

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Departamento de Salud, Psicología y Comunidad.

Apuesta estratégica PAP

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL (PAP)

Programa de Salud Pública e Innovación en Nutrición



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara



2G02 - Manejo Psicológico del Dolor y Cuidados Paliativos

Intervención Psicológica y Adherencia al Tratamiento en Pacientes Renales

PRESENTAN

Lic. en Psicología Regina García Ochoa

Lic. en Psicología Ana Gabriela Díaz De la Torre

Profesor PAP: Patricia Eugenia Ornelas Tavares

Tlaquepaque, Jalisco.

ÍNDICE

Contenido

REPORTE PAP	3
Presentación Institucional de los Proyectos de Aplicación Profesional	3
Resumen	3
1. Introducción	4
1.1. Objetivos	4
1.2. Justificación	4
1.3 Antecedentes	5
1.4. Contexto	7
2. Desarrollo	8
2.1. Sustento teórico y metodológico	8
2.2. Planeación y seguimiento del proyecto	20
3. Resultados del trabajo profesional	24
4. Reflexiones del alumno o alumnos sobre sus aprendizajes, las implicaciones éticas y los aportes sociales del proyecto	25
5. Conclusiones	30
Bibliografía	31
Anexos (en caso de ser necesarios)	¡Error! Marcador no definido.

REPORTE PAP

Presentación Institucional de los Proyectos de Aplicación Profesional

Los Proyectos de Aplicación Profesional (PAP) son una modalidad educativa del ITESO en la que el estudiante aplica sus saberes y competencias socio-profesionales para el desarrollo de un proyecto que plantea soluciones a problemas de entornos reales. Su espíritu está dirigido para que el estudiante ejerza su profesión mediante una perspectiva ética y socialmente responsable.

A través de las actividades realizadas en el PAP, se acreditan el servicio social y la opción terminal. Así, en este reporte se documentan las actividades que tuvieron lugar durante el desarrollo del proyecto, sus incidencias en el entorno, y las reflexiones y aprendizajes profesionales que el estudiante desarrolló en el transcurso de su labor.

Resumen

Los Cuidados Paliativos son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar a los pacientes paliativos y a la familia, bienestar y soporte cuando se está viviendo una enfermedad crónica y/o terminal (López, 2014). El objetivo del proyecto es generar procesos de cambio o transformación a nivel cognitivo, conductual y emocional en los pacientes, familiares y /o en el equipo de salud, enfocados principalmente en los pacientes de cuidados paliativos. Por medio de la identificación y evaluación de las necesidades psicosociales, emocionales, físicas y espirituales de los pacientes con enfermedades crónicas y terminales, de la familia y del equipo de apoyo; se busca brindar auxilios psicológicos, counseling y Psicoterapia breve que le den soporte psicológico al paciente, la familia y el equipo, para hacerle frente a la enfermedad, a la muerte y al duelo. Hasta el momento, los alumnos hemos registrado de agosto a la fecha un total de 557 intervenciones, de los cuales el 68.6% son mujeres y 31.4 hombres. De ellos 31.8% cuentan con estudios profesionales, el 25.7% con

primaria; el 21% con secundaria y el 18.7% con preparatoria o carrera técnica y 2.8% analfabeta. De las 557 intervenciones, 77.4% fueron dirigidas a pacientes, 15.1% a familiares y cuidadores y el 7.5% a personal de salud. Entre las patologías más frecuentes se encuentra el cáncer seguido de nefropatía y diabetes, cardiopatías y diversos problemas neurológicos. Desde el punto de vista psicológico, los pacientes mostraron síntomas de ansiedad, depresión, culpa, dolor y duelo.

1. Introducción

1.1. Objetivos

El objetivo consistió en planear, implementar y evaluar un proyecto con el fin de generar procesos de cambio o transformación a nivel cognitivo, conductual y emocional en los pacientes, familiares y /o en el equipo de salud, con base en criterios de pertinencia y relevancia dado la condición de salud o evolución de la enfermedad, abordando la problemática desde los Cuidados Paliativos y la bioética en situaciones de enfermedad, dolor, muerte y duelo.

1.2. Justificación

Lo importante de atender a los pacientes con problemáticas enfocadas al cuidado paliativo, es por el hecho de que vivimos en un mundo, donde estamos escasos de información, falta de atención y apoyo por parte de un equipo específico que se dedique a paliar; que auxilie a las personas que están pasando este proceso, para que de ese modo reciban un beneficio tanto físico, cognitivo, conductual, emocional y familiar por medio de talleres, test, acompañamiento psicológico y técnicas psicológicas específicas, que les brinde atención personalizada.

Por medio de la identificación y evaluación de las necesidades psicosociales, emocionales, físicas y espirituales de los pacientes con enfermedades crónicas y terminales, de

la familia y del equipo de apoyo; se busca brindar auxilios psicológicos, counseling y Psicoterapia breve que le den soporte psicológico al paciente, la familia y el equipo, para hacerle frente a la enfermedad , a la muerte y al duelo; todo esto por medio de materiales psicoeducativos y protocolos de investigación enfocados en una población en específico con el fin de generar cambios significativos y buscar una solución a una problemática que tenga fuerte impacto social; es decir, se busca que este acompañamiento y auxilio psicológico genere un cambio en el estado emocional y mental en la persona paliada con el fin de que su calidad de vida mejore para así poder afrontar de manera efectiva las situaciones y problemáticas a las que se enfrenta.

1.3 Antecedentes

Los Cuidados Paliativos se refieren al tipo de cuidado diseñado para darle a la persona un bienestar y soporte en el proceso son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar a los pacientes paliativos y a la familia, bienestar y soporte cuando se está viviendo una enfermedad crónica y/o terminal (López, 2014).

Estos cuidados buscan lograr que los pacientes, en el plazo de vida que les reste, sean capaces de vivirlos conscientes, sin dolor y con dignidad en un lugar que logren sentirse cómodos o lo más parecido posible, siempre rodeados de gente que los aprecie. Sin olvidar, que los cuidados paliativos, son un soporte, pero no aceleran ni alargan el proceso de morir; sino que solamente buscan estar presentes y brindar conocimiento y apoyo médico, psicológico, emocional y espiritual durante este proceso; sin olvidar que también se trabaja con la familia después del fallecimiento del paciente en el proceso de duelo (López, 2014).

Esta filosofía de Cuidados paliativos comenzó en Londres en la década de los 60s. Para hablar un poco sobre los antecedentes e historia de los Cuidados paliativos, cabe mencionar, que Robert Twycross consideraba que los precursores era los Hospice medievales a finales del siglo XIX, los Hospice católicos de Dublín y Londres; sin olvidar que en los años 40 Cicely

Saunders fundó el St. Crithopher's Hospice, el que hoy es considerado la cuna del movimiento Hospice y de Cuidados paliativos (Twycross,1980).

Es entonces que Saunders mencionaba que la tradición hipocrática no dejaba que se tratara con enfermos incurables y terminales, ya que se consideraba que era un castigo de los Dioses habían impuesto a un mortal; pero con el influjo de la cultura cristiana las cosas cambiaron (Saunders, 1998).

En Europa en el siglo IV, durante el Constantino y guiado por su madre Santa Elena, aparecieron instituciones cristianas que estaban inspiradas en los principios de la caridad evangélica, a los cuales les dieron el nombre de hospitales y hospicios; en donde los hospitales se establecieron en el Bizantino (Riera, 1982).

Por otro lado, en Roma en el año 400, el primer hospital guiado por Fabiola, discípula de San Jerónimo, se creó con el fin de atender a los peregrinos que se presentaban en Ostia, en el puerto de Roma, desde África, Asia y el Este (Riera, 1982).

En cuanto a la Edad Media, no tenían beneficios clínicos, sino caritativos, en donde se encontraban en los sitios transitados, en donde se atendían a peregrinos, huérfanos y viajeros; a los cuales se les ofrecía alojamiento y comida, y se atendían a los que estaban enfermos, en donde curar era el principal objetivo, aunque a veces no había mucho que ofrecer y muchos morían sin remedio, siendo cuidados hasta su muerte, tomando como prioridad el bienestar espiritual (Saunders,1998).

En Francia, San Vicente de Paul durante los 1580s y 1660s, se formaron dos congregaciones: Los sacerdotes de la misión y las Hijas de la Caridad, los cuales promovieron múltiples hospicios para atender a pobres y enfermos (Saunders, 1998).

Pero fue hasta 1842 en Lyón, Francia, que fue la primera vez que se utilizó la palabra "Hospice" refiriéndose al cuidado de los moribundos; y fue que se crearon gracias a Jeanne Garnier diversos Hospices (Hilier, 1983).

En 1899, bajo esta misma inspiración, Anne Blunt Storrs creó el Calvary Hospital de NY, el cual sigue siendo una institución en la que se atiende a personas que requieren de cuidados paliativos en cáncer terminal avanzado (Saunders,1998).

Fue entonces en 1961, que Cicely Saunders, comenzó el movimiento Hospice, que dio vida a lo que hoy se conoce como cuidados paliativos, que están basados en brindar atención generalizada a pacientes y familiares por un equipo multidisciplinario, con el fin de mejorar su calidad de vida y cubrir sus necesidades (Saunders,1998).

¿Pero cómo llegó a México? En los años 60, se inició la fundación de Clínicas de dolor, y en 1922 el Hospital Civil de Guadalajara instaló en su proceso la primera Unidad de Cuidados Paliativos y poco a poco más instituciones como la UDG con el Centro Universitario para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, PALIA, etc., abrieron sus puertas para brindar cuidados paliativos (Domínguez-Marín, 2016).

1.4. Contexto

El Proyecto de Aplicación Profesional es realizado en el Hospital Valentín Gómez Farías, es una organización gubernamental de México que administra parte del cuidado de la salud y seguridad social, ofrece asistencia en casos de invalidez, vejez, riesgos de trabajo y la muerte. Está ubicado en Avenida Soledad Orozco 203, El Capullo, 45100 Zapopan, Jal.

Hasta donde se llegó en las 557 intervenciones psicológicas por parte de ITESO se estimaron los siguientes datos: 31.8% cuentan con estudios profesionales, el 25.7% con primaria; el 21% con secundaria y el 18.7% con preparatoria o carrera técnica y 2.8% analfabeta. De las 557 intervenciones, 77.4% fueron dirigidas a pacientes, 15.1% a familiares y cuidadores y el 7.5% a personal de salud. Entre las patologías más frecuentes se encuentra el cáncer seguido de nefropatía y diabetes, cardiopatías y diversos problemas neurológicos.

Los datos anteriores son indicadores del nivel socio-económico en que viven la mayoría de las personas que ingresan al hospital. Podemos observar como un porcentaje grande solo cuenta con primaria, siendo éste un indicador importante no solo en la falta educación sino, en aspectos como el cuidado personal y la salud. La desinformación con respecto a la salud física, emocional y psicológica es un problema latente en dicha Institución.

Por otro lado, la alimentación es un factor determinante para las personas enfermas, y pudimos observar que en la mayoría de las personas existe un hábito alimenticio deficiente. Sin embargo, este es un tema que se debe prevenir desde afuera, la hospitalización es una de las consecuencias de la mala alimentación.

2. Desarrollo

2.1. Sustento teórico y metodológico

La sociedad Española de Cuidados Paliativos, comenta que, en las últimas décadas, el aumento de enfermedades crónicas es significativo, sin olvidar que hoy en día existe más gente que envejece y es menos la que fallece. Gracias a la medicina y a los adelantos, ha aumentado la supervivencia y la calidad de vida de los enfermos; pero es importante recalcar, que a pesar de estos avances, también existen personas que seguirán muriendo a causa de estas enfermedades; es por eso que la atención y la mejora de cuidados a enfermos en fase avanzada y terminal es uno de los objetivos y de las metas que tiene planteada la Sanidad Española, por lo que han tomado en cuenta ciertas medidas para lograrlo (SECPAL, 2014).

Buscar implementar recursos específicos

- Buscan mejorar la atención en los recursos que ya existen (Hospitales)
 - Buscan capacitar y formar a profesionales
 - Buscan educar a la sociedad y a sus participantes a través de los voluntariados
- (SECPAL, 2014).

Por otro lado, la OMS comenta que la facilitación del uso de analgésicos es vital para llevar a cabo este proceso de cuidados, para así mejorar la atención y calidad de vida de los enfermos (SECPAL, 2014).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), es una asociación interdisciplinar, que tiene como objetivo el promover una buena atención de enfermos terminales, docencia de profesionales, investigación, ayuda y asesoramiento a la administración para el desarrollo y la implementación de los Cuidados Paliativos; la cual fue fundada en 1992 (SECPAL, 2014).

Utilizando algunas de las definiciones de SECPAL como base dentro del proyecto, queremos comenzar por definir:

Enfermedad terminal:

- Es la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Es la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Es la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses” (SECPAL, 2014).

Es importante remarcar que esta situación causa que se tenga una enorme demanda de atención y soporte a la que debemos de responder de manera adecuada; en donde es de gran importancia no etiquetar como “enfermo terminal” a un paciente con posibilidades de cura (SECPAL, 2014).

Objetivo de confort:

Si se toma como base la fase evolutiva de los tumores, nos podemos dar cuenta que es muy importante tener en cuenta los métodos, objetivos terapéuticos y el tratamiento paliativo que se utiliza durante la enfermedad avanzada (SECPAL, 2014).

Los tratamientos curativos y paliativos deben de trabajar de la mano, ya que es todo un proceso y se tiene que ir aplicando y ajustando medidas distintas conforme la persona va respondiendo o dejando de responder al tratamiento específico (SECPAL, 2014).

Una vez que agota el tratamiento y aquellos recursos de mejora, se entra en un proceso basado en los propósitos terapéuticos, los cuales buscan promover el confort del enfermo y de la familia (SECPAL,2014).

Las bases de esta terapéutica son:

1. Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
2. El enfermo y la familia son la unidad a tratar, La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria.

La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación:

1. La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran con el enfermo los objetivos.
2. Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el “no hay nada más que hacer”. Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.

3. Importancia del ambiente. Una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas (SECPAL, 2014).

En cuanto a los instrumentos básicos que se necesitan, para mejorar la calidad de vida y confort de los pacientes son:

1. El controlar los síntomas, en donde incluye en saber reconocer, evaluar y tratar los síntomas que influyen en el bienestar de los pacientes.
2. El apoyo emocional es parte muy importante ya que la comunicación que se tenga con el paciente, la familia y equipo médico, debe ser honesta y profesional, con el único fin de conseguir el bienestar del paciente.
3. Tomar en cuenta los cambios en la organización, los cuales deben de ser los más favorables para el funcionamiento interdisciplinar y la adaptación a los objetivos del enfermo, los cuales son cambiantes.
4. El equipo interdisciplinar, debe de tener una dinámica de trabajo en equipo, en donde disponga de espacios específicos para brindar el apoyo a las necesidades (SECPAL, 2014).

En cuando al control de síntomas, es necesario tomar en cuenta:

- a. Evaluar antes de dar un tratamiento; en donde es necesario evaluar la causa, la intensidad, el impacto físico, emocional y factores que provoquen o intensifican el síntoma.
- b. Es necesario explicar las causas de los síntomas en palabras que el paciente pueda entender. Siempre mantener una comunicación sencilla y entendible con el paciente.
- c. Es importante monitorear los síntomas con escalas que puedan medirlo, es decir como escalar de dolor, tablas de síntomas, etc.
- d. Atender a los detalles que puedan incrementar o disminuir los síntomas del paciente (SECPAL, 2014).

Por otro lado, el proceso de duelo, es un estado en el pensamiento, sentimiento o actividad que se produce cuando uno tiene la pérdida de un ser querido, que tiene relación con síntomas físicos y emocionales. Una pérdida genera un trauma psicológico que provoca dolor, por lo cual se necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal (SECPAL, 2014).

Las fases del Proceso de duelo se dividen en 4

1. Experimentar pena y dolor.
2. Sentir miedo, ira, culpabilidad y resentimiento.
3. Experimentar apatía, tristeza y desinterés.
4. Reparación de la esperanza y reconducción de la vida (SECPAL, 2014).

En cuanto a las manifestaciones del duelo, aparecen:

1. **Sentimientos:** Tristeza, Soledad, Añoranza, Ira, Culpabilidad, Autorreproche.
2. **Sensaciones físicas:** Estómago vacío, Tirantez en tórax o garganta, Hipersensibilidad a los ruidos, Sentido de despersonalización, Sensación de ahogo, Boca seca.
3. **Cogniciones o pensamientos:** Incredulidad, Confusión, Preocupación, Presencia del fallecido, Alucinaciones visuales y auditivas.
4. **Comportamientos o Conductas:** Sueño con el fallecido, Trastornos del apetito por defecto o por exceso, Conductas no meditadas dañinas para la persona (conducción temeraria), Retirada social, Suspiros, Hiperactividad y llorar, Frecuentar los mismos lugares del fallecido. (SECPAL,2014)

Las tareas del *proceso del Duelo son:*

1. ACEPTAR la realidad de la pérdida.
2. SUFRIR pena y dolor emocional.
3. AJUSTE al medio sin la persona desaparecida.

4. QUITAR la energía emocional del fallecido reconduciéndola hacia otras relaciones (SECPAL, 2014).

Pero, ¿Cuándo finaliza el duelo?

El duelo termina cuando el proceso se ha completado, en donde 2 años es la fecha más aceptada; se entiende que cuando se puede hablar de la persona desaparecida sin dolor, se puede decir que es un indicador de duelo terminado; pero también hay personas que nunca terminan su proceso de duelo, en donde aparece la pena de manera intermitente (SECPAL, 2014).

Los objetivos de orientación en el duelo son:

1. Aumentar la realidad de la pérdida.
2. Ayudar al doliente a expresar su afectividad.
3. Ayudar a vencer los impedimentos que evitan el reajuste después de la pérdida.
4. Estimular para decir "adiós" al fallecido y sentirse comfortable en la nueva situación (SECPAL, 2014).

Tomando muy en cuenta que la familia es parte vital del paciente, y que ellos también están pasando por un proceso difícil, es importante abordar tanto a la familia y al enfermo (SECPAL, 2014).

La familia es la base esencial para cualquier persona para poder crecer, y el desarrollo de una persona. Cada familia es diferente; por lo cual tienen diferentes pautas de interacción, reacciones emocionales, patrones de conductas, creencias, tradiciones, entre otras cosas (Barbero, 2016).

La escuela sistémica considera a la familia como un conjunto de personas que están conformadas por un sistema dinámico de interacción, por lo tanto, cuando se realiza un cambio en uno de los miembros que la integran se ve potencialmente modificada toda su estructura y dinámica; se alteran las jerarquías, las fronteras, los roles y los estilos de la relación lo cual

genera un desequilibrio familiar. Se ve más evidente este desequilibrio cuando se trata de alguna enfermedad (Barbero, 2016).

Estas demandas variarán dependiendo de factores propios de la enfermedad, como la severidad del proceso, el grado y tipo de incapacidad, el pronóstico de vida, el curso de la enfermedad, efectos secundarios, el dolor y los síntomas de la enfermedad (Barbero, 2016).

La respuesta de la familia ante esta situación dependerá, entre otros factores, de la estructura previa de funcionamiento, de las experiencias acumuladas de afrontamiento a eventos importantes, creencias y tradiciones que se desarrollan y establecen en el tiempo que les han tocado de vivir (Barbero, 2016).

Es importante mencionar que la situación que la familia vive con un enfermo terminal, está conformada por la presencia de un enorme impacto emocional, lo cual está altamente condicionado por la presencia de temor y miedo, en donde los profesionales de la salud deben estar al pendiente para saber reconocerlos y abordarlos de manera correcta (SECPAL, 2014).

Hablar de muerte genera un sinnúmero de emociones, dudas y pensamientos; en donde la familia tiene miedo de perder al ser querido, se sienten inseguros si tendrán la capacidad y fuerzas tanto emocional y económica para cuidarle, etc. En donde es importante reconocer que la tranquilidad y bienestar de la familia, repercute directamente en el bienestar del enfermo (SECPAL, 2014).

El impacto de la enfermedad sobre el ambiente familiar puede tomar distintos aspectos según los factores predominantes que pueden estar tanto en relación con la enfermedad y con la relación con el entorno social y las circunstancias de vida del enfermo:

Personalidad y situación actual del paciente

- Calidad de relaciones familiares
- Reacciones y estilos de convivencia del enfermo y la familia en pérdidas anteriores
- Estructura familiar

- Nivel de soporte de su comunidad
- Problemas concretos personales y familiares (SECPAL, 2014)

¿Qué se observa en los familiares que cuidan?

- Falta de información sobre el proceso de enfermedad (diagnóstico, evolución, descompensación, complicaciones posibles, actuación ante el paciente y recursos sanitarios de que disponen).
- Angustia y tensión ante la enfermedad, hechos que van a repercutir sobre el hogar y la familia, sobre su trabajo y la vida social.
- Sensación de pérdida de control e importancia ante las conductas del enfermo en cada momento.
- Falta de soluciones a las propias necesidades psicológicas del cuidado.
- Dificultades económicas o materiales (vivienda) (Barbero, 2016).

Clases de sistemas familiares.

- Sistemas familiares flexibles: los miembros pertenecen a varios subsistemas y pueden moverse de uno a otro.
- Sistemas familiares rígidos: los miembros pertenecen a subsistemas cerrados sin comunicación entre ellos.
- Sistemas familiares confusos: los miembros se encuentran pobremente diferenciados (Barbero, 2016).

Factores que influyen en la función del cuidador:

- Gravedad de la enfermedad.
- Situación económica.
- Si requiere ser hospitalizado o no.
- Momento de la enfermedad, pérdida, muerte en el ciclo de la vida.
- Naturaleza de la pérdida.

- Grado de apertura del sistema familiar.
- Papel de protagonista de la situación de crisis en el sistema familiar.
- Relación que se tiene con la persona enferma (Barbero, 2016).

Alteraciones que pueden sufrir las distintas esferas de la familia:

- Síntomas por alteración del funcionamiento familiar.

- Patrones rígidos de funcionamiento.
- Alteraciones del ciclo vital familiar.
- Sobreprotección del enfermo.
- Síndrome del cuidador.

- Síntomas dependientes de la comunicación.

- Conspiración del silencio.

- Síntomas emocionales en la familia.

- Negación.
- Cólera.
- Miedos.
- Ambivalencia efectiva.

- Síntomas familiares de la esfera social.

- Aislamiento social.

- Claudicación familiar.

- Síntomas familiares en el duelo

- Duelo patológico.

Objetivo de la intervención

La principal tarea es ayudar a la familia en la comprensión y la aceptación de la enfermedad del paciente, enfrentar su propio dolor, reorganización de la estructura familiar y

aprenden a brindarle el apoyo emocional y cuidado físico adecuado a la persona enferma (Barbero, 2016).

Es importante darle una tarea a cada familiar en relación con el enfermo, ya que nos ayuda a disminuir el impacto; sin olvidar que es importante valorar la situación sociocultural de la familia (situación económica, recursos básicos en la vivienda, cultura, etc., para de eso modo partir de ahí para establecer acuerdos y dinámicas; como por ejemplo: la alimentación, higiene, cuidados directos del paciente como cambios de postura, administración de fármacos, pautas de actuación en posibles crisis, orientaciones para la comunicación con el enfermo, etc. (SECPAL, 2014).

En cuanto a la integración plena de la familia es importante tener en cuenta:

1. Educación de la familia sobre los cuidados
2. Soporte práctico y emocional de la familia
3. Ayuda en rehabilitación, prevención y tratamiento de duelo (SECPAL, 2014).

La etapa final de la enfermedad, está altamente marcada por un deterioro del estado general que indica la muerte, el cual se acompaña de disminución de conciencia de las funciones superiores intelectivas, desorientación, confusión, agitación psicomotriz, trastornos respiratorios, fiebre elevada, infecciones, miedo, depresión ansiedad, incapacidad de ingesta, retención urinaria, etc., lo que provoca, en la familia un impacto emocional muy fuerte, lo que puede generar una crisis de claudicación emocional, la cual se busca prevenir, pero de ser que aparezca, se deben de utilizar los recursos adecuados para resolverlas (SECPAL, 2014).

El proceso de cada familiar debe de ser individual, ya que cada persona lleva el duelo de distinta manera. Es entonces en este momento especialmente importante redefinir los objetivos terapéuticos, prestando menos atención a los medios técnicos y más al apoyo familiar (SECPAL, 2014).

Algunos temas que se deben tocar con la familia.

- Completar el proceso de reorganización familiar.

Se debe de conocer la organización de la familia antes de la enfermedad; para esa manera poder hacer una reorganización del sistema el cual no se vea afectado los demás miembros de la familia (Barbero, 2016).

Distanciamientos en los vínculos afectivos.

Tanto los familiares como los pacientes afrontan de manera distinta la enfermedad terminal, en la mayoría de los casos inician un proceso de duelo, a la cual se le conoce como duelo anticipado. El cual se caracteriza por empezar con un cierre emocional y físico tanto para el enfermo como para la familia, les permite irse adaptando para el cambio. Es importante recordar que cada persona vive su duelo de manera diferente (Barbero, 2016).

Las familiares con pacientes terminales suelen tener muy poco tiempo para relaciones sociales, deben e reorganizar su agenda para atender al enfermo y descuido a los otros miembros de la familia, provocando nuevos síntomas como son: mal rendimiento escolar, irritabilidad, soledad, depresión, entre otros (Barbero, 2016).

Comunicación en temas difíciles o dolorosos.

Se debe de tener una amplia apertura de los canales de comunicación afectiva o emocional entre los miembros de la familia y con el paciente; para poder alcanzar un bienestar común y disminuir el sentimiento. Favorece la reducción de conflictos, promueve la cohesión y el apoyo mutuo (Barbero, 2016).

- Asuntos pendientes.

Los pacientes tienen el deseo y la necesidad de poder arreglar las relaciones con sus familiares, pedirles perdón, despedirse de sus familiares y de alguna persona en específico, darles un abrazo, agradecerles, expresarles sus sentimientos. Los familiares deben de apoyar y facilitar que esto suceda (Barbero, 2016).

Claudicación o agotamiento emocional.

La claudicación familiar se refiere a la elevada sobrecarga afectiva a la que está expuesta la familia, la cual consiste en una fuerte crisis emocional con una rendición con respecto a los cuidados. Esta crisis puede ser episódica-temporal o definitiva; que puede llegar a ocasionar conflictos familiares previos y pueden llevar a los cuidadores a abandonar al enfermo (Barbero, 2016).

Metodología

La metodología que utiliza el proyecto es muy amplia, lo que te permite poco a poco ir tomando experiencia por medio del aprendizaje teórico-práctico, ya que se tienen muchos reforzadores de ambos tipos, lo que permite que nos vayamos preparando cada vez más, sin olvidar que los coordinadores de PAP, están siempre al pendiente en caso de que nosotros requiramos de su ayuda. Dentro de las actividades que realizamos se encuentran:

- Coordinación por parte de los coordinadores del PAP: Patricia Ornelas y Bernardo García.
- Coordinación por parte del área de enseñanza del Hospital: Jorge Ramos
- Aplicación y análisis del protocolo de investigación *“Intervención Psicológica y Adherencia al Tratamiento en Pacientes Renales”*
- Discusión de casos y clases teóricas una vez por semana.
- Atención e intervención a pacientes que requieran atención psicológica, cuidados paliativos y manejo de dolor.
- Investigación y análisis artículos relacionados con el tema de la semana que se cursa.

- Reporte de casos atendidos durante la semana y procedimiento utilizado y sugerencias de tratamiento.
- Bitácoras de al menos 3 pacientes con 4 seguimientos, en donde se reporte de manera más extensa la problemática, historia clínica, antecedentes, datos del paciente, procedimiento utilizado y sugerencia de posible tratamiento.
- Foro de proyectos impartido en el ITESO, en donde se expone la experiencia, vivencia y resultados tenidos en el proyecto.

2.2. Planeación y seguimiento del proyecto

Descripción del proyecto

En el Hospital Valentín Gómez Farías, se trabajó a lo largo de Verano- Otoño 2017, se realizaron dos clases de acompañamientos:

- a. El primero constaba en que el equipo de cuidados paliativos realizaba el censo por los 7 pisos de hospital, mediante la comunicación con las jefas de enfermería de cada piso, quienes nos decían los pacientes que requerían manejo de dolor o de cuidados paliativos. Posteriormente, nos distribuíamos el trabajo entre los del equipo. Cumpliendo esto, pasábamos con nuestros respectivos pacientes, después de haber checado su expediente y conocer un poco más a fondo el caso, sus antecedentes, síntomas, nombre, sexo, edad, estudios, nivel socioeconómico, nivel de estudios, lugar de residencia, el cuadro clínico y la estructura familiar. Cada intervención fue diferente, ya que muchas veces se utilizaban técnicas de relajación, meditación, respiración, imaginería, hipnosis, escritura emocional, etc., pero muchas otras veces solo era una visita de rutina si el paciente se encontraba en buen estado y no requería de nuestros servicios. A los pacientes que se les ocupaba dar continuidad, se les atendía las veces que

fuera necesario. Por otro lado, asistíamos una vez a la semana a clínica del dolor, la cual constaba de acudir con el Dr. Gaspar, quien está en el área de consulta y recetas para tratamiento del dolor; en donde nosotros entrábamos a la consulta con él, y de ser necesario y requerido por el paciente, se les daba un espacio de acompañamiento psicológico al finalizar su consulta médica con el Dr., y de igual forma se les daba seguimiento en caso de que los pacientes lo requieran.

- b. El segundo constaba de enfocarse en el protocolo de la investigación que cada equipo tuviera. En este caso nosotras dos estábamos enfocadas en el área de Hemodiálisis, ya que nuestra investigación constaba de evaluar el impacto de nuestra intervención psicológica, enfocada en la relación que existe en los aspectos psicológicos y físicos de la salud, además se integraron meditaciones y material para trabajar a nivel de creencias; para poder evaluar el afrontamiento, la adherencia al tratamiento y los niveles de creatinina y urea en pacientes Hemodializados.

Por otro lado, parte del apoyo teórico para las intervenciones fueron los entregables semanales (artículos) que subíamos cada lunes antes de las 9:00 am. Y los registros de los pacientes a quienes intervenimos. Los temas de los artículos fueron:

VERANO:

Sesión 1: *Introducción al PAP y Psicología de la Salud.*

Sesión 2: *Antecedentes de Dolor y Cuidados Paliativos.*

Sesión 3: *Diagnóstico y Evaluación del Dolor.*

Sesión 4: *Estrés y Afrontamiento al Dolor.*

Sesión 5: *Síndromes Dolorosos.*

Sesión 6: *Técnicas Cognitivas para el manejo del Dolor.*

Sesión 7: *Técnicas Conductuales para el manejo del Dolor.*

Sesión 8: *Técnicas Emocionales para el manejo del Dolor.*

Sesión 9: *Farmacología y Sedación.*

Sesión 10: *Dolor oncológico y no oncológico.*

Sesión 11: *Bioética y Dolor.*

Sesión 12: *Investigación sobre Dolor en Psicología.*

Sesión 13: *Principios de los Cuidados Paliativos.*

Sesión 14: *Cuidados Paliativos pediátricos y neonatales.*

Sesión 15: *Cuidados Paliativos en enfermedades no terminales.*

Sesión 16: *Síntesis y Cierre del Semestre.*

OTOÑO:

Sesión 1: *Introducción a los Cuidados Paliativos*

Sesión 2: *Coloquio de Investigación*

Sesión 3: *Síndrome de desmoralización y Psicoterapia Positiva al final de la vida*

Sesión 4: *Terapia de Aceptación y Compromiso y Duelo*

Sesión 5: *Intervención Psicoterapéuticas en Sufrimiento, ansiedad, miedo y bloqueo emocional*

Sesión 6: *Intervención Psicoterapéuticas en culpa, agresividad e ideación suicida*

Sesión 7: *Segundo Coloquio de Investigación*

Sesión 8: *Intervención Psicoterapéuticas en dolor, disnea, astenia, anorexia y caquexia*

Sesión 9: *Intervención Psicoterapéuticas en delirium, insomnio, negación y silencio (paciente)*

Sesión 10: *Intervención Psicoterapéutica con la familia*

Sesión 11: *Intervención Psicoterapéutica y Espiritualidad*

Sesión 12: *Presentación de resultados de la Investigación en ambos escenarios*

Sesión 13: *Intervención Psicoterapéutica con el Equipo de Salud*

Sesión 14: *CP Pediátricos Entrega del R-PAP e Investigación*

Sesión 15: *Síntesis y Cierre del Semestre*

Plan de Trabajo

La experiencia de practicantes en el ISSSTE nos abrió el panorama de cómo un sector muy grande de la población mexicana vive. Respecto al contexto económico es un sector de clase media-baja o baja. En su mayoría nos tocó conocer personas con problemas económicos o personas que viven al día. El ISSSTE es un escenario que refleja de gran forma al país, es un sistema que no se da abasto con la cantidad de personas que tiene que atender, y muchas veces colapsa, es decir, incumplen por falta de recursos u organización. Es evidente que el ISSSTE atiende las consecuencias de personas carentes de bienestar físico y psicológico, por lo tanto la causa está fuera de él, en la educación. Y no nos referimos solo a la educación escolar SEP, sino a la educación que hay en las familias y en la cultura, ahí es donde hay muchísimo trabajo que hacer, para potencializar la salud física, psicológica y emocional.

Algunos de los saberes puestos a prueba fueron encontrar la forma de elaborar una relación, aunque en su mayoría fueron relaciones cortas que duraban de uno a máximo 5 días, era importante establecer una relación en la que la persona se sintiera cómoda y libre para expresarse. En la teoría lo teníamos muy claro, pero llevarlo a la práctica fue un proceso que se fue dando. Por otro lado, una vez establecida la relación era importante saber qué técnica podría beneficiar el estado de salud de esa persona, si tenía dolor, o se sentía triste, o estaba enojado teníamos que ser muy asertivas para saber qué técnica utilizar dentro de la gama de opciones que fuimos obteniendo.

El aprendizaje más grande es ver la situación muy de cerca que actualmente México, y valorar cuáles son los aspectos que se tienen que transformar, y cuál es nuestro papel como psicólogas en un país donde hace falta mucho por hacer. Observamos que el foco rojo de cualquier enfermedad, trauma, o situación difícil de sobrellevar se generan en la infancia, una infancia que es víctima de padres poco conscientes o que simplemente siguen repitiendo la educación que ellos recibieron. Hay mucho por hacer en la educación en las familias. El patrón

más común en las personas enfermas fue la carencia de amor que arrastran desde su niñez, fueron niños no vistos, no tomados en cuenta, muchas veces rechazados o abusados, niños tristes y se perdieron en el camino de convertirse en adultos porque no tienen la base más fundamental que cualquier ser humano pudiera tener, sentirse amado y por consecuencia amar a los demás.

Protocolo de investigación

El objetivo general del protocolo de investigación es evaluar el impacto de la intervención psicológica en el afrontamiento, adherencia al tratamiento y los niveles de creatinina y urea en pacientes Hemodializados; en donde queremos identificar por medio de entrevistas y aplicación del protocolo, los sucesos vitales asociados al inicio y desarrollo de la enfermedad renal, realizando mediciones sobre los esquemas cognitivo-emocionales y sobre la adherencia al tratamiento previos y posteriores a la intervención psicológica; para así poder evaluar el impacto de la intervención psicoterapéutica propuesta para el manejo de sucesos vitales y sus cambios en las mediciones biológicas y psicométricas. El cual será anexado al RPAP.

3. Resultados del trabajo profesional

Los resultados a nivel personal fueron la transformación a una actitud empática, de servicio, sensibilizada hacia las personas que fuimos conociendo. El hecho de ir desarrollándonos fue un gran paso, son resultados intangibles, pero que nosotras fuimos testigos de la transformación que hubo en comparación a un principio del proyecto. La seguridad y asertividad que fuimos adoptando. Estas son cualidades que no llevamos integradas para lo largo de nuestra vida.

A nivel profesional fue un reto la investigación, ya que había muchas limitaciones que no estaban en nuestras manos como; las situaciones que se viven en las familias muchas veces

de violencia psicológica, abuso psicológico, falta de recursos económicos etc. Son factores que limitan la mejora en la calidad de vida y adherencia al tratamiento, aspectos que fueron perseguidos en nuestra investigación.

Los resultados fueron a nivel de la investigación fueron poco tangibles debido al corto tiempo, sin embargo, los resultados que pudimos obtener fueron a través de escuchar a los pacientes, de captar aquellos aspectos o creencias que fueron transformando a lo largo de las intervenciones, a través de sus relatos ir puntualizando los cambios de consciencia. Dichos cambios fueron desde la alimentación hasta ciertas situaciones internas que detectaron eran dañinas para su salud física y mental.

Aprender a trabajar en equipo fue otro resultado muy importante, ya que tuvimos que aprender a comunicarnos con los médicos y enfermeras, entendiendo el lenguaje que ellos utilizan.

4. Reflexiones del alumno o alumnos sobre sus aprendizajes, las implicaciones éticas y los aportes sociales del proyecto

Aprendizajes Profesionales

A lo largo de este proyecto hemos ido desarrollando diferentes aspectos de nuestra profesión como psicólogos. Se logró formar un equipo de trabajo interdisciplinar en el que participamos junto con médicos y enfermeras para lograr un mejor entendimiento y procurar mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Enfrentarnos a este escenario nos dio la posibilidad de atender diferentes problemáticas como; cuidados paliativos, manejo del dolor, personas deprimidas, burn out del equipo de trabajo y cuidadores (familiares). Para lograr la atención adecuada fue necesario implementar

técnicas como; imaginería, terapia breve, mindfulness, respiración consciente etc. dependiendo de la necesidad que la persona presentara se le aplicaba una técnica en específico.

Como profesionistas en el campo de la psicología fue de gran impacto ver la situación que se vive en la realidad cultural de la sociedad mexicana en este tipo de sector público. Uno de los aspectos más evidentes fue la deficiencia que se vive en la alimentación por parte de la mayoría de los pacientes que nos tocó intervenir. Es un aspecto alarmante porque pudimos notar que la mala alimentación no solo viene de la desinformación que hay afuera de las instituciones hospitalarias, sino, de la falta de interés al cuidado propio de la salud. Muchas veces las personas a pesar de ser conscientes de los riesgos que corre su salud por la mala alimentación, prefieren seguir comiendo mal. Creencias como; “de algo me he de morir”, “más vale panza llena a corazón contento”, “la comida es mi debilidad”, son dichas por la mayoría de los pacientes.

Dicho lo anterior es un aspecto que afecta de forma directa la adherencia al tratamiento para cualquier enfermedad. Aquí es donde entra nuestro trabajo como psicólogas. A nosotros nos interesó trabajar con pacientes que tienen insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis, nuestro principal interés fue mejorar su calidad de vida y adherencia al tratamiento.

Fue un gran reto haber trabajado con este tipo de pacientes, ya que los factores más limitantes que encontramos fueron este tipo de creencias tan instaladas en su forma de vivir. Fuimos testigos de que no solo era una cuestión de falta de información, sino, de falta de interés. Sin duda fue un trabajo que nos ayudó mucho a desarrollar diferentes habilidades como psicólogas, a descubrir nuestra forma de intervenir, y es un hecho que esto generó un impacto para lo que sigue en nuestra vida profesional.

Aprendizajes sociales

En este aspecto, el aprendizaje que ambas tuvimos, se basa en muchos aspectos, ya que nos dimos cuenta que no podemos pensar solamente de manera individual, sino que siempre tenemos que hacer lo que nos gusta, pero pensando en que existe una sociedad que también va a estar beneficiada o perjudicada. Tenemos que siempre pensar en que todo lo que hagamos ayude a la sociedad en algún modo.

Por otro lado, también nos dimos cuenta que el trabajar con personas, tiene una gratificación muy grande, porque el poder escuchar, ser como un libro en donde el otro puede confiar sus situaciones y secretos más importantes; no solo nos deja una responsabilidad muy grande, sino que nos hace reflexionar sobre el porqué de muchas situaciones que pasan en la sociedad y en las familias; en donde nos damos cuenta que muchos de los problemas que viven las personas hoy en día, están basados en creencias, costumbres y formas de ver la vida como sociedad, que lejos de beneficiarnos, nos están perjudicando; en donde creemos que ahí es donde está nuestro trabajo como psicólogas, el escuchar, el analizar, el buscar a través de nuestra profesión, el que la gente haga conciencia de qué es lo que las hace feliz y les es saludable, y qué es lo que les causa problemas y les hace infelices.

Un aspecto con el que nos quedamos y nos da mucho significado, es el haber podido trabajar con distintas personas, en donde hubo un involucramiento personal tanto de ellos y de nosotras, ya que no solo fue un crecimiento por el lado de ellos, sino que nosotras nos llevamos un crecimiento en todos los sentidos; pero lo que más nos llevamos es esa espinita de escuchar las necesidades sociales y ayudar a que se logre ese cambio que todos como sociedad necesitamos.

Nos vamos muy contentas y con muchas ganas de empezar a ejercer, de modo que podamos abordar las necesidades y los problemas que tenemos como sociedad; ya que este

PAP nos ayudó a ver las cosas desde un punto de vista distinto al que estamos acostumbradas, y que tuvimos la maravillosa oportunidad de construir nuevos lazos, nuevos proyectos, nuevos aprendizajes, nuevas inquietudes; pero todas van de la mano con estas ganas de ayudar a la sociedad, de la cual también somos parte nosotras.

Aprendizajes éticos

Comenzar diciendo que la ética juega un papel fundamental en el rol como psicólogos; en donde siempre tuvimos en cuenta que la confidencialidad es un factor sustancial en nuestro desempeño. A pesar de formar parte de un equipo interdisciplinario, con enfermeras y médicos, había información que no se exponía; y que muchas veces durante este proyecto, nos cuestionamos, qué estaba bien y hasta dónde podíamos llegar nosotros como psicólogos.

La realidad es que nadie nos viene y nos da una guía de qué hacer y cómo hacerlo, pero creemos que aunque nos la dieran uno, no podríamos basarnos solo en un libro, sino que la ética de una persona y sobre todo de un profesional, es mucho más que eso, ya que consideramos que se debe de analizar cada situación de distinta manera, y que no se puede tomar una decisión de manera general, sino que cada situación es distinta y se debe de actuar pensando que lo que se va a decidir, va a ser lo mejor para todos; ya que hay situaciones, que parece que actuamos bien, pero que si nos ponemos a analizar, podríamos deducir que la situación que elegimos, no fue la que generó un bien social, y que es una línea muy delgada, y que cuando se cruza, puede afectar el bienestar de los demás.

En donde Fernando Savater a esto diría que no somos libres de elegir lo que nos pasa, pero que sí somos libres para responder a lo que nos pasa de tal o cual modo (Savater, 2003); y que esta libertad que tenemos de responder a lo que nos pasa, siempre debe de estar basada en la ética, la cual es definida como la moral pensada, que se pregunta por el sentido de los

actos morales; y que es aquí donde entra todos nuestros aprendizajes, nuestra moral y nuestra ética.

En donde podríamos decir que durante este proyecto nos dimos cuenta que debemos de dar siempre lo mejor de nosotros en cada momento, ya que cada persona con la que nos topamos merece el mejor trato; ese trato que nos gustaría recibir si nosotros estuviéramos en su situación; sin olvidar que el tener empatía y nunca sentirte más que las otras personas, fue algo que nos dejó marcadas, en donde siempre tomamos en cuenta el tratar a los demás como un ser humano igual que nosotros y que debíamos poner toda nuestra atención a la situación y la vida de la otra persona, ya que de ese modo vamos a poder estar atentas a los mensajes que muchas veces vienen del inconsciente y dar un mejor acompañamiento.

Sin olvidar que uno de los aspectos más importantes durante la investigación, es siempre hablar con la verdad, explicar todos los beneficios o posibles riesgos, explicar en qué consiste, cuáles van a ser los procedimientos, explicar bien qué se evalúa y sobre todo explicarles que si en cualquier momento ellos se sienten con ganas de retirarse, lo pueden hacer; ya que primero va su bienestar y tranquilidad.

El trabajo de cualquier profesional debe de estar siempre basado en la ética, pero creemos que sobre todo nuestro trabajo como psicólogas, ya que estamos tratando con personas, pero sobre todo con la información importante que les significa mucho a ellos.

Nos llevamos de aprendizaje, el poner siempre en análisis cada situación a la que nos enfrentamos, para siempre buscar la solución más saludable para todos, en donde el bien sea mucho mayor que el mal.

Aprendizajes en lo personal

Después de irnos adentrando poco a poco al escenario del PAP, fuimos conociendo las diferentes problemáticas que se viven en este escenario entorno a la salud física y psicológica de los pacientes. Es un PAP que nos obligó en el buen sentido a profundizar en nuestros conocimientos y a siempre ir más allá de lo que vemos en el aula.

Por un corto momento formamos parte de la vida de algunas personas, quienes nos contaron sus historias, confiando en nosotros. Escuchamos historias que nos acercaron a las diferentes realidades que se viven en nuestro país y nos permiten cuestionarnos qué pasa afuera y sobre todo qué podemos hacer afuera para evitar que se llegue hasta el punto de la enfermedad, del dolor y de la desesperación.

Por otro lado, nos enfrentamos ante un escenario donde el desgaste emocional es muy grande debido a los efectos que causa una enfermedad como; dolor, tristeza, ansiedad, desesperación etc. La mayoría de los que formamos parte del equipo de salud nos exponemos al estrés latente de nuestra responsabilidad con los pacientes. Esto también fue una fuente de aprendizaje para la sensibilización, la empatía y el manejo de estrés.

Fue una experiencia que no solo nos enriqueció a nivel intelectual, sino a nivel personal. Haber conocido a tantas personas y haber sido parte de su vida por unos instantes fue muy enriquecedor y transformador en nuestro desempeño como profesionistas y sobre todo como personas.

5. Conclusiones

El objetivo fue planear, implementar y evaluar un proyecto con el fin de generar procesos de cambio o transformación a nivel cognitivo, conductual y emocional en los pacientes, familiares y /o en el equipo de salud, con base en criterios de pertinencia y relevancia dado la condición de salud o evolución de la enfermedad, abordando la problemática desde los Cuidados Paliativos y la bioética en situaciones de enfermedad, dolor, muerte y duelo.

Dicho lo anterior, podemos decir que si bien no en todos, pero en la mayoría de los pacientes o familiares con quienes pudimos intervenir, se logró un cambio o transformación a nivel cognitivo, conductual y emocional. Cada quien utilizó las técnicas que le parecieron pertinentes e intervino de acuerdo a su estilo, siempre tomando en cuenta la teoría, pero nunca teorizando al paciente o familiar.

El hecho de que quitaran la hora de clase fue muy determinante para el proyecto, era un espacio no solo para aprender nuevas técnicas e información para aplicarla en el escenario, sino que era un espacio para aclarar dudas y aprender de las experiencias de los compañeros, lo cual era fundamental y le daba mucha estructura al proyecto. Al quitarnos estas horas nos sentimos un poco solas en la experiencia. Recomendaríamos por completo que estas horas de clase regresaran a la estructura del PAP.

Otro aspecto que nos gustaría agregar es que para las investigaciones se cuente con mucho más apoyo no solo a nivel teórico sino tecnológico, las investigaciones priorizan resultados tangibles, estadísticos y creo que se puede ir mucho más allá de las pruebas psicométricas, implementar bio-feedback para las mediciones de ciertos marcadores biológicos, o tener material de audios con meditación entre otras cosas, serían de gran ayuda para las siguientes investigaciones.

Bibliografía

- Barbero, G.J; Gómez, B.X; Maté, M.J; Mateo O.D; (2016) Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. *Revistas Científicas Complutense*. España:Universidad Complutense de Madrid. 13(3):323-336.
- Domínguez, A. (2016) Cuidados paliativos, sus orígenes y su llegada a México. *Rev Hosp Jua Mex.México*. 84(3):64-65. Consultado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2016/ju163a.pdf>
- Hilier, E, R., (2010) Terminal Care in UK. En: CA Corr & DM Corr, eds. *Hospice Care: principles and practice*.(pp.319-333). New York: Springer.
- López, A.A.; (2014). Cuidados paliativos. Atención médica en cualquier momento no solo durante la etapa terminal.*Asociación Médica del American British Cowdray Hospital*. México: Anales Médicos 59(3): 197-202

- Riera, J.; (1982). Aproximación a la Historia de la Medicina. (pp.223-236). Valladolid: Ediciones de la Universidad de Valladolid.
- Saunders, C., Foreword. En: Doyle D, Hanks G, MacDonald N. (eds). Oxford Textbook of Palliative Medicine (2ª ed.). (pp. 5-18) Oxford: Oxford University Press.
- Savater, F. (2003). Ética para Amador. Barcelona: Ariel.
- SECPAL (2014). Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid: Guía de Cuidados Paliativos. Web.
<http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>
- Twycross, R.G.; (1980). Hospice Care, redressing the balance. Medicine Journal of the Royal Society of Medicine, 73(4): 475-81.



**Intervención Psicológica para los Estilos de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento
en Pacientes Renales**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Escenario: Hospital Valentín Gómez Farías ISSSTE

Proyecto de Aplicación Profesional: Manejo Psicológico del dolor y Cuidados Paliativos

Presentan:

Ana Gabriela Díaz De La Torre

Regina García Ochoa

Investigadora Principal: Dra. Patricia E. Ornelas Tavares (ITESO)

Asesor: Dr. Hugo Sergio Breien Alcaraz (ISSSTE)

Resumen:

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de la intervención psicológica (audios informativos con temas como; el perdón, la meditación- el cerebro, la relación entre los aspectos psicológicos y físicos etc. Imaginería empleada en meditación e intervenciones terapéuticas) sobre la adherencia al tratamiento, estilos de afrontamiento, mejora de calidad de vida y marcadores biológicos en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Se trata de un estudio cuasi- experimental, comparativo y mixto (grupo control y experimental). Se utilizaron pruebas psicométricas (MOLDES y KDQOLTM-36), manual de intervención psicológica, termómetros de temperatura corporal y exámenes de laboratorio. Los resultados arrojaron patrones comunes en sucesos vitales y algunos cambios relacionados a la calidad de vida. Se discuten las implicaciones prácticas de los hallazgos obtenidos.

Palabras clave: *Insuficiencia renal, estilos de afrontamiento, calidad de vida, Adherencia al tratamiento, Marcadores biológicos, Intervención Psicológica.*

Abstract

The aim of the present study was to evaluate the effect of psychological intervention (informative audios with topics such as: forgiveness, meditation, the brain, the relationship between psychological and physical aspects, etc.). Imagery used in meditation and therapeutic interventions on adherence to treatment, coping styles, improvement of quality of life and biological markers in patients with Chronic Renal Insufficiency. It is a quasi-experimental, comparative and mixed study (control and experimental group). Psychometric tests (MOLDS and KDQOLTM-36), psychological intervention manual, body temperature thermometers and laboratory tests were used. The results yielded common patterns in life events and some changes related to the quality of life. The practical implications of the findings obtained are discussed.

Key words: *Renal insufficiency, coping styles, quality of life, Adherence to treatment, biological markers, psychological intervention.*

Introducción

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es la incapacidad que tiene el riñón de cumplir las funciones de limpieza y equilibrio que requiere el cuerpo, su origen es multicausal. En México

se ha encontrado que entre las patologías asociadas a la IRC son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, glomerulopatías crónicas, riñones poliquísticos, malformaciones congénitas de las vías urinarias, nefropatía lúpica. Nefropatía del túbulo intersticial, litiasis urinaria, causas vasculares, entre otras (Drake,2014).

La insuficiencia renal crónica se ha ido convirtiendo en un problema de salud. Según la OMS y la OPS señalan que esta enfermedad afecta alrededor del 10% de la población mundial y que requiere de tratamientos muy costosos (OPS/OMS, 2015).

Por otro lado, la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica en las personas mayores de 20 años se encuentra entre un 12 y un 17 a nivel mundial (Barros-Higgins, Herazo-Beltrán, Aroca-Martínez, 2015). En México, a pesar de las campañas de salud, los pacientes aumentan de manera significativa. Por dar un ejemplo, en Jalisco, El Registro Estatal de Diálisis y Trasplante de Jalisco (REDTJAL) afirma que del año 1999 al 2008 hubo un aumento de 92 pacientes por millón de habitantes (Martínez, 2011).

Es importante mencionar que una de las principales problemáticas que afectan a las personas que padecen de enfermedades crónico-degenerativas como la Insuficiencia Renal Crónica, es la poca o nula adherencia al tratamiento. En este sentido, y buscando problematizar la situación que viven los pacientes que acuden a Hemodiálisis en el Hospital Regional de ISSSTE, Dr. Valentín Gómez Farías, se buscó charlar con algunos de ellos, 22 en total, que acudían a su tratamiento de Hemodiálisis durante el turno matutino. Con base en sus respuestas, se sabe que el 77% de los entrevistados no trabajan actualmente y el 23% restante reportan un menor rendimiento laboral a causa de su enfermedad. Aunque la totalidad reconoce recibir un muy buen trato por parte del personal de la salud del Hospital, el 95% de los pacientes reconoce que no tienen adherencia al tratamiento, es decir que no siguen la dieta y se exceden en la ingesta de agua. El 90% de los pacientes entrevistados cuentan con el apoyo de algún familiar, sin embargo, el 86% ha experimentado soledad y el 77% identificó haber sentido miedo a morir

cuando recibieron el diagnóstico. También el 90% muestran rasgos depresivos y no cuentan con metas, sueños, o aspiraciones en la vida desde que debutaron con su enfermedad. Ninguno de ellos (100%) ha recibido apoyo psicológico a lo largo de su enfermedad. Estas cifras muestran la necesidad de proporcionar el acompañamiento psicológico a los enfermos renales para una mayor adaptación a su condición y mejorar su adherencia al tratamiento.

Se ha documentado el beneficio de los programas de intervención psicológica que mejoraron calidad de vida de los enfermos renales, brindando atención a los pacientes, a las familias de los enfermos y al personal hospitalario. Se han logrado modificar satisfactoriamente las conductas que ayudan a que el paciente perciba la enfermedad de manera diferente y con ello, poder adoptar los cambios necesarios en su dieta y en su tratamiento para incrementar su adherencia (Vidal. 2014).

Las enfermedades crónico-degenerativas, como la insuficiencia renal, se asocian a la presencia de estilos de vida poco saludables, con altos niveles de estrés, sedentarismo, poca calidad nutricia, etc., además de los factores ambientales, culturales y personales que posee cada individuo. La teoría de Hans Selye, sobre el síndrome de adaptación general (SAG), escrita en 1936, ya señalaba la importancia de la respuesta fisiológica frente a los acontecimientos externos. La secuencia de reacciones del organismo que propuso Selye, se genera al enfrentar alguna situación que es percibida como amenazante y que desencadena una respuesta de activación psicofisiológica, sin embargo, si esta amenaza se continúa, el organismo resiste adoptando respuestas que buscan minimizar la amenaza o adaptarse a ella. Si la exposición al evento estresante fue crónica e intensa, continuaría la fase de agotamiento, caracterizada por una respuesta inmunodeprimida, así como una experiencia de indefensión, cansancio y agotamiento emocional. En este proceso, simultáneamente ocurre un desorden y reacomodo de neurotransmisores, secreciones hormonales, toxinas, emociones, traumas que pueden o no ser superados de una manera efectiva (Volkov, 2013).

De la manera de percibir y de afrontar lo que la persona considera estresante, dependerá la respuesta más o menos adaptativa a la situación. En este sentido, si el individuo cuenta con una amplia variedad de estrategias para afrontar aquello que considera amenazante, su respuesta será más adaptativa y el estrés se reducirá significativamente, sin embargo, si sus estrategias de afrontamiento son limitadas o desadaptativas, el estrés continuará y, a largo plazo, enfermará.

Desde el enfoque de Psicología de la Salud, las intervenciones psicológicas dirigidas a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas deberán orientarse a reducir las fuentes de estrés, a percibir las situaciones amenazantes de una manera diferente a afrontar dichas situaciones con múltiples recursos adaptativos y principalmente, a modificar sus estilos de vida.

En este sentido, el presente estudio busca probar la efectividad de la intervención psicológica en pacientes hemodializados mediante el manejo emocional y el cambio conductual que le permita modificar sus estilos de afrontamiento ante las situaciones que le preocupan, incluyendo la enfermedad, y también para mejorar su adherencia al tratamiento.

Los estudios que, como el presente, pretenden ofrecer alternativas para incrementar la adherencia al tratamiento y reducir la deserción del mismo, contribuirán a aminorar los gastos producidos por la alta demanda que existe en los servicios de salud derivadas de las complicaciones relacionadas con las fallas en la dieta, el sedentarismo y los hábitos poco saludables.

También se buscará mejorar el bienestar y la calidad de vida en los pacientes, mediante la atención de los aspectos psicosociales y emocionales del paciente renal, atendiendo las necesidades emocionales que se han asociado al inicio y desarrollo de la enfermedad, empleando mediciones biológicas y psicológicas que permitan evidenciar los cambios generados a partir de la intervención psicológica. Finalmente, se cuenta con el apoyo y

disposición del personal de Nefrología para realizar este estudio dada la alta demanda de pacientes con enfermedades renales que atienden y que no cuentan con asistencia psicológica.

Antecedentes

Estrés Percibido, Afrontamiento y Enfermedad

Los estilos de afrontamiento es una variable importante en el estudio psicológico de pacientes crónicos ya que condicionan la respuesta de los mismos a las crisis circunstanciales y a las mismas limitaciones de su enfermedad, según mencionan Hersh-Rifkin y Stoner (2015). Estos mismos autores mencionan algunos de los padecimientos físicos asociados a la enfermedad crónica, como son las dificultades respiratorias, motoras, los cambios metabólicos, el dolor, pérdidas cognitivas; mencionan también los que acompañan un tratamiento médico: falta de apetito, aletargamiento motor, entre otros. Después de esto, no es raro que se señale la ira y la hostilidad para el tratamiento y con el personal hospitalario como “reacciones comunes” de quienes padecen esta falla en sus riñones (Hersh-Rifkin y Stoner, 2015).

Los padecimientos propios de la IRC, según Mok y Tam (2011), pegan principalmente en la autoestima del paciente por el carácter estricto de su tratamiento y por el cambio de rutinas que genera problemas familiares y psicosociales; la percepción de la alteración de su funcionamiento cotidiano, sea físico, psicológico, social, su movilidad altera la calidad de vida del enfermo (Álvarez-Ude, 2011) y si sumamos a esto el hecho de que la IRC constantemente le recuerda la vulnerabilidad y la cercanía con la muerte. De esta manera es común encontrar enfermos de insuficiencia renal asociados a cuadros de depresión y ansiedad (Gil, et al. 2013).

La hemodiálisis y demás tratamientos para esta enfermedad alteran de tal manera la vida ordinaria del individuo y la familia, que ocasionan cambios emocionales y crisis en ambos (Calvanese, Fieldman y Weisinger, 2014).

El afrontamiento se define como las herramientas o recursos con los que cuenta una persona para reducir de manera significativa el impacto negativo de los estresores y mantener un equilibrio psicológico, incluso en caso de enfermedad (Fernández y Díaz, 2011). Todos utilizamos alguna estrategia, sea consciente o inconsciente, para evitar, debilitar o acabar con “los estímulos estresantes” y librarnos de algún daño (Matheny, Aycock, Pugh, Curlette y Silva-Canella, 2011) Ahora bien, estos afrontamientos pueden ser “saludables y constructivos” o lo contrario. Y, según la definición anterior, son diferentes en cada persona según haya aprendido a utilizarlos en las exigencias de su medio. Lazarus y Folkman (2011, p. 64) describen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Los factores de los que resulta el estilo de afrontamiento que cotidianamente utiliza el individuo dependen primero de la apreciación que hace de las situaciones estresantes, de los recursos con los que cuenta y del recuerdo de acontecimientos parecidos en el pasado. (Mok y Tam, 2011). Es clásica la diferenciación que hacen Lazarus y Folkman (2011) de los estilos de afrontamiento centrados en el problema o estilos de afrontamiento centrados en la emoción. Los primeros, aparecen cuando existe la posibilidad del cambio del problema; los segundos aparecen cuando se aprecia que ese cambio no es posible. Por lo que los estilos de afrontamiento centrados en la emoción tienen que ver más con las creencias o la parte cognitiva que incide en lo emocional. Algunas de estas estrategias que se utilizan pueden ser la negación, la minimización, la atención selectiva, la evitación, optimismo, distorsión de la realidad, entre otras, mecanismos que funcionan para cambiar el significado de algo que parece inevitable (Wahl, Hanestad, Wiklund y Poum, 2010).

Aplicando esta clasificación a los pacientes de IRC, algunos autores mencionan que existen pacientes que hacen frente al problema y se apegan a lo indicado por los médicos y a

su tratamiento; otros en cambio, utilizan comúnmente la evitación que repercute en estados ansiosos y depresivos. Estos autores agrupan los estilos de afrontamiento en dos: los activos y los pasivos. Los estilos de afrontamiento activos son aquellos donde el paciente ve la manera de salir adelante, cosa que optimiza su sistema inmune y su salud. Los estilos pasivos, son utilizados por aquellos que utilizan una actitud tibia e inactiva, esperando sólo lo que los demás puedan hacer por ellos. La consecuencia de este tipo de afrontamiento es desfavorable para la salud mental y física del paciente, que se sumerge en estados depresivos. En este grupo de afrontamientos pasivos, los autores mencionan, la evasión y el catastrofismo, sin dejar atrás los mecanismos de defensa, como por ejemplo la negación y el aislamiento emocional, sin embargo, estos mecanismos inconscientes no hacen que el sujeto se enfrente a su realidad, sino que solo le ocultan el problema, lo que causa que en cualquier momento aparezcan nuevamente junto con el estrés. (Arraras, Wriqth, Jusue, Tejedor y Calvo, 2012)

Para Lazarus y Folkman (2011, p. 64) las estrategias de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos-conductuales desarrollados “para manejar demandas externas y/o internas evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo”. Y a su vez, las dividen en “estrategias focalizadas en el problema” que hacen referencia a las que se usan para manejar una situación que causa estrés, y en “estrategias focalizadas en la emoción” las que hacen el papel de regular la experiencia emocional del sujeto frente al estímulo estresante.

Pues bien, autores recientes como Pinto y Vásquez (Urta, 2014), hacen una división más a la propuesta anterior y plantean estrategias de afrontamiento que puede ser divididas en intervenciones destinadas al: a) Control de estímulos del ambiente, b) Control del área somática y c) Control de pensamientos negativos (técnicas que se utilizan para disminuir el efecto de creencias o cogniciones irracionales). Para esto se utiliza la reestructuración cognitiva y el auto-diálogo. Tanto la reestructuración cognitiva como el auto-diálogo en términos generales, son

técnicas cognitivas de modificación conductual que se basa en el cambio creencias negativas o irracionales por otras positivas para tener un buen autocontrol. (Urra, 2014)

Básicamente este modelo Lazarus y Folkman (2011) es el que puede ayudar para la Intervención porque ofrece una serie de elementos que van sobre la atribución de significados que le da el sujeto a la situación; en donde este proceso es realizado por terapias centradas en el proceso de evaluación cognitiva: la Reestructuración Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva de Ellis e intervenciones desde otros paradigmas como mindfulness, por ejemplo, que se entiende como una conciencia centrada en el presente y basada también en una intervención cognitiva conductual de la consigna "posponer la preocupación".

1. Adherencia al Tratamiento

La OMS ha definido la adherencia al tratamiento como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán, 2009). Ha sido intencional llamarle “Adhesión al Tratamiento” en lugar de “Cumplimiento del Tratamiento” para expresar la decisión del paciente y su colaboración activa para acudir a sus citas, medicarse según lo prescrito y seguir el nuevo estilo de vida requerido también. (Merino, 2011)

Numerosos estudios confirman que la mitad de los pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento farmacológico y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida (Merino. 2011). Los pacientes toman decisiones sobre su medicación, tomando en cuenta ciertos aspectos personales basados en sus creencias, la manera de percibir la causa de su enfermedad o la manera cómo piensa que debe enfrentarla. (Merino. 2011), por lo tanto, es difícil considerarlos como cumplidores de las prescripciones médicas, ya que son personas que

toman sus propias decisiones, por lo cual es importante que el médico haga una alianza con ellos, para mejorar la efectividad de los tratamientos farmacológicos.

El término "adherencia" le da una parte activa de compromiso al paciente y le da responsabilizad al médico para construir un contexto que le permita al paciente comprender mejor su problema, las consecuencias de seguir un tratamiento y el poder tomar decisiones de manera conjunta, para que de ese modo mejore la efectividad del tratamiento; y de ese modo se culpa directamente al paciente ya sea de forma intencionada, no intencionada, por ignorancia o por olvido. (Merino, 2011)

La mayoría de los estudios realizados hasta el momento sobre adherencia al tratamiento hablan de enfermedades crónicas que son muy costosas para el paciente, para el sector salud y para el gobierno.

La adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria: cumplidor/ no cumplidor, adherencia/ no adherencia, y los factores que la determinan se clasifican en 4 áreas:

- *Relación médico-paciente*
- *El paciente y su entorno*
- *La enfermedad*
- *La terapéutica (Merino, 2011)*

Para este autor, la relación médico-paciente toma en cuenta la motivación que tiene el paciente gracias a la relación con su médico tratante, la comunicación efectiva y la confianza a la hora de obtener beneficio, ya que hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento respecto al factor ambiental, destacando las creencias de cada paciente, su entorno emocional, afectivo, su rol en la sociedad, el aislamiento, las creencias sociales o mitos de salud. De este modo, se pueden ver las características sociodemográficas, el nivel de conocimientos y el apoyo que recibe de su familia y de la sociedad en la que vive (Merino, 2011).

Uno de los muchos factores que hacen difícil la adherencia está el deterioro cognoscitivo y estados alterados de ánimo, el deterioro sensorial, la pérdida de visión o audición que pueden causar que el paciente no entienda de manera correcta la información, que aprenda incorrectamente, fuera de tiempo o que no entienda nada de la información transmitida por el médico y, de ese modo, no siga adecuadamente las instrucciones (Merino. 2011)

Por otro lado, es importante saber el tipo de enfermedad que se tiene, ya que se ha observado mientras aumenta la cronicidad, el cumplimiento del tratamiento disminuye; por otro lado, la manera subjetiva de percibir la gravedad también influye, mientras más grave la perciba, mejor cumple el tratamiento; y por el contrario, mientras más mínimos son los síntomas, la adherencia al tratamiento disminuye. Sin olvidar que la adherencia al tratamiento se hace difícil, cuando se altera el funcionamiento ordinario de la persona y su interacción social (Merino. 2011)

Se ha demostrado que cuando el tratamiento es corto y sencillo de seguirse, el paciente se adhiere de manera efectiva, pero esta disminuye cuando se prolonga, como es el caso de las enfermedades crónicas; como cuando se usan muchos fármacos a la vez, cuando se solicita ayuda de personal capacitado o cuando los medicamentos tienen efectos secundarios. (Merino. 2011)

Para Merino (2011). la no adherencia al tratamiento se clasifica de muchas maneras:

Incumplimiento esporádico: la persona incumple de forma ocasional (en personas ancianas que olvidan dosis o toman dosis menores por miedo a los efectos adversos).

- ***Incumplimiento parcial:*** el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- ***Incumplimiento secuencial:*** El tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.
- ***Incumplimiento completo:*** El tratamiento es abandonado indefinidamente. Pasa más en jóvenes

- **Cumplimiento de bata blanca:** *Sólo se adhiere a tratamiento cuando está cercana la visita médica.*

Otras formas de clasificar la no adherencia o el incumplimiento terapéutico, según este mismo autor, son:

- **PRIMARIA:** *Cuando no se lleva la prescripción de la consulta o no la retiran de la farmacia*
- **SECUNDARIA;** *Cuando se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvidos en el número de dosis o bien se aumenta la frecuencia de la dosis, o se deja el tratamiento antes de lo Indicado por el médico.*

Instrumentos como el End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire ESRD-AQ, han probado su utilidad psicométrica para Identificar a los pacientes con adecuada adherencia al tratamiento de hemodiálisis (Merino. 2011).

2. Antecedentes sobre intervenciones Psicológicas en pacientes renales

En los últimos años, los estudios de psicología con los pacientes de hemodiálisis pretenden ver las variables que influyen en un fenómeno complejo como es adhesión al tratamiento. Dichas variables psicosociales, aparecen también en investigaciones que buscan una intervención integral del paciente y que consideran las alteraciones emocionales íntimamente relacionadas con el índice de morbilidad y mortalidad de estos enfermos renales e incluso lo evidencian, relacionando variables psico-emoción al es con síntomas somáticos que aparecen en el paciente. (Perales-Montilla, Duschek, & Reyes-del Paso, 2013)

Entre las Intervenciones psicológicas propuestas para este tipo de pacientes, están algunas que utilizan las técnicas de relajación (Martínez Saldaña. A. 2012). Otras que llaman la atención por lo novedoso de su intervención, ya que utiliza el juego en la sala de hemodiálisis

como un modo de afrontamiento. (Bail Pupko, Benvenuto, Vizoso, Ottone León, Ercoli y Britos. 2012).

La mayoría de los estudios están orientados al manejo de la ansiedad, la depresión y la fatiga en los pacientes que acuden a hemodiálisis, principalmente con el uso de técnicas cognitivo- conductuales de primera, segunda y tercera generación, técnicas psicoeducativas y de soporte emocional. (Bail Pupko, Benvenuto, Vizoso, Ottone León, Ercoli y Britos. 2012).

Finalmente, también se han realizado estudios que ponen en evidencia la utilidad de la tecnología para la adherencia terapéutica, particularmente en relación a la ingesta de líquidos y a las sesiones de hemodiálisis. (Bail Pupko, Benvenuto, Vizoso, Ottone León, Ercoli y Britos. 2012).

Preguntas de investigación

¿Qué efectos produce la intervención psicológica en los marcadores biológicos, psicométricos, estilos de afrontamiento y creencias que tienen los pacientes respecto a la enfermedad?

¿Qué efectos produce la intervención psicológica en la adherencia al tratamiento en los pacientes hemodializados?

Objetivo General

- Evaluar el impacto de la intervención psicológica en el afrontamiento, adherencia al tratamiento y los niveles de creatinina y urea en pacientes Hemodializados.

Objetivos Específicos

- Identificar mediante entrevistas los sucesos vitales asociados al inicio y desarrollo de la enfermedad renal.

- Realizar mediciones sobre los esquemas cognitivo-emocionales y sobre la adherencia al tratamiento previos y posteriores a la intervención psicológica.
- Evaluar el impacto de la intervención psicoterapéutica propuesta para el manejo de sucesos vitales y sus cambios en las mediciones biológicas y psicométricas.

Hipótesis

Ho1: No existe una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones biológicas iniciales y finales en los pacientes que recibieron intervención psicológica (Grupo Experimental)

Ho2: No existe una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones psicométricas iniciales y finales en los pacientes que no recibieron intervención psicológica (Grupo Control) y en comparación con los que sí recibieron la intervención. (Grupo Control vs. Grupo Experimental)

Ho3: No existe un patrón común de sucesos vitales y/o de la percepción de los mismos, asociado al inicio y desarrollo de la enfermedad renal.

Tabla 1. Definición de Variables

Dependientes

MARCA- DORES	VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN
BIOLÓGI COS	TA	Es la fuerza que ejerce la sangre sobre las arterias. Los niveles normales son 120/80	Continua	Inicio y Final de cada sesión
	FC	Es el número de latidos cardiacos por minuto. En adultos, se esperan entre 60 y 100 latidos por minuto.	Continua	Inicio y Final de cada sesión

	Na	La medición de sodio en sangre representa el equilibrio entre la cantidad de sodio que se ingiere en bebidas y alimentos y la cantidad en la orina. El rango normal para los niveles de sodio en la sangre es de 135 a 145 mEq/L.	Continua	Inicio y Final de cada sesión
	TEMP	Es la temperatura corporal que puede variar durante el día y según la actividad. El valor normal es de 36.1 a 37.2°C.	Discreta	Inicio y Final de cada sesión
	UREA	Residuo de la descomposición de proteínas. El nivel normal es de <40 mg/dl en sangre.	Discreta	Inicio y Final del Protocolo
	CREATININA	Es el residuo de la masa y actividad corporal. El nivel varía según el sexo y edad. Mujeres, inferior a 0.96 mg/dl y varones inferior a 1.3 mg/dl.	Discreta	Inicio y Final del Protocolo
PSICOMÉTRICOS	SESRD-AQ	Instrumento construido con 46 reactivos en escala Likert y divididos en cinco secciones: información clínica, asistencia a diálisis, uso de medicamentos, restricciones de líquido y dieta. Las sumas de las puntuaciones ofrecen una medida de adherencia al tratamiento y de percepción sobre el mismo. Posee características psicométricas de confiabilidad y validez adecuadas y adaptada a población hispana.	Categórica	Inicio y Final del Protocolo
	MOLDES	Evaluación de las estrategias o «moldes mentales» con los que una persona interpreta, evalúa y reacciona ante la realidad. Incluye la evaluación de 30 factores de primer orden, 10 de segundo orden y tres de tercer orden en un total de 87 reactivos en escala Likert. Posee características psicométricas de confiabilidad y validez adecuadas y adaptada a población hispana.	Categórica	Inicio del Protocolo

Independiente: Protocolo de Intervención Psicológica

El protocolo de Intervención Psicológica tiene como objetivo general: Modificar estrategias cognitivo-emocionales y comportamientos no adherentes al tratamiento en pacientes que acuden a hemodiálisis.

Como objetivos específicos se pretende:

- a) Proporcionar elementos cognitivos (información y reestructuración sobre sus creencias) para comprender la relación mente-cuerpo y su importancia en la salud
- b) Identificar aquellos comportamientos que ayudan/perjudican a la adherencia al tratamiento y las cogniciones y emociones vinculadas a ellos.

- c) Adquirir nuevas estrategias cognitivas, emocionales y conductuales para enfrentar las adversidades y mejorar la adherencia al tratamiento.

La fundamentación teórica de este Protocolo de Intervención, se sustenta en la Terapia Cognitivo-Conductual de Primera, Segunda y Tercera Generación, incluyendo el uso de herramientas tales como la psicoeducación, tareas conductuales, condicionamiento y contra-condicionamiento de respuestas fisiológicas asociadas al estrés, ansiedad, depresión y fatiga, reestructuración cognitiva, cambios conductuales, mindfulness, y meditación, entre otras, que han sido probadas clínicamente y su efectividad ha sido documentada ampliamente en la literatura.

La Intervención Psicológica se divide en 16 sesiones que se buscó realizar con una periodicidad de 2 veces (martes y jueves) durante 8 semanas y con una duración de 1:30. Cada sesión tendrá una actividad grupal y se dará tiempo también para dar seguimiento individual de los participantes.

El desglose de la Intervención para cada sesión aparece en la Tabla 2, a continuación:

Tabla 2. Programa de Intervención Psicológica

SESIÓN	ACTIVIDAD	OBJETIVO	HERRAMIENTA
1	Presentar carta de consentimiento informado y aplicar pruebas psicométricas de MOLDES y KDQOL-36.	Dar introducción acerca del protocolo de intervención y aplicación de prueba psicométrica MOLDES.	Prueba MOLDES Y KDQOL-36
2	La influencia de nuestros pensamientos en la realidad Platica informativa acerca de la relación que existe entre los aspectos psicológicos y la salud física. Meditación	Promover una conciencia de la relación que existe entre mente-cuerpo.	Audio conferencia y meditación inspiradas en el Dr. Joe Dispenza
3	Tu cerebro y la meditación La meditación nos permite cambiar el cerebro, el cuerpo y nuestro estado del ser. Y lo más importante es que podemos hacer estos cambios sin necesidad de actuar físicamente ni interactuar con el entorno exterior. Por medio de la meditación podemos instalar el <i>hardware</i> neurológico necesario. Meditación	Informar acerca de la relación que existe entre cerebro y meditación.	Audio conferencia y Audio meditación (El placebo eres tú) mp3.
4	Introspección Reflexionar acerca de los sentimientos que hemos almacenado a lo largo de nuestra vida, ser conscientes de cuáles nos perjudican y encontrar la herramienta para dejarlos ir. Meditación.	Contestar preguntas que nos llevan a reflexionar acerca de los sentimientos que almacenamos y son destructivos.	Audio conferencia y meditación mp3.
5	Los regalos del perdón Platica informativa acerca del perdón. El perdón no es algo fácil porque creemos que “no se lo merece la persona que nos lastimó” pero al cabo del tiempo te das cuenta cómo eres tú el que recibe los beneficios del perdón, tú eres el que se va a sentir más joven, libre y en paz. La mente que no tiene culpa, no puede sufrir. Se les pedirá una reflexión final escrita a mano. Meditación	Promover una disposición cognitiva hacia el perdón.	Audio conferencia inspirada por “Un curso de milagros” y meditación mp3.
6	Crea tu nuevo yo Crear consciencia de quién has estado siendo, cuáles son tus miedos, tus limitaciones, qué te gustaría liberar. Meditación	Crear consciencia acerca de los miedos y limitaciones que obstaculizan su vida.	Audio conferencia meditación mp3.
7	Aplicación de pruebas psicométricas MOLDES y KDQOL-36		Pruebas MOLDES y KDQOL-36

Método

- a) **Tipo de Estudio:** El presente es un estudio Cuasi experimental, Comparativo y Mixto, con un grupo control y otro experimental, con pre-prueba y post-prueba

G1	T1	X	T2
G2	T3	-	T4

Donde

G1= Grupo Experimental

G2= Grupo Control

T= Evaluaciones Psicométricas (MOLDES) y Biológicas

b) **Participantes:** Se tomará como grupo experimental a 8 pacientes que acuden de manera regular al servicio de Hemodiálisis del HRDVG del ISSSTE, se seleccionarán a aquellos que acudan a tratamiento los martes y jueves en el turno matutino, mientras que el grupo control se invitará a pacientes que acudan los mismos días, pero en el turno vespertino. Los criterios de inclusión exclusión y eliminación se señalan a continuación.

Tabla 3. Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

Grupo	Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión	Criterios de Eliminación
Experimental	Género: Indistinto Edad: 30 y 60 años Escolaridad: Alfabeta Turno en HD: martes y jueves, turno Matutino entre 7 y 14:00 hrs. Consentimiento informado	Fuera del rango de edad Analfabeta Turno en HD, cualquier otro día que no sea martes y jueves y en horario diferente al matutino Sin consentimiento informado	Participantes que dejaron de asistir por tres ocasiones a la Intervención Psicológica Que no completen las mediciones biológicas y psicológicas Que por complicaciones de salud se retiren voluntariamente del estudio
Control	Género: Indistinto Edad: 30 y 60 años Escolaridad: Alfabeta Turno en HD: Vespertino, martes y jueves entre las 3:00 y 19:00 hrs. Consentimiento informado	Fuera del rango de edad Analfabeta Turno en HD: cualquier otro día que no sea martes y jueves y en horario diferente al vespertino Sin consentimiento informado	Participantes que no logren completar las mediciones biológicas y psicológicas Que se retiren voluntariamente del estudio

c) **Instrumentos de recolección de Datos:**

- Sucesos de vida de los pacientes por medio de entrevistas y análisis cualitativo de las narrativas y datos recibidos durante la intervención.
- Estrategias cognitivo-emocionales: TEST MOLDES
 - Los moldes mentales son los modos habituales con los que una persona se enfrenta cognoscitiva y afectivamente a la realidad y con los que interpreta y valora su relación con ella. El cuestionario MOLDES consta de 87 ítems que describen comportamientos y modos de pensar ante diferentes situaciones; el sujeto debe indicar su grado de acuerdo a estas descripciones y su forma de ser. Los resultados del test se articulan de acuerdo a una estructura jerárquica formada por tres niveles: Tres encuadres focales (Espontaneidad Vital, Ajuste y Optimización); diez dimensiones focales que serán utilizadas para el análisis en este estudio (Implicación Vital, Negatividad, Discordancia, Evitación, Defensividad, Atribución externa, Operatividad, Optimización positivizante, Optimización preparatoria y Optimización autopotenciadora) y 30 moldes o factores de primer orden (Implicación directa, Hiperanálisis, Hipercontrol anticipatorio, Afrontamiento borroso, Anticipación aversiva, Evaluación selectiva negativa, Hostiligenia, Inflación-Decepción, Focalizador en la carencia, Imantación por lo imposible, Anticipación devaluativa, Disociación emocional, Reclusión, Oblicuidad cognitiva, Anticipación esfuerzo y costo, Precisión y supervisión, Atribución falta de esfuerzo, Justificación de los fallos, Desplazamiento emocional, Atribución al temperamento, Atribución social del éxito, Atribución mágica, Atribución internalista del éxito, Atribución a las estrategias, Autoconvicción volitiva, Automotivación proactiva, Control emocional anticipatorio, Anticipación constructiva previsor, Evaluación positiva y Transformación rentabilizadora).

- KDQOL TM 36 Su Salud y Bienestar (Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida)

El objetivo de este test, es conocer la calidad de vida y adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con enfermedad del riñón. Este cuestionario incluye preguntas basadas en las últimas 4 semanas, el cual consta de 36 preguntas, entre ellas incluye temas como:

- ❖ *Salud en general*
 - ❖ *Problemas emocionales*
 - ❖ *Dolor*
 - ❖ *Tranquilidad, energía y ánimo*
 - ❖ *Relaciones sociales*
 - ❖ *Sobre la enfermedad del riñón y la interferencia con la vida*
 - ❖ *Percepción de la enfermedad*
 - ❖ *Adherencia al tratamiento*
 - ❖ *La familia*
 - ❖ *Síntomas físicos*
 - ❖ *Limitaciones y recreación*
- Marcadores biológicos (niveles normales):
 - ❖ *Presión arterial: 120/80*
 - ❖ *Frecuencia cardiaca: 60-100 latidos por minuto*
 - ❖ *Nivel de sodio: 135 a 145 mEq/L,*
 - ❖ *Temperatura: 35° y 37°C*
 - ❖ *Creatinina: 0.7 a 1.3 mg/dL para los hombres y de 0.6 a 1.1 mg/dL para las mujeres*
 - ❖ *Potasio: 3,5 a 5,3 mEq/L*

- ❖ *Fósforo: 2.5 - 4.5 mg/dL*
 - ❖ *Albumina de proteína: 4,0 - 5,0 g/dL (40 - 50 g/L)*
 - ❖ *Urea: inferior 40 mg/dl*
- Prueba de Wilcoxon: Es una prueba no paramétrica de comparación de dos muestras relacionadas, debe cumplir las siguientes características:
 - *Es libre de curva, no necesita una distribución específica.*
 - *Nivel ordinal de la variable dependiente*
 - *Se utiliza para comparar dos mediciones de rangos (medianas) y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).*

Aspectos éticos

Para cumplir con las directrices éticas de la Investigación en Psicología y de acuerdo a los lineamientos del HRDVGF del ISSSTE, este protocolo será sometido al Comité de ética e Investigación, buscando cumplir con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 17, fracción primera, así como con los lineamientos de la declaración de Helsinki.

Para ello, se diseñó la carta de Consentimiento Informado (Anexo 1) que será condición necesaria para participar en este estudio.

Las mediciones psicométricas no generan ninguna reacción adversa en el participante. Si generara alguna respuesta emocional, el equipo de investigación estará al pendiente para su manejo.

Las mediciones biológicas se realizan de manera rutinaria en el área de Hemodiálisis, por personal de enfermería, especializado la toma de signos y muestras. El equipo de investigación

se orientará a recoger la información que el personal de enfermería reporta al inicio y al final de la sesión de hemodiálisis y a los controles de urea y creatinina que se realizan mensualmente y que también son registrados en los expedientes de cada paciente.

Una vez concluido el estudio experimental, se ofrecerá la misma intervención a los participantes que así lo deseen del grupo control.

Resultados

Los resultados que aparecen a continuación se explicarán con base en los objetivos propuestos para este estudio, señalando que en repetidas ocasiones se dividirá a los participantes por grupo de edad, debido a las características que mostraron justo por la diferencia etaria.

1. Objetivo: **Identificar mediante entrevistas los sucesos vitales asociados al inicio y desarrollo de la enfermedad renal.** Los resultados que obtuvimos fueron:
 - Los patrones comunes de los sucesos vitales en los pacientes entre 20-28 años, en tratamiento de hemodiálisis del grupo experimental fueron: hijos de padres alcohólicos, ambos padres ausentes física o emocionalmente y muertes repentinas de algún padre.
 - Los patrones comunes de los sucesos vitales en pacientes entre 50-70 años, en tratamiento de hemodiálisis fueron: infancia marcada por abuso o abandono, problemas económicos fuertes, miedo y desvalorización.
 - Los pacientes reportan haber percibido dichas situaciones como amenazantes e incapacitantes, las cuales refieren que fueron mayores a sus fuerzas y que no han podido superar, lo cual significa que constituye una experiencia significativa ante la cual experimentaron la falta de apoyo y estrategias para enfrentar y superar dicha situación de manera saludable.

- Los pacientes mencionan haber desarrollado la enfermedad después de estos sucesos vividos como impactantes y amenazantes.
- **Dicho lo anterior la Ho3: no se cumple debido a que, si existieron patrones comunes en los sucesos vitales y/o de la percepción de los pacientes, asociado al inicio y desarrollo de la enfermedad renal.**
- Por otro lado, estos datos fueron recabados durante las entrevistas hechas en un principio. Estas entrevistas giraron en trono a los sucesos vitales asociados al inicio y desarrollo de la enfermedad, tal y como se planteó de antemano en los objetivos de la investigación.

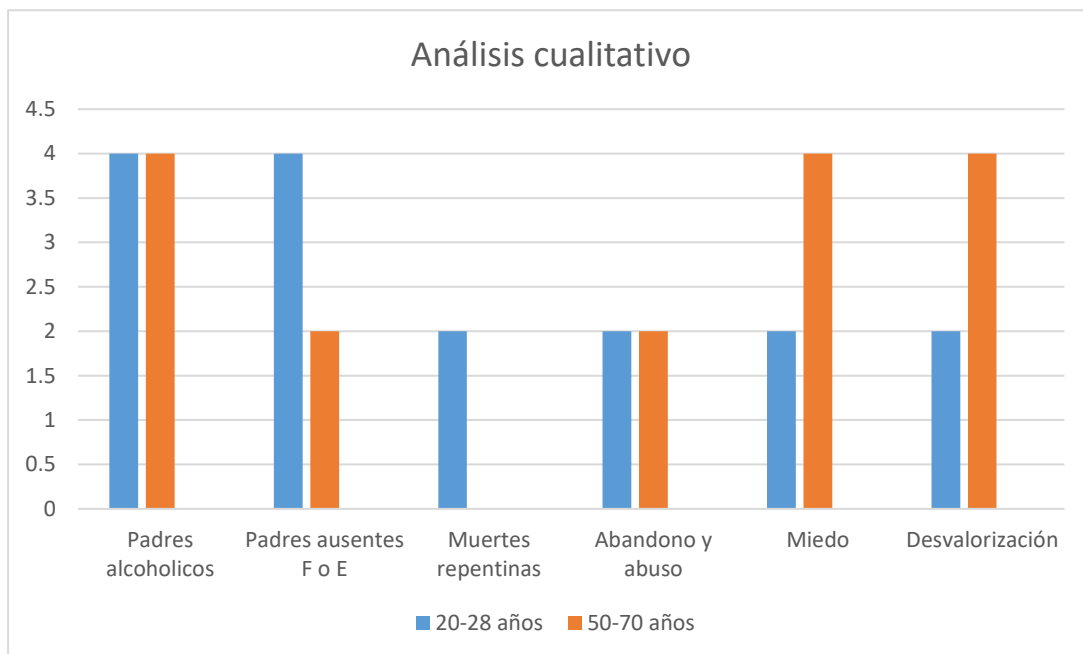


Figura 1. Experiencias vitales comunes en los participantes

- Durante las entrevistas se obtuvo que 4 de los 8 pacientes entrevistados fueron hijos de padres alcohólicos, 2 de 8 se murió su papá cuando ellos tenían alrededor de 8 años, 5 de 8 tuvieron padres ausentes física y emocionalmente y mencionan sentir resentimiento por esto, 5 de 8 mencionaron tener diferentes tipos de miedos desde que eran chicos, 6 de 8 refirió sentirse desvalorizado por sí mismo y sus seres queridos, 4

de 8 mencionaron haber sido abandonados o abusados psicológicamente en la infancia y 5 de 8 presentaron problemas económicos fuertes durante su infancia.

2. **Objetivo: Evaluar el impacto de la intervención psicoterapéutica propuesta para el manejo de sucesos vitales y sus cambios en las mediciones biológicas y psicométricas.** Los resultados que se obtuvieron fueron:

Tabla No. 4 Resultados de la prueba de Wilcoxon para los marcadores biológicos por sesión en el grupo experimental

	SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3	SESIÓN 4	SESIÓN 5
TEMPERATURA	Z =-1.31 p =.258	Z =-.412 p =.68	Z =-.680 p =.497	Z =-.170 p =.865	Z =-1.581 p =.114
PRESIÓN SISTÓLICA	Z =-1.185 p =.236	Z =-.845 p =.398	Z =-1.101 p =.271	Z =-.169 p =.866	Z =-.315 p =.752
PRESIÓN DIASTÓLICA	Z =-.848 p =.396	Z =-.507 p =.612	Z =-1.363 p =.173	Z =.000 p =1	Z =-.254 p =.799
PULSO	Z =-.135 p =.892	Z =-1.355 p =.176	Z =-.508 p =.611	Z =-1.016 p =.31	Z =-.946 p =.344

Tal como se observa en la tabla anterior, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los signos vitales registrados antes y después de cada sesión de intervención.

Por otro lado, se tomaron en cuenta los marcadores biológicos como la creatinina, potasio, fósforo, albúmina y urea. El análisis estadístico no reporta diferencias significativas, no obstante, se registraron variaciones en los niveles de sus medidas biológicas tal como se aprecia en la siguiente figura.

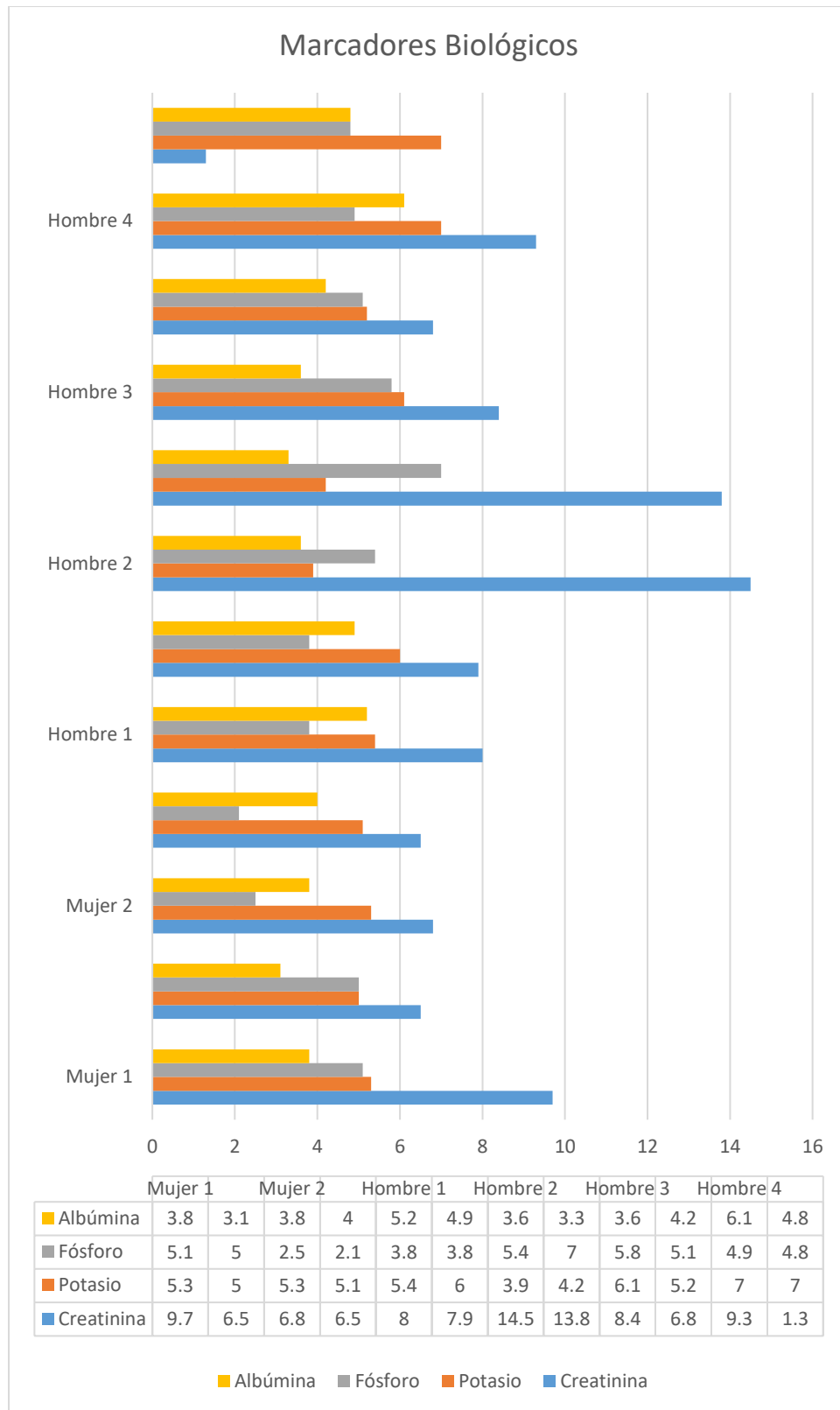


Figura No. 2 Resultados de los laboratoriales de los pacientes antes y después de la intervención psicológica.

En el análisis de Wilcoxon, no se encontraron diferencias significativas (Tala 5).

Tabla 5. Diferencias entre los resultados de laboratorio antes y después de la intervención

Sexo	Marcadores Biológicos	z	Sign. Asintótica
Femenino	Creatinina	-1.342	0.18
	Potasio	-1.342	0.18
	Fósforo	-1.342	0.18
	Albúmina	-.447	0.655
	Urea	-1.342	0.18
Masculino	Creatinina	-1.826	0.068
	Potasio	.000	1
	Fósforo	.000	1
	Albúmina	-.736	0.461
	Urea	-1.826	0.068

Aunque se aprecian algunas diferencias entre las mediciones iniciales y finales que pueden ser atribuibles a una mejor adherencia al tratamiento, el análisis estadístico sugiere que dichas diferencias no son estadísticamente significativas.

3. Objetivo: **Realizar mediciones sobre los esquemas cognitivo-emocionales y sobre la adherencia al tratamiento previos y posteriores a la intervención psicológica.**

Estas mediciones psicométricas fueron aplicadas al grupo experimental y al grupo control. En primer lugar, los resultados del grupo experimental sugieren que hubo una disminución de la limitación de actividades debido a su salud física ($p=.046$); menor interferencia de la enfermedad en su vida ($p=.02$) y reducción en la presencia de náuseas o molestias en el estómago ($p=.014$), mientras que el resto de las variables evaluadas no mostraron una diferencia significativa ($p>.05$). Por otro lado, los resultados observados en el grupo control, señalan que mostraron una diferencia significativa entre la medición inicial y final únicamente en relación a la percepción de su salud ($p=.01$), mientras que el resto de los rubros medidos no muestran una diferencia significativa ($p>.05$)

Por otro lado, la evaluación de las 10 dimensiones de la prueba moldes muestra que en el grupo control hubo algunas diferencias significativas en relación a algunas estrategias cognitivas emocionales con las que afrontan su enfermedad, mientras que en el grupo experimental no se observan cambios significativos.

Tabla 6. Comparación de la puntuación inicial y final de las 10 dimensiones de Moldes

Dimensiones (Moldes)	Grupo Experimental	Grupo Control
Implicación Vital	$Z = -.342$ $p = .733$	$Z = -2.579$ $p = .012$
Negatividad	$Z = -.140$ $p = .889$	$Z = -1.166$ $p = .244$
Discordancia	$Z = -.280$ $p = .779$	$Z = -.561$ $p = .574$
Evitación	$Z = -1.120$ $p = .263$	$Z = -.171$ $p = .865$
Defensividad	$Z = -1.355$ $p = .176$	$Z = -1.893$ $p = .058$
Atribución Externa	$Z = -.933$ $p = .351$	$Z = -2.527$ $p = .012$
Operatividad	$Z = -.421$ $p = .674$	$Z = -1.550$ $p = .121$
Optimización Positivizante	$Z = -.631$ $p = .528$	$Z = .000$ $p = 1$
Optimización Preparatoria	$Z = -.070$ $p = .944$	$Z = -1.825$ $p = .068$
Optimización Autopotenciadora	$Z = -.983$ $p = .326$	$Z = -1.975$ $p = .048$

Para comprender mejor estas variaciones en los resultados, es importante señalar el significado de cada una de las dimensiones que resultaron con cambios significativos en el grupo control.

En primer lugar, la **Implicación vital** se refiere a que la persona tiende a anticipar e imaginar peligros, problemas y fracasos y una tendencia a verse arrastrado por lo negativo, aunque pueda haber situaciones positivas y atractivas. Además, incluye respuestas caracterizadas por focalizar la atención, el análisis o el recuerdo en aspectos negativos de la realidad tanto externa como interna, subrayándolos y exagerándolos, y desconsiderando los aspectos positivos. Por otro lado, la **Atribución externa** consiste en atribuir los fracasos al

*propio temperamento o estado de ánimo, quedando muy asociada con una tendencia al desasosiego o nerviosismo. También implica, en el lado opuesto, atribuir los éxitos a los demás, a su atención o ayuda, dando muestras de dependencia social. Finalmente, la **Optimización auto potenciadora** hace referencia a la atribución personal de los éxitos, a las propias cualidades o forma de ser, a las estrategias y procedimientos utilizados e incluye la posibilidad de que la persona se dé ánimos y administre auto-recompensas antes o durante la acción, pensando en los logros futuros, las ventajas y en los aspectos positivos, así como en disminuir las dificultades.* Las puntuaciones sugieren diferencias entre la puntuación inicial y final, sin embargo, se desconoce si los participantes del grupo control vivieron alguna experiencia que explique dichos cambios.

A partir de las hipótesis planteadas y después de un análisis minucioso de los resultados se puede afirmar lo siguiente: En cuanto a la **Ho1**, menciona que *“No existe una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones biológicas iniciales y finales en los pacientes que recibieron intervención psicológica (Grupo Experimental)”*. Con base en los resultados, esta hipótesis se acepta, ya que en el análisis de los marcadores biológicos tomados antes, después y durante el proceso de intervención psicológica, no muestran que haya habido un cambio significativo, sin embargo se observa, en algunos participantes, variaciones que pueden asociarse a una mejor adherencia al tratamiento.

En cuanto a la **Ho2**, menciona que *no existe una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones psicométricas iniciales y finales en los pacientes que no recibieron intervención psicológica (Grupo Control) y en comparación con los que sí recibieron la intervención (Grupo Experimental)*; se puede mostrar que en cuanto a la prueba **MOLDES**, no hubo diferencia estadísticamente significativa, ya que el grupo experimental no reportó ningún cambio, sin embargo, sí se observan algunas variaciones en el grupo control. Por otro lado, en cuanto a la prueba **CALIDAD DE VIDA**, se encontraron diferencias

significativas en algunos rubros, pero en la mayoría no se reportan diferencias estadísticamente significativas, por lo que la hipótesis **Ho2**, se rechaza.

Finalmente la **Ho3**, menciona que *no existe un patrón común de sucesos vitales y/o de la percepción de los mismos, asociado al inicio y desarrollo de la enfermedad renal*; se rechaza, ya que sí se encontraron varios patrones de experiencias vitales en común asociados al inicio y desarrollo de la enfermedad, los cuales fueron: hijos de padres alcohólicos, ambos padres ausentes física o emocionalmente, muertes repentinas de algún padre, infancia marcada por abuso o abandono, problemas económicos fuertes, miedo y desvalorización. Por lo tanto, se puede afirmar que *Sí existe un patrón común de sucesos vitales y/o de la percepción de los mismos, asociado al inicio y desarrollo de la enfermedad renal*. Este dato requiere comprobarse comparando a personas que han vivido experiencias similares y que no hayan desarrollado una insuficiencia renal, para así evaluar el supuesto de causalidad entre dichas variables y la insuficiencia renal.

Discusión

La presente investigación pretendió evaluar el efecto de un programa de intervención psicológica sobre el afrontamiento, calidad vida, adherencia al tratamiento y marcadores biológicos de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Valentín Gómez Farías. La progresión de la falla renal una vez diagnosticada es irreversible, sin embargo, se buscó promover la adherencia al tratamiento, mejorar su calidad y estilos de afrontamiento para disminuir en tiempo la progresión de la enfermedad, mediante un programa de intervención psicológica. Esta intervención estuvo conformada por 5 sesiones, dentro de las cuales se trataron distintos aspectos basados en la relación que existe entre aspectos físicos y psicológicos, la relación de la meditación y el cerebro, el perdón y evaluación de creencias irracionales que muchas veces limitan la percepción de la persona sobre su realidad.

Aunque Vidal (2014) reportó que los programas de intervención psicológica que mejoraron calidad de vida de los enfermos renales, los cuales han logrado modificar satisfactoriamente las conductas que ayudan a que el paciente perciba la enfermedad de manera diferente y con ello, poder adoptar los cambios necesarios en su dieta y en su tratamiento para incrementar su adherencia, en este estudio no se observaron cambios significativos.

Entre las posibles explicaciones teóricas para los resultados obtenidos, se encuentra que en la literatura la Insuficiencia Renal Crónica se asocia a la presencia de estilos de vida poco saludables, con altos niveles de estrés, sedentarismo, poca calidad nutricia, etc., además de los factores ambientales, culturales y personales que posee cada individuo. La teoría de Hans Selye, sobre el síndrome de adaptación general (SAG), escrita en 1936, ya señalaba la importancia de la respuesta fisiológica frente a los acontecimientos externos. La secuencia de reacciones del organismo que propuso Selye, se genera al enfrentar alguna situación que es percibida como amenazante y que desencadena una respuesta de activación psicofisiológica, sin embargo, si esta amenaza se continúa, el organismo resiste adoptando respuestas que buscan minimizar la amenaza o adaptarse a ella. Si la exposición al evento estresante fue crónica e intensa, continuaría la fase de agotamiento, caracterizada por una respuesta inmunodeprimida, así como una experiencia de indefensión, cansancio y agotamiento emocional. En este proceso, simultáneamente ocurre un desorden y reacomodo de neurotransmisores, secreciones hormonales, toxinas, emociones, traumas que pueden o no ser superados de una manera efectiva (Volkov, 2013). En esta misma línea, el análisis cualitativo que aquí se presentó, sostiene en la relación con la presencia de acontecimientos vitales que fueron percibidos como amenazantes e incapacitantes, las cuales refieren que fueron mayor a sus fuerzas y que no han podido superar.

En relación a los estilos de afrontamiento, pareciera que tienden a ser desadaptativos ya que los pacientes se perciben y se percibieron que no contaron con las estrategias, herramientas

y apoyo para enfrentar de manera saludable y exitosa dichas situaciones; por lo que Volkov diría, que los pacientes no pudieron reducir su estrés, y este continuará a largo plazo y enfermará. Lazarus y Folkman (2011, p. 64), definen a las estrategias de afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos-conductuales desarrollados “para manejar demandas externas y/o internas evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo”. Y a su vez, las dividen en “estrategias focalizadas en el problema” que hacen referencia a las que se usan para manejar una situación que causa estrés, y en “estrategias focalizadas en la emoción” las que hacen el papel de regular la experiencia emocional del sujeto frente al estímulo estresante. En este sentido, vale la pena considerar que, en la población estudiada, se observaban cambios en la manera de percibir sus experiencias y estados de ánimo de sesión a sesión. Unos días con más coraje y otros de manera más tranquila, sin embargo es posible que con cinco sesiones para abordar un conflicto enraizado en la estructura personal del paciente resultan insuficientes.

El enfoque de Psicología de la Salud, menciona que las intervenciones psicológicas dirigidas a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, están enfocadas a reducir las fuentes de estrés, a percibir las situaciones amenazantes de una manera diferente a afrontar dichas situaciones con múltiples recursos adaptativos y principalmente, a modificar sus estilos de vida; el Programa de intervención buscó abordar este tipo de situaciones significativas y que perciben o percibieron en su momento como amenazantes; no obstante, es posible que la modificación de estas variables requiera un plan de intervención con mayor duración y profundidad para poder identificar si el cambio buscado es alcanzable.

En relación a la adherencia al tratamiento, se observaron algunos cambios que se presume pudieron haberse logrado por conductas de autocuidado y algunas modificaciones en su adherencia. Aunque los datos no reportan cambios estadísticamente significativos, si se lograron variaciones en los marcadores biológicos en los que influyen aspectos no sólo psicológicos, sino económicos para poder surtir sus medicamentos o para poder seguir la dieta

que se les pide, sin olvidar también la orientación nutricional. A este respecto Merino (2011) menciona que *“Los pacientes toman decisiones sobre su medicación, tomando en cuenta ciertos aspectos personales basados en sus creencias, la manera de percibir la causa de su enfermedad o la manera cómo piensa que debe enfrentarla”*, en la población estudiada, las limitaciones económicas se mencionaron como un factor constante que influye en su adherencia terapéutica.

Tomando el tema de los marcadores biológicos, nos parece importante mencionarlos y explicarlos más a fondo, ya que en la investigación elaborada por Doc. Childre and Rollin McCraty presentaron que las emociones positivas sostenidas, como la apreciación, el amor o la compasión, se asocian con un patrón altamente ordenado o coherente en la frecuencia cardíaca, lo que refleja una mayor sincronización entre las dos ramas del sistema nervioso autónomo y un cambio en el equilibrio autonómico hacia actividad parasimpática (McCraty, 2002).

Dicho lo anterior, en la investigación se buscó un cambio en los signos vitales (temperatura, pulso y TA) después de que los pacientes escucharan la meditación diseñada para elaborar y mantener emociones positivas, sin embargo los resultados observados principalmente en el pulso y la TA no fueron significativos. Se piensa son necesarias más intervenciones debido a que los pacientes no habían realizado ejercicios de ésta índole y la activación del sistema nervioso simpático se incrementa al evocar un recuerdo desagradable, por lo que el factor tiempo pudo haber influido en los resultados obtenidos.

Así mismo, se ha demostrado que técnicas de meditación pueden ser utilizadas para regular la temperatura del cuerpo y que esto, de acuerdo a un equipo de investigadores de la Universidad Nacional de Singapur, puede mejorar la resistencia a infecciones, el rendimiento cognitivo, acelerar el tiempo de respuesta y disminuir los problemas de rendimiento (Kozhevnikov, Shephard y Gramann, 2013). En este protocolo se consideró la temperatura

central, sin embargo, es posible considerar la medición de la temperatura periférica que es más susceptible a los cambios derivados de la relajación.

En relación a los marcadores de daño renal, la proteinuria ha sido comprobada como factor de progresión de la enfermedad renal, por lo que la cuantificación de la excreción urinaria de albúmina es la recomendada, debido a que un incremento en su excreción constituye la manifestación más temprana de ERC secundaria a diabetes u otras enfermedades glomerulares y nefrosclerosis hipertensiva. Por otro lado, la albuminuria también puede presentarse en enfermedades túbulo intersticiales, enfermedad renal poliquística y en enfermedades en el riñón trasplantado (López, 2008).

El método recomendado para su medición es el cociente albúmina (mg)/creatinina (g) en una muestra aislada de orina, con un umbral de 30 mg/g (mujeres 25 mg/g y hombres 17 mg/g) como marcador de daño renal. Las razones para utilizar esta cifra como umbral son las siguientes: se encuentra 2 ó 3 veces por arriba del valor de excreción normal de albúmina; valores por arriba de 30 mg/g son infrecuentes en hombres y mujeres sanos menores de 40 años; valores por arriba de este umbral representan marcadores tempranos de daño renal por diabetes enfermedades glomerulares e hipertensión arterial; valores mayores se asocian con resultados adversos como progresión de la enfermedad renal y el desarrollo de complicaciones cardiovasculares en personas con y sin diabetes. Finalmente, se ha comprobado que aquellas terapias que reducen la albuminuria retrasan la progresión de la enfermedad renal diabética y no diabética (López, 2008).

Otros marcadores de daño renal como son las anormalidades en el sedimento urinario (cilindros, hematuria, células epiteliales, etc.), anormalidades en estudios de imagen (riñones poliquísticos, hidronefrosis, disminución del tamaño renal y aumento en su ecogenicidad) y anormalidades en la composición de la sangre y orina que definen síndromes tubulares (acidosis tubular renal, diabetes insípida nefrogénica, síndrome de Fanconi, etc.) son tomados

en cuenta, debido a que pueden asociarse con una disminución en el funcionamiento renal (López, 2008).

La determinación de creatinina sérica no debe ser utilizada como único parámetro para evaluar la función renal. La estimación de la TFG mediante ecuaciones matemáticas basadas en la cifra de creatinina sérica, constituye el mejor método disponible en la práctica clínica para evaluar la función renal. En este sentido, la ecuación de la MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) es la recomendada por la KDIGO para estimar la TFG (TFGe). La depuración de creatinina mediante orina de 24 h, no mejora, salvo en determinadas situaciones, la estimación de la TFG obtenida a partir de ecuaciones (López, 2008).

En la investigación se obtuvieron cambios, aunque no significativos en los marcadores biológicos como; creatinina, potasio, fósforo, albúmina y urea en mujeres. Sin embargo, el cambio a pesar de ser mínimo puede ser un indicador de que el programa de intervención psicológica si tuvo un efecto en los pacientes, y en consecuencia retrasa la progresión de la enfermedad renal. Se piensa que alargando el tiempo del programa de intervención psicológica se podría llegar a resultados más significativos.

En el caso de los hombres la creatinina y urea bajo en todos, potasio y fósforo en 2 de 5 y la albúmina en 3 de 5. De igual forma los cambios no fueron significativos de forma general, se piensa que alargando el tiempo del programa de intervención psicológica se podría llegar a resultados más significativos.

Por último nos parece importante mencionar que a pesar de que no vimos cambios estadísticamente significativos en los estilos de afrontamiento de los pacientes, sí se observaron pequeñas variaciones que pueden indicar el impacto del Programa de Intervención para la modificación de sus estilos de afrontamiento, calidad de vida y marcadores biológicos. No obstante, consideramos que el trabajo realizado deberá ampliarse en tiempo y profundidad, debido a que las variables psicológicas asociadas a la enfermedad renal requieren un trabajo de

varios meses para que los resultados que se vayan observando retroalimenten y motiven al paciente a sostener los cambios incipientes que aquí se observaron. Modificar conductas, relacionadas con hábitos de pensamiento y de conducta no saludables implica además un trabajo interdisciplinario, en el que se involucre también a la familia como promotora de la adherencia terapéutica. El apoyo nutricional es una variable que también afecta la modificación de los marcadores biológicos. Por ello, se propone integrar un equipo conformado por el paciente-cuidador-médico-psicólogo y nutriólogo para obtener mejores resultados.

Conclusiones:

A partir de la información ya descrita, se observa un impacto mínimo del Programa de Intervención Psicológica en pacientes hemodializados, sobre sus marcadores biológicos (signos vitales y laboratoriales), sin mostrar diferencias estadísticamente significativas.

La adherencia al tratamiento, los estilos de afrontamiento y la calidad de vida que fueron medidos con pruebas psicométricas, no alcanzaron a mostrar diferencias estadísticamente significativas, aunque si se revelan algunas variaciones.

Los participantes en este estudio, revelaron una afectación emocional profunda desde su infancia y que ellos asocian con el desarrollo de su enfermedad. Aunque dicho impacto fue abordado en la Intervención propuesta, se asume que el tiempo y la profundidad con la que se planteó fue insuficiente.

Se sugiere ampliar la muestra y el contenido y duración del Programa de Intervención Psicológica, para determinar si los factores de tiempo y profundidad explican la posible variación en los marcadores biológicos y psicométricos. De la misma manera, se sugiere que se involucre un equipo interdisciplinario para abordar la adherencia terapéutica, incluyendo a la familia y al paciente en un compromiso con su tratamiento para mejorar su condición y prevenir el deterioro.

Referencias:

Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M. & Calvo, J. I. (2012). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 7:181-187

Bail Pupko, Vera, Benvenuto, Analía, Vizoso, Silveria, Ottone Leon, Daniela Estefania, Ercoli, Mariana y Britos, Lorena (2012). Intervención Psicosocial en una sala de Hemodiálisis: El juego como forma de afrontar la enfermedad. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Obtenido de: <https://www.academica.org/000-072/271>

Barros-Higgins, Herazo-Beltrán, Aroca-Martínez, (2015) Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica, *Rev. Fac. Med.* 63(4):641-647, Barranquilla:Colombia. Obtenido en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n4/v63n4a09.pdf>

Calvanese, N., Feldman, L. & Weisinger, J. (2014). Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Nefrología Latinoamericana*, 11(2):49-63. Obtenido de: <http://www.redalyc.org/html/798/79810216/>

Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán, (2009) Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 41:342-8, Obtenido en <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>

Drake, Richard L.; Vogl, Wayne; Mitchell, Adam W.M. (2014). *Gray: Anatomía para estudiantes*. España: Elsevier.

Fernández, M.D. & Díaz, M.A. (2011). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 6:129-136. Obtenido de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3910>

Gil, J., Cunqueiro, M., García, J., Foronda, J., Borrego, M., Sánchez Perales, P., Pérez del Barrio, J., Borrego, G., Viedma, A., Liébana, S., Ortega & Pérez V. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrología*. 23:528-537. Obtenido de: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-calidad-vida-relacionada-con-salud-pacientes-ancianos-hemodialisis-X021169950301643X>

Hersh-Rifkin, M. & Stoner, M. H. (2015). Psychosocial aspects of dialysis therapy. En J. Kallenbach, C. Gutch, M. Stoner & A. Corea. (Eds.). *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel*. EE:UU: Mosby Inc. 2: 90-94 Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17986567>

Kozhevnikov; Elliott, J; Shephard, J; Gramann, K. (2013). Neurocognitive and Somatic Components of Temperature Increases during g-Tummo Meditation: Legend and Reality. *PLoS ONE*. 8(3)

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (2011). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca

López, E. D. (2008). Medigraphic. Obtenido de Medigraphic. Obtenido de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2008/rr083b.pdf>

Martínez, H.R., Cueto, A.M., Rojas, E. y Cortés, L.,(2011) Estrategias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana en primer nivel de atención. *Medigraphic*. 6(1):44-50.
Obtenido de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2011/rr111h.pdf>

Matheny, K. B., Aycock, D. W., Pugh, J. L., Curlette, W.L. & Silva-Cannella, K. A. (2011). Stress coping: a qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *Counselling Psychologist*. 14:499-549. Obtenido de: https://www.researchgate.net/publication/247736665_Stress_Coping_A_Qualitative_and_Quantitative_Synthesis_with_Implications_for_Treatment

Merino SJ, Guillén VFG. (2011) *El incumplimiento factor clave en el control de las enfermedades*. Madrid:International Marketing and Communications.

Mok, E. & Tam, B. (2011). Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of clinical nursing*, 10(4):503-511 Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11822498>

McCarty, D. C. (2002). Psychophysiological Correlates of Spiritual experience. *AAPB & Biofeedback magazine*, (pp.15-16).

OPS/OMS, (2015) La OPS/OMS y la sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento, obtenido en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es

Perales-Montilla, Carmen M., García-León, Ana, & Reyes-del Paso, Gustavo A.. (2012). Psychosocial predictors of the quality of life of chronic renal failure patients

undergoing hemodialysis. Madrid: *Nefrología*. 32:622-630 <https://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447>

Vidal, (2014) Intervención en pacientes con insuficiencia renal, El Psicólogo en el ámbito hospitalario, Desclee de Brouwer

Volkov, P., Rönn, T., & Davegardh, C. (2013). A six Months Exercise Intervetion Influences the Genome-Wide DNA Methylation Pattern in Human Adipose Tissue. *PLOS Genetics*. 9(6). Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23825961>

Wahl, A., Hanestad, B., Wiklund, I. & Poum, T. (2010). Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Quality of life Research*, 8:427-433

Anexos:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL”

Introducción: La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es la incapacidad que tiene el riñón para cumplir las funciones de limpieza y equilibrio que necesita el cuerpo; en donde esta enfermedad es multicausal, pero en México se ha encontrado que muchas enfermedades asociadas a la IRC son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, glomerulopatías crónicas, riñones poliquísticos, malformaciones congénitas de las vías urinarias, nefropatía lúpica. Nefropatía túbulo intersticial, litiasis urinaria, causas vasculares, entre otras.(Drake,2014). Debido a la complejidad del padecimiento se ha vuelto necesario que su tratamiento incluya a varias disciplinas de la salud además de la médica, entre ellas psicología, la cual ofrece dentro de sus alternativas ejercicios de introspección y meditaciones guiadas.

Propósito del Estudio: El propósito de este estudio es informar e inspirar o motivar a los pacientes en tratamiento de hemodiálisis para crear nuevos hábitos (reestructuración cognitiva) que mejoren su calidad de vida. Se pretende dar a conocer nuevos aprendizajes acerca de la importancia y la relación que existe entre los aspectos psicológicos (mente) y la salud (cuerpo), además se utilizará la herramienta de meditación para integrar dichos aprendizajes. Buscando así mejorar su calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

Forma de realización del trabajo de investigación: Se aplicará el Test MOLDES para evaluar su estilo de afrontamiento. Además cada día se verá una lección de un tema en particular, y es requisito que lo que aprendas de esa lección lo lleves a la práctica día tras día. Estas lecciones no se pueden aprobar ni reprobar, tú no puedes ser aprobado o reprobado. Límitate a sentirte cómodo aprendiendo de ellas, tanto si aprendes la lección como si tardas más tiempo en asimilarla.

Requisitos: saber leer y escribir.

Beneficios que usted puede obtener si acepta participar en el estudio: mejora en la calidad de vida y adherencia al tratamiento.

Riesgos e Inconvenientes: Las lecciones no representan ningún riesgo para tu salud.

Derechos y responsabilidades: Usted tiene derecho de aceptar o rechazar su participación sin repercusión alguna. Así mismo, si por alguna circunstancia una vez aceptado participar, usted decide retirar su consentimiento para continuar en el estudio, puede hacerlo. Sin embargo, su participación será muy útil, pues brindará mejor conocimiento de su enfermedad y tratamiento de la misma. La responsabilidad que usted asume en caso de dar su consentimiento, es su participación activa para pensar y escribir durante las lecciones. Este estudio tiene carácter científico-académico y está supeditado a los lineamientos de la Institución ISSSTE, del ITESO y a la Ley General de Salud. Usted no recibirá ningún tipo de compensación económica.

Datos de contacto. El equipo de investigación está encabezado por la Dra. Patricia E. Ornelas Tavares (Cel. 3333942392), Regina García (Cel. 3313034172) y Ana Gabriela Díaz (477 5768509).

Hoja de Consentimiento Informado:

Por este conducto manifiesto que:

1. He sido informada ampliamente sobre el Proyecto: “**EFFECTOS DE LA INTERVENCIÓN PSICÓLOGICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL**” que se llevará a cabo en esta Institución. Los responsables del Proyecto son Ana Gabriela Díaz De La Torre y Regina García Ochoa.

Esta información me ha sido proporcionada por: _____

Fecha: _____

2. He sido invitada a participar voluntariamente en el mismo, aportando información necesaria de mi persona.

4. Autorizo a los investigadores mencionados y a quien ellos indiquen, a realizar los procedimientos convenientes al proyecto.

5. Autorizo al equipo de investigación a hacer uso de los resultados de las distintas evaluaciones con fines científicos, docentes y estadísticos, en el marco de la ética profesional y con el resguardo de la información personal bajo estricta confidencialidad.

6. Acepto que no recibiré compensación alguna y libero a los investigadores y a las instituciones participantes de toda obligación económica para conmigo.

8. Mi participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento que así lo decida y lo exprese a los investigadores responsables. Además se me ha orientado para que en caso de querer tratar cualquier asunto relacionado con mi participación en el estudio puedo dirigirme con la Dra. Patricia E. Ornelas Tavares, directora del estudio al 3333942392 o con Ana Gabriela Díaz o Regina García los días martes y jueves de 8:00 a 14:00 horas.

Por lo anterior doy mi consentimiento para participar en el estudio:

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Teléfono: _____

Firma