el nivel de actividad, derivado de asistencias frecuentes al nosocomio (consultas, realización de estudios, aplicación de tratamientos de tipo ambulatorio, atención de urgencia y/u hospitalización), aunado a cambios en el nivel de energía a consecuencia de la propia enfermedad o tratamiento, el área laboral puede verse seriamente comprometida, muchas personas se ven obligadas a interrumpir sus ocupaciones laborales en periodos más o menos prolongados, incluso permanentes, lo que conlleva a inestabilidades económicas las cuales también pueden tener efectos sobre el proceso de atención de la salud, pues incluso en contextos de gratuidad de servicios, es necesario hacer determinados gastos (ejemplo: traslado a la unidad médica, algunos medicamentos e incluso alimentos).

Estudios realizados en personas con insuficiencia renal crónica, muestran que la enfermedad al ser un padecimiento invasivo les exige tiempo y costos en tratamientos, además de que el rendimiento es menor al deseado, sintiéndose limitados o presentan dificultades para poder realizar ciertas actividades, por consiguiente, les es difícil conseguir o mantener un trabajo. Una de las dimensiones importantes dentro de la calidad de vida es el sentido de la autonomía personal, por consiguiente, al no poder estar activos laboralmente pierden cierta autonomía, al menos en lo económico (López, 2010).

La limitación laboral puede vivirse como una profunda pérdida, en varones tradicionalmente socializados el no estar activos laboralmente hablando les genera una sensación de abandono obligatorio o reclusión doméstica, mientras que en las mujeres el dolor o la preocupación se presenta cuando los roles que se consideran femeninos se ven interrumpidos, más que cuando se ven afectadas laboralmente (Hidalgo y Montalvo, 2010).

Otro aspecto para considerar son las dificultades sexuales que acompañan a la enfermedad, impactando de manera “directa” en la función sexual o de manera “indirecta” a través de modificaciones de los patrones de interacción, de autoimagen, del sentido de autonomía, de la fatiga o el dolor. La situación sexual puede convertirse también en un estrés a través de preocupaciones sobre su vida sexual, temores e inseguridades en relación con el desempeño o los cambios vividos en el cuerpo, dificultad para disfrutar sensaciones eróticas, necesidad de vínculos eróticos diversos, así como confrontación con creencias o estereotipos sexuales (Velázquez y Espín, 2014).

1.5.2 Impacto psicológico

La Insuficiencia renal crónica afecta al individuo a nivel cognoscitivo, emocional y conductual desde el momento en que recibe el diagnóstico, es común que los pacientes presenten somnolencia, obnubilación, adinamia, encefalopatía urémica (trastorno cerebral orgánico que se da en pacientes con IRC, resultado de un desequilibrio urémico, generalmente se revierte después de la sesión de hemodiálisis). Los pacientes presentan alteraciones variables de la conciencia, del comportamiento psicomotor, del pensamiento, de la memoria, del habla, de la percepción y de la emoción. El padecer una enfermedad crónica implica algún procedimiento quirúrgico, por sí mismas repercuten de manera variable sobre el equilibrio emocional de las personas (Becerra y Reynoso, 2014).

Rojas-Villegas, Ruiz-Martínez y Gonzales-Sotomayor (2017), consideran que los factores emocionales son tan importantes que pueden agravar o causar mayores dificultades en el proceso de la enfermedad, que pueden ir desde la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento, hasta poder desarrollar otros síntomas o enfermedades.

Las personas con hemodiálisis no sólo presentan cambios orgánicos o físicos, también manifiestan cambios psicológicos que se evidencian no solo en la esfera individual sino en la social, de ahí la importancia de la psicoterapia con dichos pacientes para lograr un mejoramiento subjetivo y fisiológico. Cuando se diagnostica la enfermedad, las respuestas de los pacientes son: carácter pesimista, intolerancia, subvaloración, reacciones exageradas de miedo y/o ansiedad, conflictos familiares y de pareja. La influencia de la HD es devastadora para los pacientes, disminuye sus perspectivas y metas futuras, les crea sentimientos de minusvalía, inferioridad, inutilidad y desamparo, por lo cual se vuelven individuos vulnerables a sufrir un daño psicológico y tener una mortalidad aumentada (Durán, Machuca y Méndez, 2011).

El procedimiento de la hemodiálisis genera alteraciones emocionales y sociales, tanto en el paciente como en su familia, estudios han demostrado la presencia de ciertas variables emocionales que afectan de manera significativa la calidad de vida del enfermo, como: depresión, seguida por la ansiedad, ideación suicida, desesperanza y soledad. Además de ello se ha encontrado una relación entre las variables y un estilo de afrontamiento cognitivo-disfuncional, desadaptativo, que puede favorecer al desarrollo de una actitud pasiva y

desesperanzada con respecto al tratamiento, afectando la adherencia al mismo y por ende la calidad de vida (Mendoza, González, Cabrera y Arzate, 2016).

Becerra y Reynoso (2014), mencionan que cuando el médico da el diagnóstico de alguna enfermedad considerada por la persona como grave, es probable que el paciente reciba un impacto psicológico importante. La negación inmediata suele ser las reacciones comunes, acompañada de sentimientos de ansiedad, enojo e ira, expresándose a través de la queja o el llanto. Existen algunos psicólogos que creen que las manifestaciones tienen cierto orden, pero en realidad existe todo tipo de pacientes y las manifestaciones se pueden presentar súbitamente, casi de manera simultánea y desordenada. Por lo que es necesario el ofrecer ayuda psicológica pronta y expedita, para reducir en la medida de lo posible el impacto en el diagnóstico y la aparición de este tipo de problemas, para que así el paciente pueda de la manera más tranquila tomar decisiones sobre su enfermedad y tratamiento.

El padecer una enfermedad crónico-degenerativa se considera como uno de los diez eventos vitales que generan mayor nivel de estrés. Un paciente con enfermedad renal crónica frecuentemente presenta estrés producto del desconocimiento de la enfermedad que padece o bien, genera falsas expectativas (positivas o negativas) respecto a su enfermedad, sintiéndose solo y sin apoyo social. Este estrés se acompaña de emociones dañinas. Además, son otros los aspectos psicológicos que un paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis puede presentar, sobresaliendo los cambios cognitivos y afectivos, como: el miedo, la ansiedad, la pérdida de autoestima, de autoimagen e incertidumbre, así como cambios en creencias personales, religiosas y espirituales, en torno al sentido de vida y de sufrimiento, etc. (Becerra y Reynosa, 2014; Hidalgo y Montalvo, 2010).

Son diversas las variables psicológicas que han demostrado tener efectos sobre la calidad de vida en pacientes con HD, como: la depresión, la ansiedad, el estrés, la hostilidad, ira, la dependencia emocional psicológica derivada del tratamiento sustitutivo, la incertidumbre acerca del futuro y el reconocimiento de la pérdida de calidad de vida, lo cual tiene repercusiones importantes sobre el bienestar del enfermo y se ha asociado a una mayor mortalidad (Mendoza et al., 2016).

Cantillo, Castrillo y Corro (2010), exponen que los problemas psicológicos más comunes en pacientes en hemodiálisis son; la depresión; cuadros de ansiedad; los procesos

fóbicos y ritualísticos; y la indiferencia afectiva, que repercute en conductas escasamente cooperativas, en negatividad, irritabilidad u otras alteraciones del estado anímico, etc.

Desde el punto de vista de Mendoza et al. (2016), los pacientes en hemodiálisis pueden desarrollar fuertes trastornos psicológicos e incluso llegar a la muerte en una etapa temprana, por falta de conocimiento e implicación en su autocuidado. El estado emocional de los pacientes es raramente atendido, atribuyendo el fracaso al propio tratamiento o a variables meramente biológicas, sin embargo, desde el inicio de la enfermedad comienzan a presentarse alarmas emocionales y conductuales que pueden interferir en la adherencia al tratamiento y por consiguiente a la salud de paciente, como: alteraciones en el estado de ánimo (tristeza, depresión); ansiedad (miedo); aislamiento y cambios de humor que favorecen a relaciones conflictivas y reacciones emocionales negativas; y conductuales (sobre ingesta de líquidos o alimentos prohibidos). En base a lo anterior es importante enfatizar la importancia de atención psicológica del paciente para: el manejo de estados emocionales negativos que acompañan a la enfermedad (ansiedad, depresión, ira y hostilidad, entre otros), así como el manejo efectivo de variables de apoyo psicosocial (incluyendo a la familia o cuidador primario), el desarrollo de autoeficacia, autoestima y asertividad en favor a una buena comunicación paciente-médicos-familia.

El tratamiento por sí solo tiene implicaciones cognitivas importantes en el paciente, los pacientes hemodializados saben que ese tratamiento es el que le puede extender la vida, sin embargo, al momento de la conectarlo con la máquina el paciente puede experimentar un momento difícil, miedo, angustia e incluso incertidumbre al no poderse visualizar libre de ese tratamiento. Es un proceso bastante complejo, con una duración de tres a cuatro horas por tres días a la semana, lo cual conlleva a un agotamiento y desgaste físico, por consiguiente, alteraciones psicológicas, físicas y sociales. Debido a lo anterior muchos pacientes asumen una posición pesimista y fatalista hacia el futuro; se deprimen y no logran adaptarse a las nuevas exigencias; reflejan agresividad, ansiedad, intolerancia, egocentrismo; reacciones psicológicas de temor, hipocondría; dificultades interpersonales y conflictos familiares (Salas y Fernández, 2019).

Ante el rechazo o la ineficacia de los tratamientos y la agresividad de estos, los altos costos en cuidados, el dolor crónico y la disminución de la calidad de vida, muchos de los pacientes pueden considerar que concluir con el ciclo de vida puede ser la mejor alternativa para ellos. Por lo que la atención psicológica puede ser de gran ayuda para aquellos pacientes

y familia cercanos en la transición de la muerte, la pérdida y el duelo, siendo necesaria que se establezca de inicio a fin, pues es tan importante es resolver los problemas psicológicos generados por la enfermedad, el desarrollar técnicas que favorezcan la adherencia terapéutica, entrenar a los enfermos en estrategias de afrontamiento, asertividad, solución de problemas, etc., cómo acompañarlos a la aceptación de su transición a la muerte (Becerra y Reynoso, 2014).

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente en hemodiálisis a nivel cognitivo, emocional, conductual y social contribuye a un mejor afrontamiento de su actual situación, permitiendo una readaptación más rápida, con la finalidad de que se reanude una vida acomodándose a las nuevas condiciones (Mendoza et al., 2016; Velázquez y Espín, 2014).

1.5.3 Impacto familiar y social

Es la familia la primera red de apoyo social que ejerce una función protectora ante las tensiones de la vida cotidiana, dentro de la IRC los sujetos suelen referirse a la familia como la fuente de apoyo (material y emocional): con quienes toman decisiones, se comunican, además de ser los encargados de proporcionar los cuidados que la enfermedad requiere, fomenta la adhesión al tratamiento, evitar o retardar la presentación de complicaciones y lograr una mejor recuperación de salud. La familia es el pilar básico en lo que refiere a proveer los cuidados al paciente, sin su participación constante difícilmente se pueden alcanzar los objetivos establecidos en la atención de un paciente renal. Las personas en hemodiálisis requieren de cuidados fundamentales para tener una mejor adherencia al tratamiento y por consiguiente una mejor calidad de vida (Hidalgo y Montalvo, 2010).

Velázquez y Espín (2014), afirman que la familia constituye uno de los aspectos de vida que más impacta en la enfermedad, y uno de los espacios de mayor potencial para mejorar la situación de salud. Las personas con enfermedades crónicas suelen tener sentimientos de culpa, refiriéndose a sí mismos como “carga” familiar (relacionado a la necesidad de cuidados, apoyos de funciones y ocupaciones, y gastos de salud).

Si bien una el enfermo es quien sobrelleva los efectos colaterales de la enfermedad, también la familia sufre las consecuencias y el deterioro del paciente, así como las dificultades de mantener a una persona saludable y aún más el proceso de hacerse consciente de que es una enfermedad irreversible, preparándose para el duelo (Guevara et al., 2016). La familia del enfermo crónico generalmente acompaña al paciente a las consultas y a su tratamiento,

anteponiendo y privilegiando la atención al enfermo; es común que algún miembro de la familia abandone el trabajo para ocuparse del enfermo, lo que a su vez provoca una desorganización en las actividades de cada uno de los miembros de la familia (Becerra y Reynoso, 2014).

Es así como el familiar quien apoya con los múltiples cuidados que la enfermedad requiere se convierte en cuidador primario. Hidalgo y Montalvo (2010), enfatizan la importancia de tomar en cuenta que el ser cuidador modifica la vida de manera muy notable, más allá de ser una responsabilidad, el cuidador se ve sometido a un estrés permanente debido a la limitación física, psicológica y social. Debido a lo anterior, es la familia quien debería buscar las estrategias para resolver el problema de cuidar al enfermo y desempeñar de la mejor manera posible sus actividades y la vida cotidiana, pues, en medida de que los miembros no logren ajustarse a las demandas crecientes del enfermo crónico, cuando el cuidado del paciente sea visto como un problema que se prolonga en el tiempo y que a pesar de la ayuda brindada no existen cambios, se puede provocar el retiro del apoyo por parte del cuidador o la familia como consecuencia de la soledad y el aislamiento (Becerra y Reynoso, 2014).

Así mismo la capacidad de los familiares de realizar una serie de conductas de cuidado, influirá en el tratamiento y curso de la enfermedad del paciente, por lo que es necesario una evaluación de las condiciones socio familiares, ya que el impacto en la misma dependerá de quien es el paciente (genero, rol, edad) y de qué manera deberán ajustarse a la realización de las actividades cotidianas y laborales. Las acciones de acompañamiento a lo largo del proceso, la comunicación, búsqueda de soluciones y provisión de cuidados con elementos fundamentales para atenuar el impacto de la enfermedad, fomentar la adherencia al tratamiento y lograr una recuperación de salud (Becerra y Reynoso, 2014). En general, la enfermedad y el tratamiento representan una pérdida global y progresiva de las capacidades del individuo, puede conllevar el deterioro de las relaciones familiares debido a la modificación en los roles y las condiciones de vida asociadas al proceso (cuidados y atención al enfermo), este deterioro en la familia se destaca por los cambios en los estados emocionales que atraviesa el enfermo, sumado a la necesidad de que los familiares le proporcionen una serie de cuidados no remunerados, la toma de decisiones importantes y difíciles, etc. Es común que el cuidador primario también presente una serie y problemas psicológicos y conductuales (Salas y Fernández, 2019).

Con lo que respecta a la relación con la pareja, la sexualidad es un punto que influye en la calidad de la relación, pues es común que la propia enfermedad y el tratamiento conlleven a:

disfunciones sexuales, en varones suele presentarse en las dificultades de erección; y en mujeres la disminución o pérdida de deseo. Así mismo las relaciones de pareja suelen verse afectadas debido a la cantidad de tiempo que el paciente debe invertir en tratamiento, por dejar de trabajar, deterioro sexual o por cambio de roles sociales (Velázquez y Espín, 2014; Contreras et al., 2006).

Capítulo 2.- Aspectos teóricos de adherencia al tratamiento

Los padecimientos crónicos requieren de tratamientos a largo plazo para el adecuado control de la enfermedad, los cuales exigen al paciente un comportamiento responsable y persistente, por ello la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas, el hecho de que la persona cumpla o no con ciertas prescripciones médicas es de suma importancia. La falta de adherencia de los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Además de generar pérdidas, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico y psicológico, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida (Libertad de los Ángeles, Grau y Espinosa, 2014).

2.1 Adherencia al Tratamiento

La adherencia terapéutica es un comportamiento complejo con carácter de proceso, conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud y uno comportamental, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud (Rojas Villegas, et al., 2017).

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento de este; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo (Pfizer, 2009).

López, Romero, Parra y Sánchez (2016), nos dicen que la adherencia terapéutica es el grado en que la conducta de un paciente coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida. La adherencia terapéutica comprende no solo la toma y seguimiento de las indicaciones, sino también la persistencia durante el tiempo de la prescripción.

Por su parte Ibarra y Morillo (2017) definen a la adherencia terapéutica como: el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, el cual se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud.

Con base en lo anterior, son diversas las definiciones de adherencia tratamiento, pero en síntesis es: el cumplimiento y seguimiento de las instrucciones; la persistencia, colaboración, alianza, concordancia y adhesión hacia una serie de recomendaciones (toma de medicamentos, realizar dieta, hacer actividad física, asistir a citas médicas, etc.); y en general a realizar cambios en el estilo de vida (López et al., 2016).

Algunos determinantes importantes de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, social y vocacional), la velocidad de progresión y gravedad de la enfermedad, así como la disponibilidad de tratamientos efectivos, es decir a veces depende de la percepción de riesgo de los pacientes sobre la enfermedad, la importancia del seguimiento del tratamiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. Ibarra y Morillo (2017), establecen diversas causas por las cuales puede no darse la adherencia al tratamiento, como:

- La calidad de la comunicación médico-paciente.
- La empatía o la capacidad del médico de reconocer que su paciente sufría.
- La capacidad para motivar al paciente a cumplir las pautas terapéuticas.
- La receptividad del médico para compartir con el paciente la responsabilidad del tratamiento.

Por otra parte, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Pfizer, 2009), menciona que las causas principales de la no adherencia son:

- Problemas con el régimen prescrito (efectos adversos)
- Temor a los efectos adversos de la medicación
- Instrucciones insuficientes
- Fallo en la relación médico-paciente
- Desacuerdo del paciente respecto al tratamiento
- Mala memoria
- Falta de confianza en el beneficio del tratamiento por parte del paciente
- Falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente
- Atención fragmentada: falta de coordinación entre distintos prescriptores
- Costos de la medicación

Para Blanco y Rodríguez (2007), son diversas las variables que presentan los pacientes y que afectan la adherencia al tratamiento, como: el olvido; el estrés; la ansiedad por los

posibles efectos adversos; baja motivación; el conocimiento inadecuado; el tener que acudir al médico; aprender el uso correcto de la medicación; el número elevado de dosis; la duración del tratamiento; los efectos secundarios; el tener que cambiar la dieta, etc.

Mientras que Contreras et al. (2006), afirma que algunas de las variables que se relacionan con la escasa adhesión al tratamiento, son: la edad avanzada, el consumo de tabaco, bajo nivel educativo, depresión y baja percepción de daño, efectos secundarios de los medicamentos, creencias y actitudes del paciente con respecto a la salud, instrucciones poco claras, fallas en la comunicación médico-paciente, complejidad de los regímenes, escasa comprensión de la razón de las terapias y dificultades socioeconómicas.

Así mismo existen algunos predictores que indican la baja adherencia al tratamiento, como son: el deterioro cognitivo; la presencia de problemas psicológicos, particularmente depresión; el seguimiento inadecuado o ausencia de plan terapéutico; la inasistencia a las citas programadas; las dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos, entre otros (Becerra y Reynoso, 2014; Ibarra y Morillo, 2017).

La comunicación médico-paciente es uno de los puntos clave dentro de la adherencia terapéutica, por ello se debe transmitir de forma adecuada y comprensible al paciente la información sobre la enfermedad y su gravedad, el objetivo del tratamiento que tiene que seguir, la dosis exacta, frecuencia de administración y la duración de la terapia. Para mejorar dicha comunicación, el médico debe: dar a conocer las consideraciones sobre el proceso, hacer sugerencias en lugar de prescripciones, facilitar que los pacientes expresen sus ideas y opiniones (preocupaciones, creencias y presunciones), buscar el acuerdo, ofrecer alternativas y comprobar que el paciente esté de acuerdo con las decisiones tomadas en relación a su salud. Una adecuada comunicación repercute en una mayor adhesión terapéutica, en una reducción de las prescripciones y en mejores resultados clínicos (Pfizer, 2009).

La falta de adherencia en los tratamientos por parte de pacientes crónicos es un problema en todo el mundo que afecta a la efectividad de estos y se traduce en unos resultados peores en salud con un impacto negativo en el gasto sanitario. Por el contrario, se ha demostrado que una buena adherencia se acompaña de una disminución del consumo de recursos sanitarios. Algunas de las consecuencias de la no adherencia pueden ser: el fracaso terapéutico, ineficiencia del tratamiento, aparición de resistencias, empeoramiento del estado

clínico del paciente, incremento de las visitas a urgencias y de las hospitalizaciones, abandonos del tratamiento, etc. (Ibarra y Morillo, 2017).

Para lograr una adherencia terapéutica no solo basta con el cumplimiento y seguimiento de las instrucciones (toma de medicamentos, realizar dieta, hacer actividad física, asistir a citas médicas, etc.) sino también es necesario contemplar la salud mental del paciente. En un estudio realizado entre médicos especialistas en enfermedades crónicas, el 85% de ellos afirmaba que la falta de adherencia constituía un problema significativo en sus pacientes y los problemas psicológicos eran la causa más citada, siendo los más frecuentes el temor, la incertidumbre y la falta de control. Así mismos los pacientes con depresión eran tres veces más propensos a no adherirse al tratamiento, padecer estrés y presentar emociones negativas (López, 2016).

La adherencia al tratamiento es imprescindible para obtener los beneficios clínicos esperados, sin embargo, es difícil que los pacientes la logren, debido a eso la importancia de identificar cuáles son los factores que influyen en la no adherencia y así diseñar planes y estrategias individualizadas para la mejora en general de la calidad de vida (Libertad de los Ángeles et al., 2014).

En resumen, la no adherencia se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, en un incremento de la morbi-mortalidad, en la disminución de la calidad de vida y en la necesidad de administrar otros tratamientos. La mala adherencia es responsable de entre el 5 y 10% de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas y 125,000 fallecimientos al año en Estados Unidos (Pfizer, 2009).

2.2 Importancia de la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis

Los pacientes en hemodiálisis son uno de los grupos que mayor cantidad de fármacos toman en comparación con otros enfermos crónicos. Estas personas no siempre siguen las recomendaciones dadas por el personal médico en cuanto a su medicación, estilo de vida o dieta. La no adherencia al tratamiento prescrito tiene implicaciones no solo en la calidad de vida, sino en la supervivencia de los pacientes y el coste económico de su tratamiento (Huertas-Vieco et al., 2014).

De acuerdo con López et al. (2016), la falta de adherencia al tratamiento de hemodiálisis es un problema heterogéneo y ampliamente presentado en pacientes, que incluye el incumplimiento del régimen dietético, de la ingesta de medicamentos, de las restricciones

hídricas, el ausentarse o solicitar la reducción de tiempo en la hemodiálisis. La falta de esta determina resultados desfavorables en términos de calidad de vida, complicaciones de salud e incluso la muerte. La falta de adherencia puede estar influenciada por una serie de factores tales como el déficit de conocimiento, las creencias de salud, insatisfacción con el tratamiento, los síntomas de ansiedad y/o depresión, el apoyo familiar y social, etc.

Rojas-Villegas et al. (2017), definen a la adherencia terapéutica en pacientes con hemodiálisis, como la medida en que el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud. Manifestándose en conductas como: asistencia a consultas médicas, tomar medicamentos en la forma prescrita, realizar cambios de estilo de vida recomendados, realizar los análisis y pruebas solicitadas, etc. De lo contrario se considera como no adherencia a la falta en el cumplimiento de las instrucciones terapéuticas ya sea de forma voluntaria o inadvertida, la cual se manifiesta en la omisión de la toma y abandono del tratamiento. La adherencia al tratamiento tiene un importante impacto en la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal, debido a que conlleva cambios importantes en el estilo de vida al conjuntarse elementos como el consumo de medicamentos, dolor, retención de líquidos, fatiga, debilidad, restricciones para realizar algunas actividades físicas, alteraciones del sueño y frecuentes hospitalizaciones, etc. Lo anterior puede ocasionar que algunos pacientes no se adhieran al tratamiento porque se dan cuenta que a pesar de lo que hacen no logran la cura, esto es imposible pues el objetivo no es ese sino buscar la mejoría y evitar los efectos secundarios a mayor intensidad que el tratamiento trae consigo. A pesar de ello, muchos de los enfermos tienen un pensamiento de querer vivir lo que les quede de vida, realizando actividades que les resultan placenteras, aunque estas perjudiquen su salud.

Además, la adherencia terapéutica en el tratamiento de hemodiálisis puede prevenir muchas complicaciones o ser retardadas por detección precoz y un seguimiento adecuado del tratamiento, como: edema agudo de pulmón, sangramiento digestivo, shock séptico, enfermedades cardiovasculares, anemia, alteraciones en el metabolismo óseo y mineral, peritonitis, entre otras (Rojas-Villegas et al., 2017).

Como menciona Mendoza et al. (2016), la escasa adherencia terapéutica en el paciente renal parece ser una constante con consecuencias como: malnutrición, daño de huesos, falla cardíaca, incluyendo la muerte. Una razón de ello es que los tratamientos de sustitución renal (como lo es la hemodiálisis) no son curativos, sino invasivos para prolongar la vida, además implican un alto costo económico, familiar, social y laboral. Si bien, la hemodiálisis es una

opción para poder subsistir, también genera efectos adversos como son la desnutrición, insomnio, fatiga extrema, disminución en la movilidad, cansancio, palidez, hinchazón de pies y tobillos, mal sabor de boca, etc. Es por ello el interés y relevancia de intervenir en la adherencia al tratamiento desde que se da el diagnóstico de la enfermedad, para favorecer el bienestar de los pacientes y su calidad de vida, retardando en lo más posible la intervención de tratamientos cada vez más invasivos, y por supuesto evitar complicaciones que conduzcan a la muerte.

2.3 La atención psicológica y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis

De acuerdo con Cantillo et al. (2010), la psicología aplicada a la nefrología es entendida como una visión integrada del hombre en su unidad biológica y psicosocial, considerando su medio ambiente y su contexto sociocultural en el que se tienen en cuenta: la educación, creencias, religión, empleo, familia, sexo, edad, profesión, vivienda, alimentación, enfermedad física, tratamiento y sus repercusiones. Aspectos permiten una visión más comprensiva del paciente con su entorno, así como las relaciones con dichas variables, por lo tanto, la psicología aplicada a la nefrología es la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, específicamente aquel en hemodiálisis, que presenta en su diagnóstico y tratamiento factores emocionales que permean, agravan o causan mayores dificultades en su vida y en el caso particular ésta enfermedad crónica, considerada fuente generadora de estrés, trae consigo un proceso de deterioro continuo y constante de varios años que da como resultado decaimiento de la calidad de vida de la persona originando nuevas exigencias para ellas.

Becerra y Reynoso (2014), nos dicen que desde el año 1971 se utilizan programas psicológicos de intervención, orientados a la solución de problemas, la reducción del estrés o al entrenamiento en habilidades de enfrentamiento en personas que padecen enfermedades crónicas.

Contreras et al. (2006), menciona que aspectos cognitivos y emocionales han demostrado una relación con el comportamiento de adhesión, con los primeros nos referimos a la percepción de éxito que tiene el paciente en el cumplimiento previo del tratamiento, la atribución de éxito al esfuerzo, motivación hacía la adhesión, expectativas de eficacia, control, etc. Mientras que estados emocionales como la ansiedad, el estrés y la depresión son factores

que afectan la adhesión al tratamiento de hemodiálisis, esta última se ha asociado principalmente con la ganancia de peso entre sesión y sesión, las variables emocionales se encuentran estrechamente asociadas con la relación que se establece entre el personal asistencial y los pacientes sometidos a hemodiálisis, lo cual es un factor que puede afectar el cumplimiento a prescripciones médicas.

Por su parte Huertas-Vieco et al. (2014), mencionan que a pesar de que son elevadas las tasas de depresión en pacientes en hemodiálisis, son escasos los estudios que toman en cuenta la adherencia al tratamiento en relación con los problemas emocionales. Dentro de un estudio realizado por los mismos, encontraron que la depresión y la ansiedad son dos de las psicopatologías más frecuentes en pacientes renales, lo que aumenta la no adherencia, el incumplimiento de las restricciones dietéticas y los intentos suicidas indirectos, además de presentar un deterioro cognitivo medio o moderado. Así mismo encontraron que los pacientes no adherentes tenían índices de depresión más elevados, un hallazgo muy importante ya que la depresión es una patología tratable, que al intervenir sobre ella podría tener un efecto beneficioso sobre el grado de cumplimiento terapéutico. El problema radica en que son pocas las unidades de HD que cuentan de forma habitual con la presencia de un psicólogo que valore y ayude a los pacientes, lo que podría aumentar el grado de cumplimiento y bienestar general del enfermo renal.

Becerra y Reynoso (2014), hacen énfasis en la importancia de valorar todas las problemáticas psicológicas originadas por la enfermedad pues: problemas de autoestima, autoimagen, estrés, ansiedad, depresión, entre otras, pueden afectar seriamente la condición de la enfermedad y obstaculizar una adecuada adherencia al tratamiento.

Son diversos los estudios que han demostrado relación entre la depresión y la adherencia terapéutica disminuida, es por ello la importancia de brindar atención psicológica a los enfermos renales para ayudarles a transitar en el duelo que les genera la pérdida de salud. La atención terapéutica dependerá de: el nivel de afección, los factores contribuyentes y los recursos con los que cuenta el paciente, para implementar la intervención que le permita mejorar su regulación emocional, encontrar opciones placenteras, restaurar pensamientos y comportamientos poco saludables, fortalecer estrategias de afrontamiento, así como desarrollar estilos de vida saludables, técnicas de autocuidado y un sentido de vida ante la nueva condición. En fases terminales es necesario brindar acompañamiento tanatológico y ayudarlos a bien morir, así como brindar acompañamiento a familiares y/o cuidadores. Es importante considerar

el factor emocional no sólo como un aspecto que se relaciona con la adherencia terapéutica, sino como un aspecto fundamental para favorecer la calidad de vida y el estado integrar al que todo humano tiene derecho (Rojas-Villegas et al., 2017).

Durán, Machuca y Méndez (2011), consideran que la intervención psicológica en pacientes con hemodiálisis facilita la toma de conciencia, la modificación de creencias y actitudes crea un proceso de retroalimentación de conocimientos nuevos, aprendizajes, viabilizando la disminución de malestares emocionales, etc. Así mismo mencionan que la intervención psicológica debe tratar algunos objetivos fundamentales como:

1. Modificar el comportamiento o de la situación conflictiva en cuestión.
2. Ayudar al consultante a lograr una comprensión adecuada de la problemática y a desarrollar las habilidades necesarias para enfrentarla.
3. Restablecer el bienestar psicológico del individuo, disminuyendo o eliminando las manifestaciones de trastornos emocionales, ansiedad, depresión y tensión.
4. Modificar la imagen de sí mismo, incluyendo la modificación de los sentimientos negativos y la elevación y adecuación de la autoestima.
5. Modificar el estilo de vida de la persona o reestructuración de la personalidad.
6. Compensar los déficits, como por ejemplo la falta de determinada habilidad social, asertividad, etc.

Algunos de los beneficios de la intervención psicológica en pacientes con hemodiálisis son (Durán et al., 2011): la promoción de la toma de conciencia; disminución de perturbaciones emocionales; ventilación de emociones (negativas y positivas); toma de decisiones informadas; incentiva el optimismo; la autoconfianza y la expectativa de que las cosas van a ir mejor, etc.

Villagrán (2012), menciona que la intervención psicológica para el enfermo renal va dirigida a disminuir los malestares psicológicos y por consiguiente apoya al enfermo a adherirse al tratamiento. Su finalidad es potenciar y normalizar las expresiones psicológicas del paciente en hemodiálisis, para ello es necesario: reducir la soledad y el aislamiento del paciente; aumentar la autonomía y el control; disminuir la percepción de amenaza, la ambigüedad y la incertidumbre; potenciar la autoestima; y disminuir los sentimientos que añaden sufrimiento al enfermo como el miedo y la angustia. Además de: disminuir la sensación de soledad y aislamiento en el paciente; ayudarlo a afrontar la muerte con una sensación de autovalía; corregir las ideas confusas sobre el pasado y el presente (sentimientos de inutilidad,

de culpabilidad, etc.); integrar la situación presente dentro del continuo de experiencias vitales; explorar la separación; las pérdidas del miedo a lo desconocido. Y por último ser un apoyo emocional, además de los cuidadores y los médicos, por lo cual el psicólogo debe tener una actitud empática, tranquilizando y escuchando activamente al paciente, fomentando actitudes no verbales positivas por medio del respeto, generando un clima de confianza donde el hemodializado pueda expresar con espontaneidad sus dudas, emociones o temores.

De acuerdo con Becerra y Reynoso (2014), el paciente con IRC pasa por una serie de etapas en las cuales la atención psicológica puede intervenir en mejora del paciente-enfermedad sobre la adherencia terapéutica:

- **Prediagnóstico:** En esta fase el psicólogo debe estar dirigido a sensibilizar a la persona y a sus familiares con respecto a la importancia de realizarse los estudios y disminuir las conductas de evitación o demora; por lo tanto, puede comenzar la exploración de recursos en caso de que tenga una enfermedad crónica (identificación y valoración de creencias de la enfermedad) y orientar a la disminución de pensamientos anticipatorios disfuncionales. Esta etapa es muy valiosa para la detección de problemas emocionales o de conducta.
- **Diagnóstico:** Es una fase corta pero muy crítica, que es gran fuente de estrés para el paciente, su pareja y/o familia, compuesta por sentimientos de incertidumbre, sometimiento a diversos estudios confirmatorios y espera de resultados. Diversos estudios confirman que en esta etapa la mayoría de los pacientes presentan tensión y conflicto tras el diagnóstico, con una sensación de vacío e indefensión, apareciendo diversas reacciones emocionales (negación, miedo, enojo, depresión, ansiedad, etc.) y de enfrentamiento por lo roles de cambio (más si el paciente es el sostén económico de la familia). Aquí es importante que el psicólogo realice una valoración del estado psicológico posterior a la comunicación del diagnóstico, de ser necesario proporcionar psicoeducación sobre el padecimiento y comenzar la atención psicológica para facilitar la adaptación a la enfermedad.
- **Tratamiento:** Esta etapa generalmente implica seguridad con respecto a que están realizando las acciones necesarias para recuperar su salud, sin embargo, esta etapa suele generar mucho estrés debido a que implica los mayores cambios, muchos de ellos permanentes, tanto en el estilo de vida del paciente como de la familia. Debido a eso es importante evaluar e intervenir en los reajustes emocionales derivados del

diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, el enfrentamiento y la percepción del estrés, serán claves para el ajuste inicial del tratamiento. Esta fase suele ser muy prolongada, la cual requiere que la persona cuente con habilidades que le permitan enfrentarse y adaptarse a los diversos retos que el tratamiento conlleva, desde la psicoterapia en este punto se pueden analizar las creencias y experiencias de curación, proporcionar información complementaria, intervenir para favorecer la disminución de respuestas ansiógenas o depresivas, así como preparar al paciente para la realización o puesta en marcha de las recomendaciones terapéuticas, con énfasis en los beneficios de la adecuada adherencia a la terapéutica; identificar y analizar las creencias relacionadas con los efectos secundarios, las expectativas de curación y las atribuciones con respecto a la evolución de la enfermedad.

- **Rehabilitación o remisión:** Esta etapa se refiere a la disminución de la intensidad de los síntomas, en donde generalmente la enfermedad se encuentra bajo control, sin embargo, debido a los tratamientos administrados, al enfermo puede resultar difícil reincorporarse a su vida cotidiana, por lo cual pueden presentarse nuevas dificultades. El objetivo de la intervención psicológica en esta etapa incluye el satisfacer una amplia variedad de necesidades que pueden presentarse en el paciente o familiares como: favorecer la adherencia terapéutica médica; fomentar la expresión de temores asociados a la progresión de la enfermedad; entrenar en habilidades de entrenamiento que permitan la reincorporación en sus actividades; trabajar el aspecto cognitivo, etc.
- **Terminal:** Es la fase en donde se asume que la muerte está cercana, ya que el paciente se encuentra deteriorado en diversas funciones vitales, derivadas, en la mayoría de los casos del propio curso de la enfermedad. Es la etapa más delicada de atención al paciente y sus familiares, las intervenciones son orientadas a hablar de lo que está ocurriendo y de lo que va a ocurrir en un futuro próximo, facilitar la despedida, a tomar decisiones y ayudar al paciente y familiares a enfrentar la muerte de manera adaptativa, las intervenciones están matizadas por la condición física y cognitiva en la que se encuentre el paciente.

En general, el terapeuta puede intervenir a lo largo de las etapas de evolución del tratamiento de hemodiálisis y aunque en cada una puede tener objetivos específicos, el propósito general será favorecer la adaptación psicológica del paciente por las diversas condiciones de la enfermedad y por ende la adherencia terapéutica. Además, el psicólogo puede

trabajar como educador del personal de salud respecto a la relación con quienes padece algún padecimiento crónico o agudo, con lo cual muchas de las fuentes de estrés o de reacciones emocionales desadaptativas como la ansiedad o la depresión podrían reducirse o eliminarse (Rojas-Villegas et al., 2017).

Capítulo 3.- Problema metodológico

3.1 Enfoque Cognitivo-Conductual

El modelo cognitivo-conductual es resultado de la teoría del aprendizaje con la teoría del procesamiento de la información, integrando tanto el conductismo (factores externos) como el cognitivismo (factores internos) del individuo para explicar cómo se instauran los comportamientos. Integra una metodología rigurosa de acciones orientadas a las técnicas conductuales en la evaluación y tratamiento de los fenómenos que propician las cogniciones. A través de una metodología rigurosa de técnicas conductuales, hace énfasis en los procesos de aprendizaje, en los modelos que el individuo tiene en su ambiente, y en la forma de procesar la información para evaluar y entender el desarrollo de los trastornos psicológicos y así mismo diseñar una intervención apropiada (Ruiz, 2011). Es un enfoque que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente, con un objetivo: la detección y cambio de conductas, pensamientos y respuestas emocionales desadaptadas.

Las técnicas que ocupa el enfoque están diseñadas para ayudar al paciente en la identificación y corrección, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el "aquí y el ahora", el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en consecuencia, en la conducta (Cantillo et al., 2010).

Es un modelo que constituye un movimiento contemporáneo de integración mucho más amplio que un paquete de técnicas. Posee lineamientos éticos, bases filosóficas y metodológicas determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias del comportamiento (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2001). Es un modelo que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos, este modelo sostiene que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos.

Kort (2006), menciona que las intervenciones psicológicas con enfoque cognitivo conductuales son eficaces debido a que están fundamentadas científicamente, además de centrarse en sus acontecimientos inmediatos, proponiendo pautas de cambio para intervenir sobre las cogniciones (emociones o pensamientos delimitados) lo que a su vez permite la

modificación de conductas irracionales. Así mismo la psicoterapia CC ayuda a explicar la causa del problema, lo que conlleva a lograr cambios conductuales y cognitivos.

La aproximación cognitivo conductual se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos. Un psicólogo clínico que realiza una terapia basada en el enfoque cognitivo-conductual integra lineamientos éticos, bases filosóficas y metodológicas determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias del comportamiento. La TCC permite la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, en base a sus principios y procedimientos validados empíricamente, pues mediante este modelo basado en evidencias las conductas se pueden aprender, desprender, mantener y modificar a través de la intervención científica, es un modelo integral con el cual se pueden alcanzar los cambios de conducta, emociones y pensamientos (Kort, 2006; Ruiz, 2011).

De acuerdo con Cantillo et al. (2010), la Terapia Cognitivo-Conductual debe regirse bajo ciertos principios básicos, como:

- Responsabilidad y colaboración.
- Ser didáctica.
- Estar orientada en el presente.
- Honestidad con el cliente: se le explica los costos y beneficios de la terapia.
- Enfocarse en las conductas actuales y pensamientos conscientes: su objetivo es modificar tanto la conducta como las cogniciones pues estas producirán cambios en los sentimientos y emociones.
- Enfatizar la medición: procurar medir los cambios a través de la evaluación de la frecuencia, duración, intensidad y severidad de síntomas específicos.
- Estimular la independencia del paciente: su principal objetivo consiste en sacar al terapeuta del negocio, esto al enseñar al paciente técnicas de autoayuda, juego de papeles, tareas para la casa, incremento de la asertividad, resolución de problemas, etc.
- Modificar los síntomas específicos: el propósito es incrementar o disminuir las conductas, pensamientos, sentimientos o interacciones específicas.

- Rechazar la sustitución de síntomas: rechaza la idea que los síntomas al ser eliminados son sustituidos por otros, se enfatiza que al eliminar o reducir síntomas en un área conducirá al mejoramiento en otras.
- Cambios continuos: en toda sesión se le pide al paciente que ensaye los pensamientos y conductas aprendidas y que practiquen las mismas en casa.
- Resolver problemas: cada sesión es vista como una oportunidad para hacer progresos en la solución de problemas.
- Planes de tratamiento: cada intervención obedece a un plan de intervención estructurado el cual incluye sus constantes evaluaciones.
- Continuidad del tratamiento: se revisan las tareas asignadas, el problema del día y el plan para la próxima semana.
- Retroalimentación del paciente: esta modalidad ayuda a ir corrigiendo las estrategias utilizadas, cada paciente es único.
- Desmitificar la terapia: utilizando planes de tratamiento, modelamiento, juego de papeles, tareas y la responsabilidad el paciente es dirigido dentro de una relación colaboración con el terapeuta.
- Debe estar basada en la investigación científica.

3.2 Intervenciones psicológicas con enfoque Cognitivo-Conductual para lograr adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis

Es la terapia cognitivo-conductual uno de los procedimientos terapéuticos más utilizados y que son estandarizados, directivos, ordenados, científicamente comprobados y que generan resultados a corto plazo (Cantillo et al., 2010). Es por ello que la psicoterapia con enfoque cognitivo-conductual es una de las más adecuadas dentro de la psicología de la salud, mediante este modelo se puede explicar el fenómeno psicosomático presente en situaciones médicas, pues propone que los síntomas, el malestar y la discapacidad se perpetúan por la interacción entre factores psicológicos y fisiológicos. Apoya a la adhesión al tratamiento ya que puede aplicar diversas estrategias: explicar al paciente los efectos de la enfermedad e integrar explicaciones alternativas; explorar los efectos del rol del enfermo y el estrés en la persistencia de los síntomas; enseñar técnicas para identificar y cuestionar las distorsiones cognitivas, detenerlas y como cambiarlas; enseñar técnicas de manejo de estrés y solución de problemas (Salas y Fernández, 2019).

Así mismo la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser altamente efectiva en el manejo de los efectos psicológicos que genera la hemodiálisis o cualquier otro padecimiento crónico, pues ofrece técnicas y estrategias de intervención eficaces, tales como: la relajación; imaginación guiada; hipnosis; entrenamiento en afrontamiento; visualización; psicoterapia de apoyo; y psicoterapia breve, etc. Las anteriores estrategias han resultado muy favorables para el tratamiento de estrés, ansiedad o angustia y en el manejo del afrontamiento que se tiene al vivir con una enfermedad que invade de manera violenta y repercute en la calidad de vida del paciente, así como de su entorno familiar, social, afectivo, económico (Villagrán, 2012).

De acuerdo con Villagrán (2012), el terapeuta cognitivo conductual debe fortalecer, y potenciar los recursos de afrontamiento con los que cuenta el paciente en hemodiálisis, pues si la persona tiene estilos y estrategias de afrontamiento que le permitan un manejo adecuado de la enfermedad, podrá apegarse al tratamiento, tener una actitud más positiva, etc. La importancia de trabajar con este enfoque es debido a que se pueden trabajar variables cognitivas, psicofisiológicas y conductuales, por consiguiente diseñar y llevar a cabo intervenciones psicológicas más eficaces, con el objetivo de preservar la condición clínica y evitar el empeoramiento de los pacientes que se someten a tratamiento de hemodiálisis, logrando así que el enfermo acepte su tratamiento y por lo tanto no lo suspenda, asumiendo de forma activa los cambios en el estilo de vida que su condición implica y asegure su bienestar físico y psíquico, además de aliviar el sufrimiento, reducir las muertes prematuras y todas las consecuencias que esto acarrea para la familia y la sociedad en general. La relajación con visualización, el entrenamiento en afrontamiento y la relajación progresiva de Jacobson son algunas de las técnicas cognitivo-conductuales que se pueden aplicar a los pacientes con hemodiálisis.

Blanco y Rodríguez (2007), afirman que los métodos más prometedores para incrementar la conducta de adherencia son aquéllos que usan una combinación de las siguientes estrategias: a) educación del paciente b) habilidades conductuales; c) auto-refuerzos y d) apoyo social. Sin embargo mencionan que para aumentar la adherencia al tratamiento se deben combinar diversas estrategias cognitivas (actividades diseñadas para enseñar, clarificar e instruir sobre el tratamiento y las conductas de salud, por ejemplo, informar y entrenar sobre el complejo régimen de tratamiento), así como estrategias conductuales (actividades diseñadas para modificar, reforzar y modelar la conducta de salud, por ejemplo, habilidades y estrategias de autorregulación necesarias para manejar los múltiples factores que intervienen en la

enfermedad), y por último estrategias diseñadas para optimizar el apoyo social emocional, en especial, por parte de los familiares más cercanos. Y de ser posible incorporar métodos para afrontar el estrés y la depresión, habitualmente asociados a las enfermedades crónicas que producen incapacitación.

El tomar los medicamentos en el horario correcto es muy importante para que el tratamiento sea efectivo, los pacientes que no definen el horario de la toma tienen el 80% de probabilidades que se le olvide, lo repitan o ingieran medicamentos diferentes. En pacientes de hemodiálisis o cualquier otro tratamiento sustitutivo es de suma importancia que se entienda la necesidad de tomar sus fármacos a sus horas y cumplir con las indicaciones médicas, higiénicas y de alimentación, para evitar deterioro o complicaciones que conlleva la enfermedad. Dentro de la terapia psicológica con enfoque cognitivo-conductual se puede trabajar con autorregistros que apoyen la adhesión al tratamiento, este registro puede ser sencillo, con diferentes colores que señalen y diferencien ciertos medicamentos, días y horas, incluso con imágenes de este para que no olviden tomarlo. Los registros son altamente efectivos cuando el paciente los aplica de manera rigurosa y constante (Becerra y Reynoso, 2014; Rojas-Villegas et al., 2017).

Con la aplicación de programas cognitivo-conductuales al ser multicomponentes, se orienta al desarrollo de habilidades prácticas que permite no sólo el cumplimiento de citas médicas y la toma de medicamentos, sino de actitudes y conductas que vinculen al paciente activamente con todo el proceso del tratamiento (Cantillo et al., 2010).

3.3 Evidencia empírica de la efectividad de programas con enfoque Cognitivo-Conductual de adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis.

Son diversas las revisiones, investigaciones y estudios realizados a pacientes con hemodiálisis, por lo que es importante compartir lo que otros investigadores han hecho para estudiar la efectividad de programas con enfoque Cognitivo-Conductual en relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis, si bien existen diversas investigaciones que mencionan la adherencia al tratamiento algunas no lo abordan de manera exacta.

Recientemente Quijada-Ruelas, Sotelo-Quiñonez, García-Flores, Campos-Rivera y Acosta-Quiroz (2020), evaluaron los efectos de una intervención cognitivo conductual vía telefónica sobre la adherencia terapéutica de niños con insuficiencia renal crónica (IRC) y sus cuidadores. El estudio utilizó un diseño de caso único (N=1) con línea base múltiple,

participaron 16 diadas (niño con insuficiencia renal crónica/cuidador) para ofrecer el programa de intervención, sin embargo, 13 no pudieron iniciar con el tratamiento, la mayoría de ellos desertaron durante la fase de registro de adherencia terapéutica. Todas las diadas padre-hijo que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado, se les explicó el llenado del autorregistro de adherencia terapéutica y se aplicaron los instrumentos del pretest de forma presencial, también se proporcionó material educativo impreso. El programa de intervención constó de nueve sesiones semanales vía telefónica de una duración aproximada de 50 minutos, el programa brindó educación para la salud, entrenamiento en solución de problemas (en su versión para niños y adultos) y una técnica de reforzamiento; la cual otorga medallas por el cumplimiento de metas relacionadas a la adherencia terapéutica. Se mandaban las fotos de las medallas al celular de la madre. La intervención se aplicó una vez por semana vía telefónica, contando solo con dos sesiones presenciales en las que se aplicó el pretest y postest respectivamente. Dos psicólogos entrenados en el protocolo de intervención aplicaron el programa vía telefónica, las primeras tres sesiones se realizaron en conjunto con el cuidador y el niño con los temas de educación para la salud, en las siguientes cinco sesiones cada uno de los psicólogos trabajó el entrenamiento en solución de problemas de manera individual con cada participante. Cuando se llevó a cabo la intervención con el niño, la madre de familia estaba presente para apoyar en las actividades. Para asegurar el cumplimiento de las actividades de la sesión la madre de familia enviaba fotografías de estas por mensaje al celular del psicólogo. La última sesión se aplicó en conjunto de forma presencial y se aplicaron los instrumentos (incluyendo una valoración sobre los efectos del programa en los participantes). Se aplicó un autorregistro de adherencia terapéutica diseñado para evaluar cuatro aspectos de la enfermedad: toma de medicamentos, ingesta de alimentos no saludables, ingesta de líquidos y el ingreso al servicio de urgencias. Posteriormente, con los datos obtenidos del autorregistro se obtuvieron las frecuencias del olvido de medicamentos, el consumo de alimentos y líquidos no saludables. Para evaluar el efecto de la intervención en la variable de solución de problemas, se calculó el cambio clínico objetivo (CCO). Los resultados arrojaron los siguientes datos: se observó una tendencia a disminuir el olvido en los medicamentos, reducción del consumo de líquidos con alto contenido de azúcar y un incremento clínicamente significativo en las estrategias de solución de problemas por parte del cuidador. Los investigadores afirman que el cuidador percibió beneficios en el niño tales como mayor comprensión de la enfermedad y la importancia de los medicamentos, mayor frecuencia de actitudes positivas del niño hacia los tratamientos orales y mayor autocontrol en el consumo de alimentos y líquidos no saludables, recomendaron llevar a cabo estudios con mayor cantidad de participantes para evaluar su eficacia.

Salas y Fernández (2019), realizaron un estudio para evaluar las repercusiones psicológicas y físicas de la aplicación de psicoterapia en el paciente renal en hemodiálisis. El tipo de estudio fue cuasi experimental, en el cual 39 personas recibieron atención psicológica entre 3 y 18 meses. Se les aplicaron los cuestionarios de depresión de Beck y Ansiedad-Rasgo antes y después del tratamiento con psicoterapia, y mientras duró dicho tratamiento también se registraron los valores de frecuencia cardíaca, tensión arterial, peso seco y ganancia hídrica inter-sesiones. Tras el tratamiento psicológico los niveles de depresión descendieron en todos los pacientes excepto en aquellos con depresión leve, y en el caso de la ansiedad, tan sólo descendió en los pacientes con ansiedad elevada. La única variable fisiológica que mostró variaciones durante el tratamiento psicológico fue la ganancia hídrica interdiálisis, que describió una tendencia lineal descendiente en 24 casos. Salas y Fernández afirman que las repercusiones del tratamiento psicológico se vieron reflejadas en una variación de los niveles de ansiedad y depresión, así como en una disminución de las ganancias de líquido interdiálisis.

Por su parte Santillán (2010), diseñó un programa de intervención educativa cognitivo-conductual en pacientes con insuficiencia renal crónica, cuyo objetivo fue probar los efectos clínicos del programa de intervención en los siguientes indicadores: a) sintomatología depresiva, b) ansiedad, c) conocimientos sobre la enfermedad, y d) electrolitos séricos (glucosa, sodio y potasio). El tipo de estudio fue cuasi-experimental, de diseño transversal que incluyó una evaluación pre-test y pos-test. Los participantes fueron un grupo de seis pacientes con IRC, seleccionados no probabilísticamente en el Hospital General de Atizapán de abril a julio del 2004, los seis participantes tenían como escolaridad la educación básica y pertenecían a un medio socioeconómico bajo, y se encontraban entre los 17 y los 65 años. El escenario fue la sala de diálisis del hospital, dentro de la División de Medicina Interna. Los materiales e instrumentos incluyeron: consentimiento Informado; encuesta sociodemográfica que evalúa edad, talla, peso, escolaridad, estado civil, religión, fecha de diagnósticos y familiograma; recordatorios de higiene; manual de la intervención educativa; láminas ilustrativas de la pirámide nutricional y de los riñones; y autorregistros diversos. Los instrumentos de evaluación que se utilizaron fueron: el protocolo para evaluar candidatos al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente de Aguirre; la escala de conocimientos sobre la Insuficiencia Renal Crónica; Inventario de Depresión de Beck; Inventario de Ansiedad de Beck (IAB); pruebas de laboratorio (química sanguínea básica); y prueba de glucosa. La intervención se realizó en siete sesiones divididas en dos fases: (Fase Pre-Diálisis) constó de 3 sesiones en las que se intervino con el paciente y la familia para determinar si eran candidatos al programa de DPCI. La

segunda Fase (Intervención) constó de siete sesiones: en la primera sesión se realizó la evaluación de niveles de ansiedad, sintomatología depresiva, conocimientos sobre la IRC, y pruebas de laboratorio, de la segunda a la sexta sesiones se trabajó con el Manual para pacientes con IRC (diseñado ex profeso) con los siguientes contenidos; el funcionamiento de los riñones, alimentación para paciente renal y reducción en la ingesta de líquidos, limpieza e higiene, toma de medicamentos y compra de bolsas, y técnicas cognitivo conductuales para el manejo de la ansiedad y la sintomatología depresiva; y durante la última sesión se aplicaron nuevamente los instrumentos de evaluación. Los resultados mostraron que hubo cambios en el nivel de conocimientos sobre la IRC en un sentido positivo siendo estadísticamente significativos, sin embargo, los decrementos en los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva no fueron significativos, así mismo los índices de sintomatología depresiva y ansiedad tampoco incrementó en comparación con el pretest. En el área de conocimientos sobre la IRC algunos participantes duplicaron el nivel de conocimientos y todos tuvieron mejores puntajes durante el postest lo cual fue estadísticamente significativo. Santillán sugirió que para futuras intervenciones con esta población se podría comenzar con el manejo emocional específicamente en la sintomatología depresiva, pues mencionó que si ésta no es atendida puede ser la causante del abandono de tratamiento, más que la falta de recursos económicos.

En el mismo año Cantillo et al. (2010), en base a un estudio transeccional descriptivo que, aplicado a 30 pacientes de hemodiálisis de la Fundación Renal de Colombia, realizó un programa de intervención cognitivo-conductual, el cual tuvo por objetivo aliviar las manifestaciones de alteración del estado de ánimo y respuestas de ansiedad, en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Fueron los resultados del estudio antes hecho lo que le permitió construir la propuesta de intervención con los mismos, pues los resultados mostraron la presencia de ansiedad en un 60% y de depresión en un 76,6%. La intervención fue de manera grupal, conformada por 13 sesiones, las cuales se desarrollaron en un tiempo de tres meses. El propósito de este fue brindar a los pacientes las técnicas psicológicas cognitivas-conductuales necesarias para el manejo y control de estas alteraciones. El control emocional, afectivo y la resolución de problemas, fueron las técnicas más utilizadas en la intervención.

Posteriormente el Instituto Joanna Briggs (2011), realizó una investigación llamada “Automanejo de la hemodiálisis para la enfermedad renal terminal”, en la cual aplicaron a pacientes en hemodiálisis: una intervención de autoeficacia basada en la teoría de Bandura; un

programa de empoderamiento; una intervención educativa de grupo psicosocial basada en la terapia cognitivo-conductual y la teoría de la autoeficacia; un programa de enseñanza y apoyo; contrato de conducta sólo y contrato de conducta con implicación de un miembro de la familia o amigo y contactos telefónicos semanales con pacientes. Los cinco estudios incluidos fueron ensayos controlados aleatorios que recomendaron la inclusión de una intervención psicosocial. Sólo un estudio no recomendó la inclusión de una intervención educativa. Tres de los estudios incluidos fueron en centros de diálisis para pacientes ambulatorios en Taiwán y se llevaron a cabo dos estudios en los centros de diálisis para pacientes ambulatorios en los Estados Unidos. En lo que refiere a la intervención educativa basada en la terapia cognitivo-conductual, se basó en cuatro componentes de terapia: automanejo; estrategias de afrontamiento para el estrés y la depresión; el pensamiento de reestructuración de patrones y creencias; el manejo del estrés; y la educación sanitaria centrada en habilidades psicosociales de las estrategias de autocuidado. La intervención duró un mes, posterior a ello la eficacia de la terapia de grupo se midió mediante la SUPPH, la Escala de Depresión de Beck y la Medical Outcomes Study. Los resultados mostraron una mejor autoeficacia para el grupo de intervención y una disminución de la autoeficacia para el grupo control. Hubo una mejoría estadísticamente significativa en la percepción de la autoeficacia, en el autocuidado, la depresión y el componente físico de la calidad de los índices de vida para los participantes que recibieron la terapia psicosocial en este estudio. Los investigadores afirmaron que la TCC puede ser un método eficaz para aumentar la confianza en el autocuidado, mejorar las capacidades psicosociales y el desempeño de las actividades de la vida diaria y cumplimiento del tratamiento.

También Fajardo, Palacios y Rodríguez (2012), realizaron una intervención cognitivo-conductual en pacientes dializados con depresión leve, cuyos objetivos fueron: disminuir los niveles de depresión; facilitar en el paciente la identificación de esquemas negativos que afectan la adherencia al tratamiento y su calidad de vida; disminuir el incremento de pensamientos y emociones negativas que hacían que la depresión se mantuviera; y desarrollar en los pacientes patrones de autorregulación en su estado de depresión leve. Los participantes fueron un grupo de pacientes mayores de 40 años (ocho participantes en proceso de diálisis). Se evaluó los factores emocionales y cómo estos estados emocionales estaban relacionados con la ansiedad y la depresión afectando su calidad de vida y la adherencia a su tratamiento, lo anterior mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el cuestionario de salud pública SF-36, así mismo se realizó una entrevista semiestructurada. La intervención se llevó a cabo en 12 sesiones, se subdividió en tres fases: educativa; entrenamiento en habilidades y

destrezas; y de comprobación de las habilidades adquiridas por el paciente renal. La fase educativa se basó en reducir las complicaciones de la IRC a largo y corto plazo, en mejorar los conocimientos de los pacientes acerca de su enfermedad, sus capacidades de afrontamiento, el cambio de las actitudes y comportamiento, así como en el mejoramiento gradual de la calidad de vida y estado de salud de los pacientes, se incluyeron actividades de aprendizaje, sensibilización y apoyo social. En la segunda etapa se buscó incrementar las estrategias de afrontamiento para un mejor ajuste de la enfermedad, disminuir los peligros o riesgos propios del tratamiento, minimizar las condiciones o sentimientos de soledad, aislamiento emocional y social. Los resultados arrojaron que, tras la aplicación del proyecto de intervención hubo un mejoramiento de la percepción que tiene el paciente respecto a su enfermedad y sus estados emocionales relacionados a la depresión, optimizando así su calidad de vida, independencia, autocontrol y adherencia al tratamiento.

Por último y aunque no se ha aplicado, Rodríguez, Campillo y Avilés (2013) realizaron una propuesta de intervención, la cual consiste en un manual de procedimientos para el tratamiento del paciente con IRC, cuyo objetivo es intervenir oportunamente y con eficiencia en el manejo y tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica, orientando al paciente desde el diagnóstico hasta el tratamiento y la etapa final, así como a su familia para el afrontamiento y asimilación de los cambios que origina el padecimiento. La población a la que está dirigido este manual es tanto para los nuevos pacientes que ingresen al área de diálisis, como también para los que tienen un tratamiento establecido, así como para la familia o cuidador, considerando que puede variar la edad el lugar de residencia de los pacientes. La estrategia de intervención se basa en la Terapia Cognitivo-Conductual pues comentan que la terapia está centrada en crear habilidades en el momento de enfrentarse y manejar situaciones problema para así modificar la forma de abordarlas y mejorar su afrontamiento ya que no se puede cambiar el destino del paciente renal crónico. Lo que se busca con el uso de esta terapia es que se pueda intervenir un nivel secundario de atención, prevenir la presencia de sintomatología que ponga en riesgo la salud de paciente, así como disminuir el impacto que tiene esta enfermedad en la calidad de vida del paciente y de su familia con el uso de las técnicas de afrontamiento. Entre los procedimientos de aplicación de las estrategias cognitivo-conductuales para el manejo de las manifestaciones físicas y emocionales de la insuficiencia renal crónica que alteran el bienestar del paciente se encuentran: la relajación con visualización, la relajación progresiva de Jacobson y psicoterapia en afrontamiento

Aunque los estudios mencionados anteriormente se enfocaron en poblaciones diferentes y en averiguar diferentes aspectos sobre el tema, hay elementos de cada estudio que pueden servir para diseñar una propuesta de intervención.

Capítulo 4.-Propuesta de intervención “Atención psicológica para lograr la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis”

Con base en la información documental que se puede leer en los anteriores capítulos, se encontró que, si bien existen diversas investigaciones e intervenciones en pacientes con hemodiálisis, no se encontró una que abordara de manera exacta la importancia de la atención psicológica para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis.

Por esa razón mi propuesta de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis consiste en un taller con enfoque cognitivo-conductual, el cual describo a continuación.

Taller “Atención Psicológica enfocada a la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis”

- **Objetivo general:**

Brindar al paciente con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis, técnicas psicológicas cognitivo-conductuales que beneficien la adherencia al tratamiento, con el propósito de minimizar las complicaciones del mismo y por consiguiente mejoren su calidad de vida.

- **Objetivos específicos:**

-Psicoeducar a los pacientes con tratamiento de hemodiálisis sobre la condición médica, el tratamiento al que se someten y su relación con los aspectos físicos, psicológicos y sociales que impactan en su calidad de vida.

-Erradicar creencias erróneas sobre el tratamiento de hemodiálisis.

-Mostrar la importancia de la adherencia al tratamiento y cómo la intervención psicológica cognitivo-conductual beneficia a la adhesión a través de la psicoeducación y el entrenamiento en estrategias y técnicas cognitivo-conductuales.

- **Participantes:**

Pacientes en tratamiento de hemodiálisis, mayores de 18 años, que asistan a instituciones del sector salud (clínicas de hemodiálisis).

- **Intervención:**

Se realizará un taller de 13 horas y media, dividido en 9 sesiones de hora y media cada una, una sesión por semana durante dos meses con una semana.

- Instrumentos:

Para evaluar la eficacia de la intervención cognitivo-conductual se utilizará tres instrumentos, la aplicación será pretest y postest.

-*Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)* para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos, la cual contiene 21 ítems divididos en tres aspectos (7 ítems cada uno) los cuales son (Soria, Vega y Nava, 2009):

1. Control de la ingesta de medicamentos y alimentos: Esta parte evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas para la ingesta de medicamentos y alimentos. Por ejemplo, saber si el individuo toma los medicamentos en la hora adecuada o si consume los alimentos indicados.
2. Seguimiento médico conductual: Esta parte evalúa la medida en la que el individuo cuenta con conductas efectivas de cuidados de salud a largo plazo. Por ejemplo, asistir a consultas periódicas.
3. Autoeficacia: Esta parte evalúa la medida en la que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud. Por ejemplo, el no depender de otros para cumplir con las indicaciones médicas, ser constante en el tratamiento, no olvidar la toma de medicamentos, etc.

Para todos los ítems se presenta una escala de 0 a 100, en la que el paciente elige, en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Se entiende que más cercano a 100 el paciente es más adherente.

-*Escala de funcionamiento y calidad de vida SF-36* versión española de Alonso, Prieto y Antó, con el fin de evaluar el impacto de la enfermedad en el funcionamiento adaptativo y además de proporcionar un perfil del estado de salud general. Es un cuestionario de 36 ítems que mide ocho áreas del estado de salud general: función física, rol físico, dolor corporal, percepción de la salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Con formato de respuesta tipo Likert de 2, 3, 5 y 6 puntos según el ítem, con un rango de 0 a 100: a mayor puntuación, mejor estado de salud (Ruiz de Velasco et al., 2002).

-Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), es una escala autoaplicada dirigida a evaluar síntomas de depresión y de ansiedad durante la pasada semana en pacientes con problemas médicos, no psiquiátricos; consiste en 14 elementos 7 de depresión y 7 de ansiedad, con una escala Likert de cuatro puntos (valorables de 0 a 3), a mayor puntuación, mayor ansiedad y depresión. Debido a que el instrumento es únicamente para pacientes de ambientes hospitalarios con trastornos físicos, excluye la evaluación de síntomas que pueden deberse a la enfermedad física que tienen (Vázquez, 1995).

Las cartas descriptivas se muestran a continuación

Sesión No.1 “Bienvenida”				
Nombre del facilitador: Yatziry Angélica Ruiz Avila				
Fecha:			Duración: 1 hr y 30 minutos	
Objetivo particular	Técnica / Procedimiento	Actividad		Tareas
		Terapeuta	Usuario	
Presentar el taller y explicar el objetivo de este.	Presentación de taller. Duración: 5 minutos	La terapeuta recibe a los usuarios y expresa el gusto que le da verlos en el lugar. Explica el propósito del taller, las reglas y el funcionamiento del grupo (puntualidad, confidencialidad, orden y respeto a los demás).	Prestar atención a la explicación inicial.	Ninguna.
Romper el hielo y facilitar la interacción entre todos los presentes.	Dinámica de integración. Duración: 10 minutos	La terapeuta invita a los usuarios a participar en una actividad rompehielos, llamada: “Compra-venta” A cada asistente se le entregará una hoja de papel en blanco y se le dará algo para escribir (lápiz o pluma). Se le pedirá que en la	Se deberá presentar ante los demás asistentes como la actividad lo indica.	Ninguna.

		<p>parte superior de la hoja escriba YO SOY con letras grandes.</p> <p>Después se les dirá que cada uno piense en 5 cualidades propias y que las escriba utilizando el resto de la hoja.</p> <p>Comenzará con su nombre:</p> <p>Yo soy (nombre)</p> <p>Yo soy (cualidad)</p> <p>Así hasta terminar de escribir 5 cualidades.</p> <p>Se pedirá que todos compartan sus listas.</p> <p>El participante (paciente) con la lista deberá leerla a su equipo como si se estuviera vendiendo o postulando para un trabajo.</p> <p>“Les conviene comprarme/contratarme porque yo soy...” así hasta que pasen todos.</p>		
Evaluación antes de la intervención cognitivo-conductual.	<p>Evaluación Diagnóstica / Pre-test</p> <p>Duración: 25 minutos</p>	La terapeuta leerá las instrucciones y se asegurará de que todos los participantes las comprendan. Se les explicará que sólo tendrán 25 minutos para contestar los instrumentos de evaluación (ver Anexo 1).	Contestar la evaluación.	Ninguna.
Realizar una actividad de psicoeducación	Psicoeducación sobre la enfermedad.	La terapeuta acompañada de un médico especializado	Prestar atención a la explicación.	Ninguna

sobre la condición médica, el tratamiento al que se someten y su relación con los aspectos físicos, psicológicos y sociales que impactan la calidad de vida del paciente.	Duración: 30 minutos	(nefrólogo) dará una presentación con los conceptos básicos de la Insuficiencia Renal Crónica: -Definición -Etiología -Diagnóstico -Epidemiología -Etapas -Tratamiento sustitutivo renal -Impacto de la enfermedad en la vida del paciente.		
Aterrizar la actividad anterior y aclarar conceptos básicos.	Ronda de preguntas. Duración: 15 minutos	Con apoyo del médico (nefrólogo) la terapeuta contestara preguntas a los asistentes para asegurarse de que los conceptos básicos quedaron claros y de que entienden su importancia. Construirán entre todos una conclusión de la actividad.	Realizar las preguntas necesarias para aclarar dudas.	Ninguna.
Cerrar la sesión, recordar el horario y las fechas de las siguientes sesiones.	Cierre de taller. Duración: 5 minutos	La terapeuta agradece la presencia y participación de los asistentes. Se da por terminada la primera sesión y se les menciona el horario y la fecha de la segunda sesión	No aplica.	Asistir de manera puntual a la próxima sesión.

Sesión No. 2			
Nombre del facilitador: Yatziry Angélica Ruiz Avila			
Fecha:		Duración: 1 hr y 30 minutos	
Objetivo	Técnica /	Actividad	Tareas

particular	Procedimiento	Terapeuta	Usuario	
Comenzar la sesión dándoles la bienvenida a los participantes.	<p>Bienvenida.</p> <p>Duración: 5 minutos</p>	La terapeuta recibe a los participantes y expresa el gusto de volver a verlos en el lugar. Se les da la indicación de que se pongan cómodos para comenzar.	Tomar su lugar para comenzar el taller.	Ninguna.
Desmitificar el tratamiento de hemodiálisis.	<p>Actividad introductoria “Una verdad y una mentira”.</p> <p>20 minutos</p>	<p>La terapeuta proporcionará al paciente dos pedazos de hoja blanca, en uno se le pedirá que con letras grandes escriba una verdad y en el otro una mentira que ellos sepan acerca del tratamiento de hemodiálisis o que beneficie al tratamiento, por ejemplo: la verdad sería “El paciente de hemodiálisis debe moderarse en la ingesta de líquidos, sodio, potasio y fósforo” mientras que la mentira sería “Los fines de semana el paciente con hemodiálisis puede tomar y comer lo que sea”.</p> <p>Posterior a ello, los pacientes deberán ir diciendo su verdad y su mentira, e ir las analizando entre todos, conforme vayan participando la terapeuta pegará los papeles escritos en un papel bond, el cual estará dividido en dos, un lado será para las mentiras y el otro para las verdades. Al finalizar de pegar todos los papeles, los participantes elegirán</p>	Realizar la actividad.	Ninguna.

		<p>qué título ponerle a dicho cartel.</p> <p>El cartel realizado en la actividad se colocará en un lugar visible en la sala de hemodiálisis.</p>		
<p>Realizar una actividad de psicoeducación sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y cómo es que la intervención psicológica CC beneficia a incrementarla.</p>	<p>Psicoeducación sobre la adherencia al tratamiento.</p> <p>Duración: 30 minutos</p>	<p>La terapeuta acompañada de un médico especializado (nefrólogo) dará una presentación sobre la adherencia terapéutica.</p> <p>-¿Qué es? -Importancia de la adherencia al tratamiento -La atención psicológica CC y su relación con la adherencia al tratamiento.</p>	<p>Prestar atención a la explicación.</p>	<p>Ninguna</p>
<p>Aterrizar la actividad anterior y aclarar conceptos básicos.</p>	<p>Ronda de preguntas.</p> <p>Duración: 15 minutos</p>	<p>Con apoyo del médico (nefrólogo) la terapeuta contestará preguntas a los asistentes para asegurarse de que los conceptos básicos quedaron claros y de que entienden su importancia.</p> <p>Construirán entre toda una conclusión del tema expuesto.</p>	<p>Realizar las preguntas necesarias para aclarar dudas.</p>	<p>Ninguna.</p>
<p>Analizar los costos y beneficios del cambio que les generara el adherirse al tratamiento.</p>	<p>Ejercicio de Balance decisional</p> <p>Duración: 15 minutos</p>	<p>Se le entregará al paciente una hoja con el ejercicio de balance decisional (ver anexo 2), la terapeuta les explicará qué es y cómo llenarlo.</p>	<p>Realizar el ejercicio.</p>	<p>Ninguna.</p>
<p>Cerrar la sesión, recordar el horario y las fechas de las siguientes sesiones.</p>	<p>Cierre de taller.</p> <p>Duración: 5 minutos</p>	<p>La terapeuta agradece la presencia y participación de los asistentes. Se da por terminada la segunda sesión y se les menciona</p>	<p>No aplica.</p>	<p>Asistir de manera puntual a la próxima sesión.</p>

		el horario y la fecha de la tercera sesión		
--	--	--	--	--

Sesión No. 3				
Nombre del facilitador: Yatziry Angélica Ruiz Avila				
Fecha:			Duración: 1 hr y 30 minutos	
Objetivo particular	Técnica / Procedimiento	Actividad		Tareas
		Terapeuta	Usuario	
Comenzar la sesión dándoles la bienvenida a los participantes.	Bienvenida. Duración: 5 minutos	La terapeuta recibe a los participantes y expresa el gusto de volver a verlos en el lugar. Se les da la indicación de que se pongan cómodos para comenzar.	Tomar su lugar para comenzar el taller.	Ninguna.
Psicoeducar a los pacientes sobre la técnica de autorregistro, explicar las ventajas de la técnica y enseñar cómo usarla.	Autorregistro para la toma de medicamentos. Duración: 30 minutos	La terapeuta explicará a los pacientes la técnica y posterior a ello les dará la hoja del registro (ver anexo 3) y explicará el llenado, de ser posible los pacientes lo llenarán al momento. Por último, enfatizar la importancia de seguir de manera estricta la toma de fármacos y mencionará otras pequeñas técnicas para no olvidar tomarlos (ejemplo: ponerlos en un mismo lugar y en orden de toma).	Poner atención y hacer el llenado del registro.	Aplicar en casa la técnica, colocar en un lugar muy visible la hoja (ejemplo: refrigerador).
Psicoeducar a los pacientes sobre las técnicas de relajación que les permitan	Psicoeducación de Técnicas de Relajación Duración: 30 minutos	El terapeuta mediante la ayuda de un tríptico explicará las técnicas de relajación y los beneficios que estas técnicas aportan al	Observar el contenido del tríptico para en caso de dudas poder realizarlas.	En casa con calma leer el tríptico.

obtener un restablecimiento físico y mental, que puedan aplicar en cualquier momento y lugar.		tratamiento y la adherencia al mismo.		
Enseñar a los asistentes las técnicas de relajación, para que ellos las utilicen en situaciones que les generan intranquilidad.	Técnicas de Relajación. Duración: 20 min	El terapeuta enseña al usuario como llevar a cabo técnicas de relajación: -Respiración Abdominal o Diafragmática (Anexo 4) -Relajación por Imagen Guiada (ver Anexo 5)	Practicar la técnica conforme se explique.	Practicar las técnicas de relajación en casa y en sus sesiones de hemodiálisis.
Cerrar la sesión, recordar el horario y las fechas de las siguientes sesiones.	Cierre de taller Duración: 5 minutos.	La terapeuta agradece la presencia y participación de los asistentes. Se da por terminada la tercera sesión, se les menciona el horario y la fecha de la cuarta sesión	No aplica.	Asistir de manera puntual a la próxima sesión.

Sesión No. 4				
Nombre del facilitador: Yatziry Angélica Ruiz Avila				
Fecha:			Duración: 1 hr y 30 minutos	
Objetivo particular	Técnica / Procedimiento	Actividad		Tareas
		Terapeuta	Usuario	
Comenzar la sesión dándoles la bienvenida a los participantes.	Bienvenida Duración: 5 minutos	La terapeuta recibe a los participantes y expresa el gusto de volver a verlos en el lugar. Se les da la indicación de que se pongan cómodos para	Tomar su lugar para comenzar el taller.	Ninguna.

		comenzar.		
Fomentar y aumentar la valía personal en cada paciente.	Actividad Rompe hielo "Todos somos valiosos". Duración: 25 minutos	La terapeuta pedirá a los participantes que formen un círculo de sillas. Después los numerará iniciando desde el número 1 y hasta el último participante. El participante número 1 iniciará con la persona que tenga a su derecha, recordándole una cualidad que tenga, completando la frase: "Tu eres valioso porque eres...". Así lo harán cada uno de los participantes hasta que todos escuchen su frase.	Realizar la actividad	Ninguna.
Enseñar al paciente a identificar sus propias creencias irracionales a través de la psicoeducación.	Psicoeducación Creencias Irracionales. Duración: 30 minutos	La terapeuta con ayuda de un folleto que se le entregará a los pacientes explicará qué son las creencias irracionales, posterior a ello a través de un ejercicio los pacientes mencionaran ejemplos de sus propias ideas irracionales.	Prestar atención y preguntar dudas.	Ninguno.
Interactuar con el paciente mencionando ejemplos de creencias irracionales.	Contra Argumentar las Creencias Irracionales. Duración: 25 minutos	La terapeuta les enseñara a los pacientes a construir autoafirmaciones (se escribirán en hojas que deberá pegar en algún lado de casa, el cual sea visible para que las vean varias veces al día).	Interactuar en el ejercicio.	Practicar en casa.
Cerrar la sesión, recordar el horario y las fechas de las siguientes sesiones.	Cierre de taller Duración: 5 minutos.	La terapeuta agradece la presencia y participación de los asistentes. Se da por terminada la cuarta sesión y se les menciona el horario y la fecha de la quinta sesión	No aplica.	Asistir de manera puntual a la próxima sesión.

Sesión No. 5				
Nombre del facilitador: Yatziry Angélica Ruiz Avila				
Fecha:			Duración: 1 hr y 30 minutos	
Objetivo particular	Técnica / Procedimiento	Actividad		Tareas
		Terapeuta	Usuario	
Comenzar la sesión dándoles la bienvenida a los participantes.	Bienvenida Duración: 5 minutos	La terapeuta recibe a los participantes y expresa el gusto de volver a verlos en el lugar. Se les da la indicación de que se pongan cómodos para comenzar.	Tomar su lugar para comenzar el taller.	Ninguna.
Psicoeducar a los pacientes sobre las técnicas de resolución de problemas y entrenamiento asertivo.	Psicoeducación de Técnicas Duración: 30 minutos	La terapeuta mediante una presentación explicará las técnicas y los beneficios que estas aportan al tratamiento y la adherencia al mismo.	Observar la presentación para poder realizar dudas.	Ninguna.
Realizar una actividad para reforzar la técnica en resolución de problemas.	Barreras de solución Duración: 20 minutos	Con base en la actividad anterior, la terapeuta enseñará a los pacientes a resolver un problema, se dividirá a los pacientes en equipos, se les dará un problema a resolver y ellos deberán de describir alternativas para encontrar la solución.	Realizar el ejercicio	Ninguna.
Realizar una actividad para reforzar la técnica en entrenamiento asertivo.	Entrenamiento asertivo Duración: 15 minutos	Con un juego de roles se trabajarán cinco áreas principales, la terapeuta guiará a los pacientes para que reflexionen y las apliquen en su vida: 1. Desarrollar conductas no-verbales asertivas. 2. Reconocer y ejercer los derechos humanos. 3. Darse cuenta de sus	Realizar la actividad.	Ninguna.

		sentimientos, necesidades y deseos. 4. Practicar respuestas asertivas en sesión para que luego las apliquen en la vida real. 5. Aprender a decir NO.		
Enseñar al paciente una serie de pasos que pueden ayudar a que saque y canalice su enojo de forma adecuada.	Guía para que el Paciente Aprenda a Trabajar con el Enojo. Duración: 15 minutos	El terapeuta le presentara al usuario una guía de pasos que pueden ayudar a sacar el enojo y canalizarlo de forma adecuada (ver Anexo 6).	Realizar la actividad.	Practicar en casa las técnicas.
Cerrar la sesión, recordar el horario y las fechas de las siguientes sesiones.	Cierre de taller. Duración: 5 minutos	La terapeuta agradece la presencia y participación de los asistentes. Se da por terminada la quinta sesión y se les menciona el horario y la fecha de la sexta sesión	No aplica.	Asistir de manera puntual a la próxima sesión.

Sesión No. 6				
Nombre del facilitador: Yatziry Angélica Ruiz Avila				
Fecha:			Duración: 1 hr y 30 minutos	
Objetivo particular	Técnica / Procedimiento	Actividad		Tareas
		Terapeuta	Usuario	
Comenzar la sesión dándoles la bienvenida a los participantes.	Bienvenida Duración: 5 minutos	La terapeuta recibe a los participantes y expresa el gusto de volver a verlos en el lugar. Se les da la indicación de que se pongan cómodos para comenzar.	Tomar su lugar para comenzar el taller.	Ninguna

Comprender el papel y la importancia de las emociones en nuestra vida diaria.	Lluvia de Emociones Duración: 25 minutos	Con una lluvia de ideas, la terapeuta explicara que son, cuales son y como identificar sus emociones. Haciendo énfasis en que no hay emociones malas o buenas y que cada una de las emociones son necesarias en nuestra vida cotidiana.	Prestar atención y participar en la actividad.	Ninguna.
Aprender en qué consiste una experiencia emocional y aumentar la conciencia de estas.	Actividad “Lo que pienso, lo que siento y lo que hago, tiene efecto en mi salud”. Duración: 25 minutos	La terapeuta expondrá a los pacientes que es una experiencia emocional, además mencionara la relación entre pensamiento, emoción y conducta a través de un caso. La psicoterapeuta apoyara a los pacientes a identificar aquellas experiencias emocionales que no favorecen al tratamiento y que conllevan a la no adherencia. Los participantes tendrán que mencionar un ejemplo de ellos mismos al recibir el tratamiento de hemodiálisis.	Prestar atención y participar en la actividad.	Ninguna.
Que los pacientes comprendan que son los pensamientos automáticos negativos y aprendan a detenerlos.	Pasos para identificar y detener los pensamientos automáticos negativos. Duración: 30 minutos	De manera breve la terapeuta explicara que son los pensamientos automáticos, posteriormente en una pizarra o papel bond formulara un ejemplo con apoyo de los pacientes, dividirá el papel en cuatro partes: 1. Qué pienso (pensamiento negativo automático). 2. Qué siento (físicamente). 3.-Qué hago	Participar en la actividad.	Ninguna.

		(comportamiento) 4.-Qué emoción predomina (calificándola del 0-10) Después de realizar y anotar el ejemplo, ya que se conoce todo lo que desencadena el pensamiento, la psicoterapeuta invitara a todos a buscar pensamientos alternativos, menos negativos, más positivos y optativos para enfrentar la situación.		
Cerrar la sesión, recordar el horario y las fechas de las siguientes sesiones.	Cierre de taller. Duración: 5 minutos	La terapeuta agradeció la presencia y participación de los asistentes. Se da por terminada la sexta sesión y se les menciona el horario y la fecha de la séptima sesión	No aplica.	Asistir de manera puntual a la próxima sesión.

Sesión No. 7				
Nombre del facilitador: Yatziry Angélica Ruiz Avila				
Fecha:			Duración: 1 hr y 30 minutos	
Objetivo particular	Técnica / Procedimiento	Actividad		Tareas
		Terapeuta	Usuario	
Comenzar la sesión dándoles la bienvenida a los participantes.	Bienvenida Duración: 5 minutos	La terapeuta recibe a los participantes y expresa el gusto de volver a verlos en el lugar. Se les da la indicación de que se pongan cómodos para comenzar.	Tomar su lugar para comenzar el taller.	Ninguna
Realizar una actividad de	Psicoeducación sobre la dieta.	La terapeuta acompañada de un	Prestar atención a la explicación.	Ninguna

psicoeducación sobre la dieta que debe llevar un paciente con hemodiálisis.	Duración: 25 minutos	nutriólogo dará una presentación, donde informe a los pacientes sobre aspectos relacionados con la dieta: los alimentos prohibidos, los permitidos y los excesos, etc.		
Realizar una actividad de psicoeducación sobre el ejercicio que puede hacer un paciente con hemodiálisis.	Psicoeducación sobre el ejercicio físico. Duración: 25 minutos	La terapeuta acompañada de un fisioterapeuta dará una presentación, donde informe a los pacientes sobre aspectos relacionados con el ejercicio físico que puede realizar.	Prestar atención a la explicación.	Ninguna
Realizar una actividad de psicoeducación sobre la higiene del sueño.	Psicoeducación sobre la higiene del sueño. Duración: 30 minutos	La terapeuta dará una presentación, sobre aspectos relacionados con el sueño: -Importancia de descansar para el cuerpo. -Beneficios del sueño. -Trastornos del sueño. -Medidas de higiene del sueño -Comentar cómo han funcionado las técnicas de relajación. -Practicar de nuevo las técnicas de relajación.	Prestar atención a la explicación.	Ninguna.
Cerrar la sesión, recordar el horario y las fechas de las siguientes sesiones.	Cierre de taller Duración: 5 minutos	La terapeuta agradece la presencia y participación de los asistentes. Se da por terminada la séptima sesión y se les menciona el horario y la fecha de la octava sesión.	No aplica.	Asistir de manera puntual a la próxima sesión.

Sesión No. 8
Nombre del facilitador: Yatziry Angélica Ruiz Avila

Fecha:		Duración: 1 hr y 30 minutos		
Objetivo particular	Técnica / Procedimiento	Actividad		Tareas
		Terapeuta	Usuario	
Comenzar la sesión dándoles la bienvenida a los participantes.	Bienvenida Duración: 5 minutos	La terapeuta recibe a los participantes y expresa el gusto de volver a verlos en el lugar. Se les da la indicación de que se pongan cómodos para comenzar.	Tomar su lugar para comenzar el taller.	Ninguna.
Conocer las ideas o conceptos que los pacientes tienen acerca del psicólogo o el psiquiatra y como estos pueden intervenir en la adherencia al tratamiento.	Lluvia de ideas "Psicólogo y Psiquiatra" Duración: 15 minutos	La terapeuta les preguntara a los pacientes de manera aleatoria que es la salud mental, si conocen o tienen alguna noción de las diferencias entre el psicólogo y el psiquiatra, con el fin de conocer si los pacientes saben cuándo y por qué se deben acercar a algunos de los profesionales de la salud mental.	Participar en la actividad.	Ninguna.
Compartir información y conocimiento el trabajo y la importancia del psicólogo y el psiquiatra para favorecer la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida y salud en general.	Psicoeducación sobre la psiquiatría y la psicología. Duración: 35 minutos	La terapeuta acompañada de un psiquiatra dará una presentación acerca de la psicología y la psiquiatría, con el fin de esclarecer y mencionar de qué manera pueden contribuir ambas ciencias (en conjunto o individualmente) a la vida y salud del paciente hemodializado.	Prestar atención a la explicación.	Ninguna.
Aclarar dudas y realizar una actividad para que los pacientes reconozcan cuando deben acudir con un	Actividad "Identifico problemas de salud mental". Duración:	Realizar una actividad en donde ambos profesionales de la salud mental apoyen a los pacientes para que estos identifiquen algunos problemas de salud	Participar en la actividad.	Ninguna.

profesional de la salud mental.	30 minutos	mental que interfieren en la adherencia a su tratamiento y vida en general (con quien y cuando deben acudir), así como mencionar los recursos o lugares de apoyo terapéutico (públicos y gratuitos) a los que pueden acudir los pacientes en hemodiálisis.		
Cerrar la sesión, recordar el horario y las fechas de las siguientes sesiones.	Cierre de taller Duración: 5 minutos	La terapeuta agradece la presencia y participación de los asistentes. Se da por terminada la séptima sesión y se les menciona el horario y la fecha de la última sesión.	No aplica.	Asistir de manera puntual a la próxima sesión.

Sesión No. 9 “Cierre”				
Nombre del facilitador: Yatziry Angélica Ruiz Avila				
Fecha:			Duración: 1 hr y 30 minutos	
Objetivo particular	Técnica / Procedimiento	Actividad		Tareas
		Terapeuta	Usuario	
Comenzar la sesión dándoles la bienvenida a los participantes.	Bienvenida Duración: 5 minutos	La terapeuta recibe a los participantes y expresa el gusto de volver a verlos en el lugar. Se les da la indicación de que se pongan cómodos para comenzar.	Tomar su lugar para comenzar el taller.	Ninguna.
Llevar a los participantes a practicar y compartir con sus compañeros lo aprendido, así como comprobar	Lluvia de ideas. Duración: 25 minutos	Se pedirá a los participantes que compartan lo que recuerdan de todas las sesiones y se tomará nota de lo que digan en algún lugar visible (cartulina o	Participar en la actividad.	Ninguna.

los aprendizajes del taller.		papel bond). Si existen dudas o conceptos erróneos por parte de los pacientes, la terapeuta responderá a ellas.		
Permitir que cada miembro del grupo exprese sus vivencias después de la aplicación de las técnicas y estrategias vistas en el taller.	Percepción de los pacientes. Duración: 30 minutos	La terapeuta colocará tres sillas una al lado de la otra. Y les dirá a los participantes que cada uno debe sentarse sucesivamente en cada silla y expresar sus vivencias. En la primera silla se expresa "Cómo llegué", en la del medio se refiere a: "Cómo me sentí durante las sesiones" y la tercera silla es: "Cómo me voy".	Realizar el ejercicio.	Ninguna.
Evaluación después de la intervención cognitivo-conductual.	Evaluación final / Postest Duración: 25 minutos	La terapeuta leerá las instrucciones y se asegurará de que todos los participantes las comprendan. Se les explicará que tendrán 25 minutos para contestar los instrumentos de evaluación (ver Anexo 1).	Contestar la evaluación.	Ninguna.
Despedir el taller.	Cierre del taller Duración: 5 minutos	Agradecer a los pacientes por su participación en el taller.	No aplica.	Aplicar las técnicas y estrategias cognitivo-conductuales en su vida cotidiana para tener una mejor adhesión al tratamiento.

CONCLUSIONES

En México la insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública, debido a que año con año crece el número de casos, su detección es tardía, es de alto costo, tiene altas tasas de morbilidad y mortalidad, además de que es causa de muchas complicaciones, enfermedades y muertes al año (Ávila-Saldívar, 2013; Velázquez y Espín, 2014) en México durante el 2017 se registraron más de 160 mil muertes relacionadas a dicha enfermedad (Torres-Toledano et al., 2017), desafortunadamente no existe siquiera un registro centralizado de casos de padecimientos renales, proyecciones elaboradas por la UNAM afirman que si las condiciones persisten, para el año 2025 al menos habrá cerca de 212 mil casos (López, 2010). De acuerdo con Levin (2018) la enfermedad renal crónica es la segunda causa más importante de años de vida perdidos en Latinoamérica.

Como mencionaba, uno de los problemas es la falta de detección temprana por lo que cuando se diagnostica generalmente ya está en etapas muy avanzadas en donde la única solución es algún tratamiento sustitutivo (diálisis, hemodiálisis o trasplante) para evitar las complicaciones que trae la enfermedad y prolongar la vida (Torres 2010). La hemodiálisis es un tratamiento de reemplazo renal a través de una máquina, se realiza tres veces por semana y dura alrededor de tres a cuatro horas cada sesión (Villagrán, 2012) y aunque su finalidad sea prolongar la vida son diversos los efectos secundarios que trae consigo, más si el paciente no consigue adherirse al tratamiento.

Con base en diversos autores, la adherencia tratamiento es el cumplimiento y seguimiento de las instrucciones, la persistencia, colaboración, alianza, concordancia y cumplimiento de una serie de recomendaciones (toma de medicamentos, realizar dieta, hacer actividad física, asistir a citas médicas, etc.) y en general a realizar cambios en el estilo de vida (López et al., 2016; Ibarra y Morillo, 2017). La adherencia al tratamiento es imprescindible para obtener los beneficios clínicos esperados, sin embargo, es difícil que los pacientes la logren, por ello es importante diseñar planes y estrategias individualizadas para que los pacientes hemodializados logren la adhesión terapéutica y en general mejoren su calidad de vida (Libertad de los Ángeles et al., 2014).

López et al. (2017) menciona que la falta de adherencia puede estar influenciada por una serie de factores, como: pocos o nulos conocimientos de la enfermedad y/o tratamiento, las creencias de salud, insatisfacción con el tratamiento, los síntomas de ansiedad y/o depresión, el apoyo familiar y social, etc. La falta de adherencia al tratamiento tiene graves consecuencias, como: el fracaso terapéutico, ineficiencia del tratamiento, aparición de resistencias,

empeoramiento del estado clínico del paciente, incremento de las visitas a urgencias y de las hospitalizaciones, abandonos del tratamiento, entre otras (Ibarra y Morillo, 2017).

El tratamiento de hemodiálisis impacta negativamente en el paciente en todas las esferas de la vida, teniendo repercusiones personales, familiares, sociales, económicas y laborales (Becerra y Reynoso, 2014). Además de tener limitaciones en el estilo de vida, la HD introduce retos psicosociales significativos y demandas adaptativas en el paciente y familia, es por ello la necesidad de que un equipo multidisciplinario colabore en conjunto para fomentar la importancia de asistir o realizar su tratamiento, así como de crear conciencia y empatía entre los familiares (Hidalgo y Montalvo, 2010).

El tratamiento es un proceso bastante complejo, con una duración de tres a cuatro horas por tres días a la semana, lo cual conlleva a un agotamiento y desgaste físico, por consiguiente, alteraciones psicológicas, físicas y sociales, lo que deriva a que muchos pacientes asuman una posición pesimista y fatalista hacia el futuro; se deprimen y no logran adaptarse a las nuevas exigencias; reflejan agresividad, ansiedad, intolerancia, egocentrismo; reacciones psicológicas de temor; hipocondría; dificultades interpersonales y conflictos familiares (Salas y Fernández, 2019).

El estado psicológico de los pacientes es raramente atendido a pesar de que diversos estudios e investigaciones han demostrado que los pacientes en hemodiálisis pueden desarrollar fuertes trastornos psicológicos e incluso llegar a la muerte en una etapa temprana, los pacientes con depresión son tres veces más propensos a no adherirse al tratamiento, padecer estrés y presentar emociones negativas (López, 2016).

Por su parte Mendoza et al. (2016) menciona que desde el inicio del tratamiento pueden presentarse alarmas emocionales y conductuales que interfieren en la adherencia al tratamiento y por consiguiente a la salud de paciente, como: alteraciones en el estado de ánimo, ansiedad, depresión, ira, hostilidad, aislamiento, cambios de humor, falta de asertividad, reacciones emocionales negativas, sobre ingesta de líquidos o alimentos prohibidos, alteraciones en el sueño, entre otros.

Con base a lo anterior es importante recalcar que para lograr una adherencia terapéutica no solo basta con el cumplimiento y seguimiento de las instrucciones (toma de medicamentos, realizar dieta, hacer actividad física, asistir a citas médicas, etc.) sino es necesario contemplar la salud mental del paciente pues tienden a presentar estrés, dolor, depresión, miedos e incertidumbre y carecen de herramientas o técnicas para afrontarlos (Becerra y Reynoso, 2014).

Es aquí donde la intervención psicológica a nivel cognitivo, emocional, conductual y social ayuda al paciente en hemodiálisis a tener un mejor afrontamiento de su situación actual

y por consiguiente adherirse al tratamiento (Mendoza et al., 2016; Velázquez y Espín, 2014). La intervención psicológica puede traer muchos beneficios a los pacientes con hemodiálisis como son: la promoción de la toma de conciencia; disminución de perturbaciones emocionales; ventilación de emociones (negativas y positivas); toma de decisiones informadas; incentiva el optimismo; la autoconfianza y la expectativa de que las cosas van a ir mejor, entre otras (Durán et al., 2011)

La psicoterapia con enfoque cognitivo-conductual ha demostrado ser altamente efectiva en el manejo de los efectos psicológicos que genera la hemodiálisis, pues ofrece técnicas y estrategias de intervención eficaces, su objetivo es preservar la condición clínica y evitar el empeoramiento de los pacientes que se someten a hemodiálisis, logrando así que el enfermo acepte su tratamiento y por lo tanto no lo suspenda, asumiendo de forma activa los cambios en el estilo de vida que su condición implica y asegurando su bienestar físico y psíquico, además de prevenir todas las consecuencias que el tratamiento acarrea para la familia y la sociedad en general (Villagrán, 2012). La TCC apoya a la adhesión al tratamiento mediante la psicoeducación de técnicas para identificar y cuestionar las distorsiones cognitivas, detenerlas y como cambiarlas; técnicas de manejo de estrés y solución de problemas, entre otras (Salas y Fernández, 2019).

Los métodos que usan la combinación de diversas estrategias son los que incrementan la adherencia, como: trabajar estrategias cognitivas (actividades diseñadas para enseñar, clarificar e instruir sobre el tratamiento y las conductas de salud, por ejemplo, informar y entrenar sobre el complejo régimen de tratamiento); así como estrategias conductuales (actividades diseñadas para modificar, reforzar y modelar la conducta de salud, por ejemplo, habilidades y estrategias de autorregulación necesarias para manejar los múltiples factores que intervienen en la enfermedad); y por último estrategias diseñadas para optimizar el apoyo social emocional, en especial, por parte de los familiares más cercanos. Y de ser posible incorporar métodos para afrontar el estrés y la depresión, habitualmente asociados a las enfermedades crónicas que producen incapacitación (Becerra y Reynoso, 2014; Blanco y Rodríguez, 2007; Rojas-Villegas et al., 2017).

En general la intervención terapéutica CC puede favorecer en las distintas etapas de evolución del tratamiento de hemodiálisis, pues esta no solo beneficia a la adhesión terapéutica sino modifica actitudes y conductas que vinculen al paciente activamente con todo el proceso del tratamiento (Cantillo et al., 2010).

A través de la información documental que se encontró en el transcurso de la investigación, se hace notoria la importancia de la atención psicológica en pacientes con

hemodiálisis, además si bien existen diversas investigaciones e intervenciones en pacientes con hemodiálisis, no se encontró una que abordara de manera exacta la importancia de la atención psicológica para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hemodiálisis.

Es por ello por lo que, considerando toda la evidencia empírica y documental, enfatizó la importancia de diseñar y aplicar una intervención cognitivo conductual a pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el cual se brinden técnicas psicológicas cognitivo-conductuales que beneficien la adherencia al tratamiento, con el propósito de minimizar las complicaciones del mismo y por consiguiente mejoren su calidad de vida. Un taller en el cual el terapeuta realice una psicoeducación a los pacientes con hemodiálisis sobre la condición médica, el tratamiento al que se someten y su relación con los aspectos físicos, psicológicos y sociales que impactan en su calidad de vida; que busque erradicar creencias erróneas sobre el tratamiento de hemodiálisis; que aborde la importancia de la adherencia al tratamiento y cómo la intervención psicológica beneficia a la adhesión a través de la psicoeducación y el entrenamiento en estrategias y técnicas cognitivo-conductuales.

Referencias

- Ávila-Saldívar, M. (2013). Enfermedad Renal Crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. *Medicina Interna de México*, 29(2), 148-153. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim132e.pdf>
- Becerra, A. & Reynoso, L. (2014). *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Blanco, A. & Rodríguez, J. (2007). *Intervención Psicosocial*. Madrid: Pearson Educación.
- Cantillo, C., Castrillo, D. & Corro, R. (2010). *Diseño de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes adultos con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la fundación renal de Colombia del distrito de Santa Marta, Colombia*. (Proyecto de investigación para optar por el título de psicólogo). Recuperado de <http://repositorio.unimagdalena.edu.co/jspui/bitstream/123456789/653/1/SP-00052>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinoza, J., Gutiérrez, C. & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ. Psychol, Bogotá (Colombia)*, 5(3), 487-499. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v5n3/v5n3a05.pdf>
- Durán, H., Machuca, L. & Méndez, V. (2011). Consideraciones teóricas sobre intervención psicológica en pacientes renales crónicos con hemodiálisis. *Revista de Información Científica*, 71(3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757296033>
- Fajardo, A., Palacios, C. & Rodríguez, J. (2012). *Intervención cognitivo conductual en pacientes dializados por insuficiencia renal crónica que presentan depresión leve*. (Tesis de pregrado). Recuperado de: <http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/101>
- Galván, M. (2014). Qué es la calidad de vida. *Boletín Científico LOGOS*, 1(2). Recuperado de <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>
- García, J. & Sales, F. (2011). *Bienestar y calidad de vida en México*. México: CESOP.
- Guevara, I., Hernández, J. & Iraheta, R. (2016). *Diagnóstico de necesidades de autocuidado en familias cuidadores/as de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, que reciben atención en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada Monseñor Oscar Arnulfo Romero, en la Comunidad Ciudad Romero de la Zona Costa de Jiquilisco en el año 2016 y propuesta de Programa para el fortalecimiento de la Salud Mental de cuidador/a*. (Informe Final de Investigación para optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología). Recuperado de <http://ri.ues.edu.sv/12909/1/14103104.pdf>
- Hidalgo, A. & Montalvo, L. (2010). *Vivir con insuficiencia renal*. España: Safe Creative.
- Huertas-Vieco, M., Pérez-García, R., Albalade, M., de Sequera, P., Ortega, M., Puerta, M., Corchete, E. & Alcázar, R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista Nefrología*, 34(6), 693-810. Recuperado de <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699514054835>
- Ibarra, O. Morillo, R. (2017). *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. España: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).
- Instituto Joanna Briggs. (2011). Automanejo de la hemodiálisis para la enfermedad renal terminal. *Best Practice: Evidence-based information sheets for health professionals*,

- 15(8), 1-4. Recuperado de https://www.evidenciaencuidados.es/BPIS/PDF/2011_15_8_BestPrac.pdf
- KDIGO. (2013). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Official Journal of the International Society of Nephrology*, 3(1), 1-150. Recuperado de https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2013_CKD_GL.pdf
- Kort, F. (2006). *Psicoterapia Conductual y Cognitiva*. Venezuela: CEC, S.A.
- Levin, A. (2018). Building blocks toward sustainable kidney care around the world: results from a multinational survey by the International Society of Nephrology. *Kidney International Supplement*, 8. Recuperado de <https://www.kisupplements.org/action/showPdf?pii=S2157-1716%2817%2930075->
- Libertad de los Ángeles, M., Grau, J. & Espinosa, A. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 225-228. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2014.v40n2/222-238/es>
- López, L., Romero, S., Parra, D. & Sánchez, L. (2016). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Revista hacia la promoción de la Salud*, 21 (1), 117-137. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309146733010.pdf>
- López, M. (2010). *Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México*. México: Facultad de Medicina, UNAM.
- Méndez-Durán, A., Ignorosa-Luna, M., Pérez-Aguilar, G., Rivera-Rodríguez, F., González-Izquierdo, J. & Dávila-Torrese, J. (2016). Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(5). Recuperado de http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/481/957
- Mendoza, H., González, V., Cabrera, N. & Arzate, R. (2016). Impacto de la atención psicológica en el paciente con insuficiencia renal crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19 (3). Recuperado de www.revistas.unam.mx/index.php
- Minici, A., Rivadeneira, C. y Dahab, J. (2001). ¿Qué es la terapia Cognitivo-Conductual?. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 1.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Guía de la Práctica Clínica sobre la Detección y el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica*. España: MSSSI.
- Pfizer. (2009). *La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida*. España: Pfizer.
- Quijada-Ruelas, A., Sotelo-Quiñonez, T., García-Flores, R., Campos-Rivera, N. & Acosta-Quiroz, C. (2020). Intervención telefónica para mejorar adherencia terapéutica en niños con enfermedad renal. *Horizonte sanitario*, 19 (2). Recuperado de <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>
- Rojas-Villegas, Y., Ruiz-Martínez, A. & Gonzales-Sotomayor, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26(1), 1-13. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/pdf/revpsicol/v26n1/0719-0581-revpsicol-26_000065.pdf

- Rodríguez, E., Campillo, R. & Avilés, E. (2013). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia*. México: Universidad Veracruzana.
- Ruiz, C. (2011). *Introducción a la terapia cognitivo conductual (TCC)*. Societat Catalana de Recerca i Terapia del Comportament. Barcelona: Centre Mèdic Teknon.
- Ruiz de Velasco, I., Quintana, J., Padierna, J., Aróstegui, I., Bernal, A., Pérez-Izquierdo, J., Ojanguren, J., Anitua, C., González, N. & Etxeberria, Y. (2002). Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(4). Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X02775064>
- Salas, R. & Fernández, A. (2019). Valoración de las necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis mediante indicadores de ansiedad y depresión. *Enfermería Nefrológica*, 22(2), 177-184. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842019000200177
- Salas, R. & Fernández, A. (2019). Repercusiones del tratamiento psicoterapéutico sobre indicadores psicosomáticos en el paciente en hemodiálisis. *Centro de Diálisis Sierra Este, Sevilla (España)*, 22(1). Recuperado de <https://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170095091095091424>
- Santillán, C. (2010). Diseño y evaluación de un programa de Intervención Educativa para pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 37-46. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/RLMC/article/download/21/23>
- Soria, R., Vega, C. & Nava, Carlos. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008
- UNAM. (2010). *Enciclopedia de Conocimientos Fundamentales*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tamayo, J. & Lastiri, S. (2016). *La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla*. México: Academia Nacional de Medicina de México (ANMM). Recuperado de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENA
- Torres, C. (2010). Diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención educativa para pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 37-46. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975005.pdf>
- Torres-Toledano, M., Granados-García, V. López-Ocaña, L. (2017). Carga de la enfermedad renal crónica en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55. Recuperado de http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/download/2490/2864.pdf
- Velázquez, Y. & Espín, A. (2014). Repercusiones Psicosociales y carga del cuidador informal de personas con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. *Revista Cubana de Salud*

- Pública*, 4(1), 3-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430496002>
- Vázquez, C. (1995). *Evaluación de trastornos bipolares y depresivos*. En: A. Roa. Evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: CEPE. Cap. 3
- Vázquez, M. (2020). *Aspectos psicosociales del paciente en diálisis*. España: Universidad de Santiago de Compostela.
- Villa, C. (2019). *Anatomía e histología del riñón*. México: Departamento de fisiología, Facultad de Medicina, UNAM.
- Villagrán, A. (2012). *Estudio de la relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los y las pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), sometidos a hemodiálisis, en el hospital Quito nro. 1 de la policía nacional*. (Tesis previa a la obtención del Título de Psicólogo). Recuperado de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/3444/1/UPS-QT02912.pdf>

ANEXOS

1. Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)

Nombre:		Fecha:		
Pregunta	1	2	3	
1.- Si tengo que seguir una dieta rigurosa la respeto.				
2.- Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como, por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el medico me lo ordena.				
3.- Como solo aquellos alimentos que el medico me permite.				
4.- No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.				
5.- Ingero mis medicamentos de manera puntual.				
6.- Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.				
7.- Si el medico me inspira confianza, sigo el tratamiento.				
8.- Asisto a mis consultas de manera puntual.				
9.- Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente, aunque no esté enfermo.				
10.- Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario verificar mi estado de salud.				
11.- Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.				
12.- Me hago análisis en los periodos que el médico me indica.				
13.- Me inspira confianza conocer que el médico demuestre conocer mi enfermedad.				
14.- Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.				
15.- Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que este en mis manos para				

aliviarme.			
16.- Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.			
17.- Cuando me dan mis resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.			
18.- Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar el medicamento.			
19.- Cuando tengo mucho trabajo o cosas que hacer se me olvida tomar mi medicamento.			
20.- Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.			
21.- Cuando los síntomas desaparecen deja el tratamiento aunque no esté concluido.			

2. *Ejercicio de balance decisonal.*

		Hoja de balance decisonal	
		Beneficios	Costes
Cambio			
Permanecer igual			

3. Autorregistro “Toma de Medicamentos”

Hora ¿Cuándo se toma el medicamento?	Nombre del medicamento	Dosis o número de comprimidos	Instrucciones especiales	Notas
Ejemplo. 6 pm y 6 am	Ejemplo. Pastilla 1	Ejemplo. Tomar 2 pastillas	Ejemplo. No tomar en ayunas.	Ejemplo. El medicamento tal me causó mareos.

4. Ejercicio de Respiración Abdominal o Diafragmática

1. Siéntese cómodamente, con los brazos y sus piernas extendidas; si lo considera necesario afloje su ropa (cinturón, corbata, etc.) (4” segundos).
2. Si lo prefiere, cierre sus ojos o vea fijamente a un punto por arriba del nivel de sus ojos (10”).
3. Empezará a relajarse a medida que avance, todos sus músculos comenzarán, a partir de sus pies, a aflojarse hasta llegar a su cabeza (5”).
4. Después de unos segundos, enfoque su atención en su respiración (4”)
5. Respire dejando entrar el aire lenta y profundamente, de manera que pueda sentir cómo su estómago se va inflando (7”)
6. Cuando deje salir el aire, tarde dos veces más que el tiempo que le tomó dejarlo entrar (6”).
7. Tome aire de 3 a 6 veces por minuto, preste atención a los momentos en los cuales la respiración sale y el momento en el cual el aire entra (5”).
8. Fíjese en todo lo que le sea posible de su respiración, en sus músculos endurecidos, el sonido del aire y la sensación al entrar y salir, el movimiento o la inmovilidad de su pecho, alguna sensación de resequedad o más humedad en la nariz y otras cosas (7”)
9. Después de algunos ciclos de respiración lenta y profunda comience a fijar su atención, en una palabra, en una frase, en una imagen, un sabor o lo que usted prefiera, cuando el aire

vaya saliendo lentamente; palabras como: “relajarse, aflojarse, serenidad y tranquilidad” pueden funcionar para estos fines (5”).

10. Use únicamente una palabra o una imagen durante todo el ejercicio (7”).

11. Trate de ver la palabra o la imagen con el “ojo de la mente” o intente escucharla con el “oído interno” (17”).

12. Puede haber algunas distracciones, pueden ser sonidos o voces o pensamientos de otros lugares y otros momentos; use estos distractores como un recordatorio para seguir en su ejercicio y fijar su atención en su respiración lenta y profunda y en su palabra o imagen escogida (16”).

13. Algunas personas escogen la imagen y las sensaciones de un lugar cómodo, agradable, tranquilo y a medida que van avanzando en el ejercicio el lugar va siendo más claro y más cercano. Continúe haciendo lo mismo por unos segundos más (13”) 14. Tómese su tiempo y empiece a abrir los ojos, a mover su cuerpo, sus manos, sus pies y por último comente cómo se siente (7”).

15. “El ejercicio ha concluido”

5. Ejercicio de relajación por Imagen Guiada

1. Siéntese en una silla cómoda apoyando los pies en el suelo a los lados de su cuerpo, déjelos caer de manera natural.

2. Ahora deje pasar el aire por la nariz y, mientras lo hace, imagínese cómo el aire entra por su nariz y déjelo salir por la boca. Nuevamente repita el ejercicio imaginándose el color del oxígeno, la cantidad, la forma y cómo va entrando lentamente por su nariz, como si fuera un pedazo de nube suave y ligera que entra y llega a sus pulmones. El oxígeno que no necesite déjalo salir, déjalo que se vaya, que vaya saliendo por sus labios, sienta el movimiento de sus labios cuando el aire los mueve. Cómo levanta el labio superior y el labio inferior.

3. Continúe respirando tan lenta y profundamente como lo está haciendo, mientras trae a su memoria el recuerdo de un lugar que le agrada; siga trayendo a su memoria los objetos que tiene (puede ser agua, plantas, flores, árboles, nubes). También traiga los colores del lugar, visualice nítidamente la intensidad de los tonos. Vuelva a recordar los ruidos, los olores del lugar y la temperatura, mientras sigue respirando lenta y profundamente.

4. Puede estar solo o acompañado. Siga visualizando este lugar, de preferencia escoja uno de los objetos; seleccione el que más le guste su olor. Mientras continúa respirando nuevamente, disfrute de las sensaciones que le producen estos recuerdos y guarde en su cerebro estas sensaciones para cuando las necesite.

5. Haga tres respiraciones profundas antes de concluir.

6. Ahora incorpórese, abra lentamente sus ojos.

6. Guía para que el Paciente Aprenda a Trabajar con el Enojo.

Se le presentara al usuario una guía de pasos que pueden ayudar a sacar el enojo y canalizarlo de forma adecuada:

1. Comenzar por dejar los estándares y los patrones conductuales de querer siempre ser amable y placentero en todas las situaciones. Se debe expandir el autoconcepto de sí mismo para poder expresar la irritación o enojo en situaciones donde algo no le parece apropiado al sujeto. Es necesario recordar que expresar el enojo no significa desquitarse con alguien (aunque si es recomendable hablarlo con alguien, pero no con la persona con la que se siente el enojo). Se necesita hacer algo con las emociones en lugar de solamente hablarlo sin solución. Expresar el enojo por medio de la escritura puede ser una opción para sacarlo. Cuando el paciente esté listo para hablarlo con alguien, debe tener habilidades específicas para comunicar sus emociones sin lastimar o subestimar a la otra persona.
2. Trabajar en superar los “qué tal si” sobre qué pasaría si saca su enojo. Usualmente, la duda de “qué tal si” es exagerada e irracional, como, por ejemplo: “Qué tal si me pongo frenético o loco” o “Qué tal si hago algo terrible”. Es necesario recordar que el enojo reprimido por un largo periodo puede parecer fatídico a primera instancia que se busca sacarlo. Su intensidad puede elevarse durante los primeros momentos que se está dejando salir, pero no es una causa de “destruirse” o “volverse loco” o “hacer algo destructivo”.
3. Trabajar en superar el miedo de demostrar el enojo con gente extraña. Comenzar a tener la habilidad de tener una comunicación adecuada del enojo quiere decir que se tiene un control adecuado sobre él. Si no se tiene cuidado y control sobre lo que se hace, se debe retirar y alejar de la gente reprimiendo un poco los verdaderos sentimientos.
4. Aprender a comunicar el enojo asertivamente en lugar de agresivamente. Es posible llevar el enojo o frustración hacia otras personas de una manera respetuosa, sin reproches ni denigraciones. Es necesario ser asertivo y atinado en los comentarios y así evitar que la gente sea defensiva y provoque más enojo o frustración.
5. Aprender a diferenciar las diversas maneras de expresar enojo, dependiendo de la intensidad de la emoción. Si el enojo es muy intenso, probablemente no sea el momento más adecuado para hablarlo. En cambio, se necesita un modo directo y físico de expresión como golpear o gritar en una almohada o comprometerse a un ejercicio físico intenso. Después de que el enojo haya disminuido, se puede hablar con alguien sobre el tema. Si es posible se debe hablar con alguien que no haya estado directamente implicado en la situación que provocó el enojo para no confrontarse con la persona. Si el enojo se trata de solo una pequeña irritación, se puede usar un método de relajación o hablarlo de una manera asertiva.