

CAROLINA SANTILLÁN TORRES TORIJA<sup>1</sup>

FACULTAD DE PSICOLOGÍA,  
PROGRAMA DE DOCTORADO  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

### DESIGN, IMPLEMENTATION AND ASSESSMENT OF AN EDUCATIVE INTERVENTION FOR ESRD PATIENTS

Recibido: Abril 24, 2010  
Revisado: Junio 16, 2010  
Aceptado: Junio 26, 2010

1. Agradezco a la Gabina Villagrán Vázquez, al personal del Hospital General de Atizapán Salvador González Herrejón – Daimler Chrysler, especialmente al Área de Medicina Interna, al Área de Enseñanza y a los pacientes de la unidad de Diálisis por su valioso apoyo durante la realización del presente estudio. Dirigir correspondencia a:  
Correo: carolina.santillan@comunidad.unam.mx

#### Resumen

La IRC es un padecimiento costoso y complejo que exige del paciente una alta adherencia a la alimentación, la ingesta de líquidos, limpieza e higiene, y toma de medicamentos. La adherencia al tratamiento médico está influida por factores como la información que tiene el paciente y su salud mental. Se ha encontrado que esta población muestra una alta prevalencia de sintomatología depresiva, y pocos conocimientos sobre la propia enfermedad. Objetivo: diseñar y probar los efectos clínicos de un programa de intervención educativa cognitivo conductual para pacientes aceptados en el protocolo de DPCI en los siguientes indicadores: a) sintomatología depresiva, b) ansiedad, c) conocimientos sobre la enfermedad, y d) electrolitos séricos. Método: Se evaluó a seis pacientes pre-diálisis con el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, prueba de conocimientos sobre IRC y pruebas de laboratorio. Participaron en un entrenamiento de dos fases con un total de diez sesiones. Resultados: Hay cambios estadísticamente significativos en el nivel de conocimientos, usando las pruebas estadísticas de Wilcoxon, de Prueba de los signos, y McNemar así como ganancias relativas en los niveles ansiedad y sintomatología depresiva. Discusión: Existen algunas dificultades al trabajar con esta población. Se hacen sugerencias para la implementación de este tipo de intervenciones en el futuro.

*Palabras clave:* Terapia cognitivo conductual, insuficiencia renal crónica, depresión, diálisis.

#### Abstract

ESRD is a costly and complex condition that requires from the patient high adherence to renal diet, fluid intake, cleanliness and hygiene, and medication. Adherence to treatment is influenced by factors such as information about the disease, and mental health. Several studies show high levels in prevalence of depression among this population, as well as high levels of misinformation about the disease itself. Purpose: to design and test the clinical effects of an educational program including cognitive behavioral skills for patients accepted the protocol of intermittent peritoneal dialysis in the following indicators: a) depression, b) anxiety, c) knowledge about disease, and d) serum electrolytes (glucose, sodium and potassium). Method: Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory a Test about ESRD information, and lab tests were administered to six patients pre-dialysis at a local hospital. The patients received a Two-Phase training that accounted for a total of 10 sessions. Results: Wilcoxon, Test of the signs, and McNemar statistic tests showed statistically significant changes in the level of knowledge about the disease. Relative gains are shown in anxiety and depression levels. Discussion: The findings are discussed in the light of the difficulties of working with these population. The author makes suggestions for implementing such interventions in the future.

*Keywords:* Education, ESRD, depression, dialysis.

## Introducción

La diabetes mellitus es la primera causa de muerte en México hoy en día, y las enfermedades hipertensivas son la novena (Secretaría de Salud, 2005). Debido a las características de la población mexicana, muchos pacientes ignoran que padecen estas enfermedades y/o no llevan un tratamiento adecuado de las mismas por lo que en el mediano plazo se encuentran enfrentándose a otros padecimientos relacionados con un manejo defectuoso de la enfermedad primaria. Suele entonces desarrollarse la Insuficiencia Renal Crónica (IRC). La incidencia de pacientes con Diabetes que terminan por padecer insuficiencia renal crónica en Europa es de un 15 – 30% (Martín, et al., 1999). En México el problema es tan grave que el INEGI reporta que a partir de 1998 el porcentaje de defunciones generales de 30 a 64 años por Insuficiencia Renal Crónica se ha ido incrementando de 1.8 a 2.1 por ciento al año 2005 (INEGI, 2008).

La IRC se define como una pérdida lenta, progresiva e irreversible del filtrado glomerular del riñón. Generalmente cursa asintomática, hasta que el filtrado glomerular desciende por debajo de 10 ml/min. Entonces, aparecen las complicaciones propias del síndrome urémico, y se manifiesta mediante alteraciones digestivas, hematológicas, cardiovasculares, neurológicas y metabólicas (Secretaría de Salud, 2000). Entre estas alteraciones se incluyen una importante retención de líquidos, un cambio en la coloración de la piel, diarreas frecuentes, y falta de apetito. Los pacientes comienzan a hincharse de forma desproporcionada, el color de su piel empieza a tornarse amarillo – verdoso y su aliento es metálico; empiezan a tener poca tolerancia a los alimentos cursando con náuseas así como problemas intestinales. También refieren calambres en las extremidades y problemas para dormir.

La IRC es uno de los padecimientos más caros, y que generan uno de los más altos deterioros en la vida de los pacientes y sus familiares. En México, la IRC, constituye un problema de salud frecuente en la población, que genera un alto costo social y económico. Actualmente existe un incremento de pacientes, se estima que cada año son alrededor de 35 mil en todo el sistema de salud (Trujillo, Méndez, Sierra, 1999). Las probabilidades de mejora son bajas debido a las condiciones económicas de los habitantes de nuestro país, a la dificultad que tienen de acceder a los servicios de salud, y a la falta de conocimiento de la propia enfermedad. A este respecto Duran-Varela et al. (2001) encontraron en un grupo de pacientes

mexicanos con diabetes mellitus, un apego al tratamiento del 54.2%, y los factores asociados al no apego fueron la escolaridad primaria y la falta de información sobre la enfermedad. Así que la transición de una enfermedad como diabetes mellitus o alguna enfermedad hipertensiva a la IRC generalmente implica continuar con el patrón de falta de conocimiento e incumplimiento de las indicaciones médicas, lo cual termina en una muerte pronta.

Uno de los tratamientos utilizados en México para la IRC es la Diálisis Peritoneal Continua (con dos modalidades intermitente o ambulatoria). En este procedimiento al paciente se le coloca mediante una cirugía un catéter permanente en el abdomen, el cual sirve para llevar a cabo un intercambio de agua y solutos que limpiarán su sangre y suplirán el trabajo que el riñón realiza de forma limitada.

La adherencia al tratamiento es el predictor medular en la evolución del padecimiento. Hotz, et al. (2003) mencionan que a pesar de que para obtener resultados óptimos en la salud de la población se requieren tratamientos eficaces, igualmente importante es que los usuarios tengan la conducta de adherencia. Ser adherente determinará el establecimiento, curso y pronóstico del padecimiento.

Sin embargo, la adherencia es un constructo que está precedido por un sin número de variables entre las que de forma muy general, a partir del exhaustivo trabajo de Meichembaum y Turk (1987) se pueden agrupar como sigue: 1) variables relacionadas con el individuo (creencias, presencia de algún trastorno psiquiátrico, falta de comprensión del diagnóstico, falta de apoyo social, falta de recursos), 2) variables relacionadas con la enfermedad (síntomatología, gravedad), 3) variables relacionadas con el tratamiento (complejidad, duración, grado de cambio conductual requerido), y 5) variables sobre la relación médico – paciente (comunicación, empatía).

En el caso de la IRC las investigaciones han encontrado ciertas variables relacionadas con la baja adherencia. A continuación se mencionan algunos de estos trabajos.

Una de las primeras variables que queremos mencionar y que influye en la adherencia al tratamiento es que muchas de las veces los pacientes no tienen una buena comprensión de la información proporcionada por el médico (De los Ríos-Castillo, Sánchez-Sosa, Barrios-Santiago y Avila-Rojas, 2005). Lo anterior es muy común al recibir la noticia de ser diagnosticado con IRC y conocer cuál es el tratamiento. Esta información causa niveles de ansiedad en las familias y en los pacientes así como dificultades en el

entendimiento de las instrucciones médicas, trámites a seguir y cuidados especiales.

Otros trabajos han encontrado que dentro de las variables que afectan la adherencia en los pacientes con IRC, la depresión y la desesperanza son las más importantes. Brownbridge et al. (1994) encontraron en un grupo de pacientes con IRC que la baja adherencia al tratamiento estaba asociada a un ajuste pobre hacia el diagnóstico, así como a la presencia de niveles autoinformados de ansiedad y depresión. La depresión incide tanto en la supervivencia como en el pronóstico de la enfermedad cuando una persona está en tratamiento con diálisis. Otro ejemplo es el trabajo de Kim, Lee, Huh, et. al (2002), quienes realizaron un estudio en Korea con 96 pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), y evaluaron los niveles de depresión con la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D por sus siglas en inglés), los niveles de desesperanza con la escala de Desesperanza de Beck y el nivel de estrés de cada paciente con una escala de estrés individual interno. Encontraron que la mayoría de los pacientes en DPCA, en comparación con el resto de la población, estaban experimentando depresión grave. Los autores concluyen que el tratamiento de la depresión en pacientes en DPCA puede ser posible a través de la modulación de los factores psicológicos. Así como estos ejemplos, existe un grupo importante de contribuciones que ha estudiado a la depresión como factor de riesgo para la adherencia (DiMatteo, et al., 2000).

Otros trabajos han retomado otras variables como la información que tiene el paciente sobre su enfermedad para explicar la falta de adherencia. Como menciona Sun, et al. (2008), la educación para pacientes es el mejor método para asegurarse que los pacientes conocen la importancia de la dieta, y este conocimiento contribuye al cumplimiento. Para una amplia revisión sobre los resultados de intervenciones para pacientes sobre el manejo de enfermedades crónicas ver Weingarten et al. (2002).

Un ejemplo de intervenciones que incluyen un abordaje integral de la enfermedad es El Programa de Educación para Pacientes (PEP), realizado en Missouri, EU que comenzó en 1983. Este trabajo como algunos otros (Law, et al., 2001 o Klang, et al., 1998) preparan a los pacientes pre-diálisis. Los objetivos del PEP son los siguientes: 1. Dar a los pacientes información objetiva y comprensible sobre las alternativas del tratamiento de la IRC, 2. Dar educación a los pacientes en una forma abierta, dándoles amplias oportunidades para preguntar y discutir con el equi-

po médico y con otros pacientes, y así tomar decisiones informadas, 3. Reducir el estrés, la ansiedad y la falta de información de los pacientes y familiares, durante la etapa de pretratamiento y así aumentar el cuidado del proceso del padecimiento, y conocer el régimen médico y dieticio, para que los pacientes puedan continuar sus actividades diarias y cumplan con el tratamiento, 4. Dar educación a pacientes que ya reciben tratamiento para la IRC, que puedan estar interesados en cambiar la modalidad de tratamiento o ampliar sus conocimientos, 5. Redistribuir pacientes a modalidades que sean mejores en cuanto costo y efectividad de su IRC, 6. Servir como un grupo de apoyo informal para los pacientes y sus familiares, y 7. Dar educación al equipo de salud que recién ingresaron a una unidad de diálisis o trasplante. Se cree que el PEP a través del proceso educativo mejora el afrontamiento y permite a los participantes sentirse con mayor control de ellos mismos y de la situación (Grumke y King, 1994).

Al parecer, entonces la educación para pacientes es una variable importante a tomar en cuenta para fomentar la adherencia a los tratamientos. En este sentido Robinson, (2001) escribe un artículo donde establece que es imperativo tener a los pacientes mejor informados para que puedan tomar decisiones y participar activamente en su cuidado. El autor también destaca que ya hay antecedentes de que la educación en la insuficiencia renal lleva a un incremento en la participación de los pacientes hacia su propio cuidado y esta participación puede impactar en la morbilidad y la mortalidad, reduce el costo de los cuidados, de las unidades, y del gobierno, además de que decreta el estrés tanto para los pacientes como para los familiares. Por ejemplo, cuando los pacientes entienden la importancia de tener el sitio de entrada del catéter limpio, es más probable que hagan un esfuerzo para hacerlo, lo cual, por supuesto, lleva a un decremento en el riesgo de infecciones. Por lo tanto la intervención educativa reduce riesgos de salud a los pacientes y disminuye los costos asociados a la institución.

Finalmente queremos mencionar el trabajo de Christensen et al. (1994) quien en un grupo de pacientes con Diálisis Peritoneal Continua Intermitente (DPCI) encontró que el estar alerta hacia la información sobre la enfermedad estaba asociado con una mejor adherencia a la dieta renal. Así mismo encontró que altos niveles de información sobre la enfermedad estaban asociados a bajos niveles de depresión.

En resumen, se ha demostrado que la adherencia al tratamiento de Diálisis Peritoneal es complejo. Los trabajos mencionados hablan sobre intervenciones exitosas cuando se trabaja informando al paciente sobre su padecimiento. Pero por otro lado se reporta que la depresión y la desesperanza afectan de forma importante la adherencia.

Tomando en cuenta estas necesidades, surge el presente trabajo, fruto de una residencia en Medicina Conductual en un Hospital del Estado de México. La población con la que se trabajó contaba con pocos conocimientos sobre su enfermedad, bajos recursos económicos y la solicitud de un cambio radical en su estilo de vida. Por lo que surgen las siguientes preguntas de investigación, ¿qué impacto tendrá un programa de intervención educativa y manejo emocional en los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva en un grupo de pacientes con IRC? ¿Una intervención cognitivo conductual derivará en la modificación de la conducta alimentaria, lo cual a su vez incide en niveles más estables de glucosa, sodio y potasio en sangre?

El objetivo general de este trabajo fue el de diseñar y probar los efectos clínicos de un programa de intervención educativa cognitivo conductual para pacientes pre-diálisis aceptados en el protocolo de DPCI en los siguientes indicadores: a) sintomatología depresiva, b) ansiedad, c) conocimientos sobre la enfermedad, y d) electrolitos séricos (glucosa, sodio y potasio).

Como objetivos específicos se tuvieron el 1) diseñar y aplicar el programa de intervención Pre diálisis que incluya material para pacientes, 2) diseñar y aplicar un Manual Para Pacientes con IRC en DPCI a través de un entrenamiento de cinco sesiones y 3) comparar los efectos de programa en los niveles de ansiedad, sintomatología depresiva y electrolitos séricos del pre test vs post test.

### Método

Se realizó un estudio con una metodología cuasi-experimental, diseño transversal que incluyó una evaluación pre-test y pos-test.

#### *Participantes*

Se trabajó con un grupo de seis pacientes con IRC, seleccionados no probabilísticamente en el Hospital General de Atizapán de abril a julio, 2004. Las características sociodemográficas de los fueron las siguientes: Los seis participantes tenían como escolaridad la educación básica y pertenecían a un medio socioeco-

nómico bajo, y se encontraban entre los 17 y los 65 años de edad. Tres de ellos con un diagnóstico previo de diabetes mellitus de larga evolución. En el momento del estudio todos los participantes se encontraban desempleados. Como criterios de selección se tuvieron que fueran aceptados en el programa de DPCI, y que supieran leer y escribir. El Escenario fue la sala de diálisis del hospital, dentro de la División de Medicina Interna. Los materiales e instrumentos incluyeron: 1. Consentimiento Informado, 2. Encuesta sociodemográfica que evalúa edad, talla, peso, escolaridad, estado civil, religión, fecha de diagnósticos y familiograma, 3. Recordatorios de higiene, 4. Manual de la Intervención Educativa, 5. Láminas ilustrativas de la pirámide Nutricional y de Los Riñones y 8. Autoregistros Diversos.

#### *Materiales y aparatos*

Los instrumentos de evaluación que se utilizaron fueron: 1) Protocolo para evaluar candidatos al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente de Aguirre (2002), que incluye: Hoja de Datos Personales y Cuestionario Breve de Estilos de Vida Específicos para el paciente y para el cuidador primario 2) Escala de Conocimientos sobre la Insuficiencia Renal Crónica (adaptada de la Prueba de Conocimientos sobre Insuficiencia Renal Crónica (de la Fundación Nacional del Riñón, en Estados Unidos). Esta Escala cuenta con 21 reactivos que tienen dos opciones de respuesta: falso y verdadero, 3) Inventario de Depresión de Beck (IDB) con 21 reactivos que representan un síntoma depresivo enunciado en cuatro grados de severidad, que señala según ha acontecido durante la última semana. (estandarizado para población mexicana Jurado et. al 1998), 4) Inventario de Ansiedad de Beck (IAB) con 21 reactivos que evalúan síntomas de ansiedad según su severidad (estandarizado para población mexicana Robles, et al. 2001) 5) Pruebas de laboratorio (química sanguínea básica); esta prueba se utiliza pues la enfermedad renal crónica cambia los resultados en algunas pruebas de laboratorio especialmente en los indicadores de potasio y sodio (electrolitos). Así mismo se incluyó la prueba de glucosa porque algunos de los participantes contaban con diagnósticos de diabetes de larga evolución. Estas pruebas de laboratorio son útiles para conocer la adherencia del paciente al régimen de alimentación específico para pacientes con IRC.

#### *Análisis Estadístico*

Con objetivo de explorar la probabilidad asociada a la posible efectividad del Programa en los niveles de

ansiedad, sintomatología depresiva, nivel de conocimientos, y los niveles de electrolitos séricos (potasio, sodio y glucosa), se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas no paramétricas: Wilcoxon, Prueba de los signos, y McNemar, ya que se tratan variables cualitativas ordinales y las dos muestras son relacionadas o pareadas. El nivel de significación utilizado fue de 0.05 (5%), donde las diferencias se consideran significativas si  $p < 0.05$  y muy significativas si  $p < 0.01$ .

#### Procedimiento

La intervención se realizó en siete sesiones divididas en dos Fases. La primera (Fase Pre-Diálisis) constaba de 3 sesiones en las que se intervino con el paciente y la familia para determinar si eran candidatos al programa de DPCI, es decir si contaban con condiciones de higiene necesarias para el paciente y una red de apoyo social, siguiendo el Protocolo de Aguirre, 2002. También se les proporcionó información sobre la IRC, las opciones de tratamiento, las posibles complicaciones y las conductas a las que los pacientes deben adherirse, siguiendo el Protocolo de Santillán, 2008. Si el paciente era aceptado al programa pasaba a la segunda Fase (Intervención) que constaba de siete sesiones. En la primera sesión se realizó la evaluación de niveles de ansiedad, sintomatología depresiva, conocimientos sobre la IRC, y pruebas de laboratorio. La segunda a la sexta sesiones se trabajó con el Manual para pacientes con IRC (diseñado ex profeso) con los siguientes contenidos: El Funcionamiento de los Riñones, alimentación para paciente renal y reducción en la ingesta de líquidos, limpieza e higiene, toma de medicamentos y compra de bolsas, y técnicas cognitivo conductuales para el manejo de la ansiedad y la sintomatología depresiva. Durante la última sesión se aplicaron nuevamente los instrumentos de evaluación.

Una vez recogida la información se creó una base de datos para lo cual se utilizó el paquete estadístico SPSS Versión 13 (Statistic Package for Social Sciences). Para el tratamiento estadístico de los valores de la Escala de Depresión de Beck, del Inventario de An-

siedad de Beck y la Prueba de Conocimientos se les asignó un rango de acuerdo con el puntaje antes y después del tratamiento.

#### Resultados

Los datos sobre sintomatología depresiva y ansiedad fueron analizados con pruebas estadísticas no paramétricas por tratarse de variables nominales. La puntuación en estas escalas corresponde a alguno de los siguientes rangos: leve, moderada, severa. Las pruebas de Wilcoxon, McNemar y de los Signos son útiles para hacer comparaciones antes-después en muestras estadísticamente relacionadas. La Tabla 1 muestra los resultados en la sintomatología depresiva y en puntaje en la escala de ansiedad con la prueba de Wilcoxon. Los decrementos no fueron estadísticamente significativos ( $z = -1.00$ ,  $z = -1.14$  respectivamente;  $p < 3.17$ ,  $p < 3.57$ ). Resultados similares, no significativos se obtuvieron con la prueba de McNemar y de los Signos.

Los datos sobre conocimientos sobre la Insuficiencia Renal, y los niveles de glucosa, sodio y potasio por tratarse de variables numéricas fueron analizados a través de la diferencia de medias con la prueba t. La Tabla 2 muestra que hubo un aumento en el número de respuestas correctas en la prueba de conocimientos y este incremento es estadísticamente significativo ( $t = -12.649$ ,  $p < .000$ ). Para el nivel de glucosa los resultados muestran un incremento, pero este no es estadísticamente significativo ( $t = -1.448$ ,  $p < .207$ ). El nivel de sodio en sangre mostró un ligero decremento, no siendo significativo ( $t = .559$ ,  $p < .600$ ). Finalmente el nivel de potasio mostró un incremento, pero éste no es estadísticamente significativo ( $t = -2.314$ ,  $p < .086$ ).

Tabla 1

Valores de la prueba Wilcoxon comparación de resultados Pretest – Postest Inventario de Ansiedad de Beck e Inventario de Depresión de Beck

Condición	N	Medias	Z	p
Puntaje Inventario de Ansiedad de Beck Pretest–Postest	6	1	-1.000	.317
Puntaje Inventario Depresión de Beck Pretest- Postest	6	1.5	-1.414	.157

Tabla 2

Diferencia de medias prueba t para prueba de conocimientos, niveles de glucosa, sodio y potasio Pretest- Posttest

<i>Condición</i>	<i>Media</i>	<i>N</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Puntaje Prueba de Conocimientos IRC Pretest	8.33	6			
			1.55	-12.649	.000*
Puntaje Prueba de Conocimientos IRC Posttest	16.33	6			
Niveles de Glucosa Pretest	96.33	6			
			32.98	-1.448	.207
Niveles de Glucosa Posttest	115.83	6			
Niveles de Sodio Pretest	134.83	6			
			4.38	.559	.600
Niveles de Sodio Posttest	133.83	6			
Niveles de Potasio Pretest	4.62	6			
			1.24	-2.134	.086
Niveles de Potasio Posttest	5.70	6			

\*Cambio estadísticamente significativo &lt;.000

### Discusión

Los resultados muestran que hubo cambios en el nivel de conocimientos sobre la IRC en un sentido positivo siendo estadísticamente significativos. Los decrementos en los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva no fueron significativos. En los índices de sintomatología depresiva, y ansiedad no se encuentra tampoco que el Entrenamiento haya elevado estos indicadores, es decir el Entrenamiento no generó mayores niveles de ansiedad o sintomatología depresiva en los participantes en comparación con el pre-test.

En el área de conocimientos sobre la IRC algunos participantes duplicaron el nivel de conocimientos y todos tuvieron mejores puntajes durante el pos test, en ningún caso se mantuvo la misma puntuación que el pre test. Estos resultados son importantes por que además de que fueron estadísticamente significativos, hay que tomar en cuenta que los pacientes con esta enfermedad por lo general padecen de anemia crónica por lo que a menudo están fatigados, duermen mucho, y su capacidad para retener información nueva puede estar afectada (ver English et al., 1978). Sin embargo durante el entrenamiento hicieron un esfuerzo por estar atentos y cooperadores para lograr comprender la información que se les proporcionaba, también esto puede estar relacionado con el interés que tienen en la información cuando está a su alcance.

También es importante señalar que los participantes de este estudio son personas con educación primaria que tienen poco acceso hacia información sobre la salud, y el haber elevado sus puntajes a casi el doble puede indicar que fue benéfico que el Entrenamiento incluyera un Manual e información a través de material didáctico e imágenes que facilitaron la comprensión, estos resultados reafirman la necesidad de adaptar el material educativo depende de la población a la que se dirige.

El impacto del programa puede analizarse mejor a través de las ganancias relativas que obtuvieron los participantes. En el caso de la sintomatología depresiva, el cambio promedio de los participantes estuvo a dos puntos de pasar de depresión moderada a depresión leve, y 4 de 6 participantes sí logro cambiar o al menos mantener el mismo nivel de depresión.

La intervención en la depresión de las personas con IRC y en tratamiento con diálisis es fundamental. Estos pacientes además de contar con problemas personales derivados de la enfermedad (disfunción sexual, tener un catéter permanente en su abdomen que nadie puede tocar, cambios en la coloración de su piel, anemia constante, y tener aliento urémico entre otros) tienen que lidiar con la posibilidad de morir en el corto plazo. Como indica Kimmel (2006) "Necesitamos las herramientas adecuadas para establecer el diagnóstico, la evaluación riesgo y directrices de aplicación para iniciar y continuar el tratamiento

de la depresión en pacientes con enfermedad renal . Necesitamos saber el nivel de afecto depresivo en el que el tratamiento debe ser iniciado y la seguridad y eficacia del tratamiento de pacientes con diferentes niveles de afecto depresivo” p 351.

En algunos casos los pacientes pueden tener episodios depresivos mayores y pueden intentar y en algunos casos consumir una forma de suicidio al retirarse del programa de diálisis, como lo comenta Christensen, 1998 (citado en Hailey et. al 2001), lo cual es causado por la depresión. Al sentirse desesperanzados los pacientes faltan a las citas semanales, a veces intentando ser suspendidos del programa, o en algunos casos no permiten que sus familiares los lleven al hospital pues los pensamientos distorsionados de corte depresivo hacen que no quieran continuar viviendo así. Al ser la depresión un indicador importante de la falta de adhesión terapéutica quizá sería importante trabajar con ésta primero antes de proporcionar Educación sobre la Enfermedad pues puede lograr que los usuarios no abandonen el programa al sentirse abrumados por tantos cambios que deben realizar.

Para el caso de la ansiedad, aunque ésta se encontraba dentro de los límites de la normalidad, excepto un caso que puntuaba con muy poca ansiedad, los participantes redujeron sus niveles aunque en una menor proporción a la reducción de la depresión. Lo anterior puede sugerir que aunque es importante incidir en el manejo emocional sin dejar a un lado la ansiedad, sería la depresión el trastorno a trabajar en primer lugar.

En relación con la evaluación de los cambios en la alimentación y en la ingesta de líquidos, parece ser que es útil seguir utilizando la terapia cognitiva como herramienta en este tipo de pacientes. Sin embargo sería importante incluir la medición el peso corporal como un indicador más confiable de la adhesión terapéutica. Aparentemente los niveles químicos no dan mucha información sobre los cambios que pueda tener el paciente en cuanto a su alimentación o la ingesta de líquidos y el peso corporal pre diálisis y post diálisis sí lo es. En este sentido Sagawa, et. al (2001) mencionan que, “la terapia cognitiva (que incluye el reforzamiento, los contratos conductuales, y el auto-monitoreo) han logrado diferencias estadísticamente significativas relacionadas tanto con el peso diario de los pacientes comparando la línea base con la fase de intervención y la fase de seguimiento (citado en Campbell, (2001).” Pp. 573

La glucosa en sangre fue uno de los indicadores que mostró alzas importantes las cuales aunque no

pueden atribuirse en su totalidad al Entrenamiento, por las razones que se expondrán más adelante, son un dato a tomarse en cuenta pues el control de esta sustancia en sangre es de vital importancia para la sobrevivencia de los pacientes, su esperanza de vida, y la calidad de la misma.

El potasio en sangre de los participantes se comportó de forma similar pues la mayoría de los pacientes mostró un decremento. Tomando en cuenta estas ganancias relativas puede decirse que el impacto del programa de Intervención Educativa y manejo emocional en los niveles de ansiedad y depresión tuvo efectos positivos, sin embargo, no puede afirmarse que en los participantes de este trabajo el aumento en el nivel de conocimientos provocara un mayor cuidado de su alimentación e ingesta de líquido y que esto a su vez incida en los índices en sangre.

Una posible explicación podría ser a partir de otros factores que afectan más que los conocimientos sobre la enfermedad, por ejemplo los pocos recursos económicos con los que cuenta esta población. En el caso del control de la glucosa, específicamente, los pacientes además de controlar su alimentación, deben tomar por indicación del especialista medicamentos que muchas de las veces no pueden pagar. Algunos de los pacientes comentaban que sólo podían pagar la hospitalización y por ello a su llegada a la cita semanal contaban con niveles elevados de azúcar en sangre, y estos se estabilizaban una vez tomando el medicamento dentro del hospital.

Otra posible razón del pobre control de la glucosa es la falta de conocimientos sobre el funcionamiento de la propia enfermedad primaria (diabetes o hipertensión) así como de la acción de los medicamentos. Probablemente sería importante dedicar una sesión adicional a explicar los pacientes cómo funcionan los medicamentos para controlar el azúcar o la presión arterial, pues muchos pacientes con IRC padecieron previamente Hipertensión Arterial o Diabetes, pero no recibieron ninguna información sobre su padecimiento y no han comprendido los beneficios de tomar los medicamentos. “Un paciente cumplido acepta que la causa por la que le recetan un tratamiento es real y que existen beneficios de salud derivados de cumplir con estas indicaciones” Lundin, (1995) pp. 1.

Otro factor que afecta más que los conocimientos son algunas ideas mágico – religiosas que el medio social en el que vive esta población influye en el tratamiento médico. Es el caso de uno de los participantes a quien un familiar le recomendó bebiera un té en grandes cantidades para mejorar, y debido al exceso de agua que acumuló en su cuerpo y posteriormen-

te en sus riñones, tras una serie de complicaciones, este paciente falleció. Esta experiencia coincide con lo que encontró Guz, Ozckan y Akpolat (2003), quienes estudiaron a pacientes con falla renal crónica y las razones por las que buscaban ayuda en otro tipo de tratamientos. Estos autores concluyen que la desesperanza fue la razón más común para cambiar de tratamiento buscando la cura. Este dato nuevamente cobra importancia pues el presente trabajo intervino también con la sintomatología depresiva, que en muchos de los casos está ligada a la desesperanza, por lo tanto si se logra que los pacientes tengan niveles bajos de sintomatología depresiva, así como conocimientos sobre su propia enfermedad este tratamiento puede funcionar como un factor protector de la búsqueda de tratamientos alternativos tan comunes en nuestra población.

Una mejora que se puede hacer a este Programa de Entrenamiento es llevarlo al área de Consulta Externa dentro de la misma División de Medicina Interna. Sería posible desarrollar un programa educativo que trabajando interdisciplinariamente con médicos internistas ayudara a detectar a aquellas personas que en el mediano plazo requerirán diálisis. Así, con anticipación podrían empezar a realizar cambios en su estilo de vida para alargar el proceso de ingresar al programa, así como tener previamente conocimientos de aquellos cambios a los que deberán de irse adaptando y así podrían aceptar mejor la enfermedad y pensar en opciones una vez que llegue el momento de tomar la decisión, es decir tener un paciente mejor preparado para el futuro. Russell (1997) menciona que estos programas educativos pre-diálisis han sido muy efectivos para lograr que los pacientes ingresen a programas de diálisis en casa, y al saber las opciones que existen para el tratamiento, cuando sea inminente iniciarlo tomarán decisiones más informadas.

Otro punto a tomar en cuenta en cuanto a estas intervenciones puede ser la duración del entrenamiento. Es posible que cinco sesiones no sean suficientes para mantener al paciente actualizado y que mantenga presente la información importante sobre su padecimiento. Quizá sería pertinente incluir otros contenidos dentro del Entrenamiento, por ejemplo en el Hospital se sugirió que el área de Dietología pudiera trabajar una sesión con los pacientes y sus familiares proporcionando recetas para la preparación de los alimentos.

En otros países como Estados Unidos existen receptarios para pacientes con IRC, boletines y folletos informativos, así como páginas de Internet útiles para

que los pacientes las revisen en su visita al hospital y se mantengan informados y participativos. Este mismo tipo de materiales podrían diseñarse para pacientes mexicanos tomando en cuenta sus características y distribuirlos en los centros de salud a nivel nacional.

Una de las deficiencias de este trabajo fue el limitado número de participantes lo cual impide la generalización de resultados, sin embargo invita a repetirlos en muestras más amplias para conocer el comportamiento de las variables es similar.

### Conclusiones

El campo de la Psicología de la Salud tiene todavía mucho trabajo que hacer en cuanto al entrenamiento para el manejo de las enfermedades crónicas que son las que más gastos causan a la población, y esta tendencia permanecerá en los próximos años. También hay trabajo que hacer en relación con la atención de trastornos del estado de ánimo que surgen a partir de que una persona es diagnosticada con un padecimiento crónico y a este respecto la terapia cognitivo conductual sigue mostrando los mayores niveles de eficacia en este y otros padecimientos en los que la adherencia terapéutica es fundamental. Un ejemplo es el trabajo de (Valencia, Flores y Sánchez-Sosa, 2006).

En cuanto a los resultados de este trabajo en general fueron positivos aunque no hubo diferencias significativas en las medidas evaluadas, sin embargo el análisis de ganancias relativas refleja que todos los pacientes mejoraron su nivel de conocimientos, y tuvieron reducciones en sus niveles de ansiedad y depresión.

Se sugiere que el Programa de Intervención Educativa para esta población podría comenzar con el manejo emocional específicamente en la sintomatología depresiva, pues si ésta no es atendida puede ser la causante del abandono de tratamiento, más que la falta de recursos económicos, inclusive.

Es importante realizar el entrenamiento incluyendo un mayor número de temas o profundizando más en el funcionamiento de las enfermedades primarias como la Diabetes y la Hipertensión así como exponiendo su relación con la aparición de la IRC. Probablemente también sería útil explicar a los pacientes el funcionamiento de los medicamentos. Es probable que el tener esta información incida en la adhesión al tratamiento. También se sugiere trabajar con los pacientes tan pronto como el médico pronostique una IRC en el futuro próximo para que cuenten con mayor información al ingresar al programa. Finalmente



se sugiere incluir la medida de peso corporal pre y post diálisis como una medida más confiable de adherencia.

Entre los hallazgos que se encuentran en este trabajo, están los relacionados con las variables que inciden en la adherencia terapéutica. La investigación reporta que la información que tienen las personas sobre ciertas conductas no es suficiente para que realicen un cambio. Ejemplos muy claros los tenemos en uso del cinturón de seguridad, el no consumir tabaco, las dietas bajas en grasas y el realizar ejercicio físico. Las personas tienen información sobre los efectos benéficos de estas conductas, sin embargo el tener conocimiento sobre ellas no es suficiente para realizar un cambio. En el caso de los cambios que los pacientes que padecen IRC deben realizar una vez que reciben DPCI pueden ser logrados a través de la información, pero otras variables como la sintomatología depresiva pueden funcionar como moderadores de la adherencia terapéutica. En su trabajo, Kim et al (2002) no encontraron que hubiera diferencias significativas en relación con la prevalencia de sintomatología depresiva y desesperanza, con variables demográficas como el género, el tiempo de diagnóstico, o la edad. Sin embargo estas variables podrían ser investigadas para desmenuzar qué características de la población colocan en un mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva. Con estos datos, el clínico podría identificar qué pacientes, con base a los resultados empíricos deben ser atendidos prioritariamente. Esta idea la retoma así mismo DiMatteo (2000), cuando menciona que en comparación con los pacientes que no tienen depresión, los pacientes que presentan esta sintomatología tienen tres veces más probabilidades de no adherirse a las recomendaciones médicas.

### Referencias

- Aguirre, J. (2002). Protocolo para evaluar candidatos al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente. Trabajo sin publicar.
- Brownbridge, G. y Fielding, D.M. (1994). Psychosocial adjustment and adherence to dialysis treatment regimes. *Pediatric Nephrology*, 8, 744-749. Consultado el 23 de abril, 2010 de la base de datos EBSCO
- Christensen, A.J., Smith, T.W., Turner, C.W. y Cundick, K.E. (1994). Patient adherence and adjustment in renal dialysis: A person x treatment interactive approach. [Versión Electrónica] *Journal of Behavioral Medicine* 17(6,) 1573-3521
- Christensen, A.J. y Moran, P.J. (citados en Hailey, B.J., Moss, S.B., Street, R., Gersh, A.H., Calabrese, A.A., y Campbell, C. (2001). *Mental Health Services in an Outpatient Diálisis Practice*. P. 732
- De los Ríos-Castillo, J. L., Sánchez-Sosa, J. J., Barrios-Santiago, P. & Avila-Rojas, T.L. (2005). Quality of life in patients with diabetic nephropathy. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 30-43.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., y Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: A meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. [Versión electrónica] *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107
- Duran-Varela, B.R, Rivera-Chavira, B. y Franco-Gallegos, E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. [Versión electrónica]. *Salud pública Méx* 3, 233-236
- English, A. Savage, R.D., Britton, P.G., Ward, M.K., y Kerr, D.N. (1978). Intellectual impairment in chronic renal failure. [Versión electrónica] *British Medical Journal* (1), 888-810
- Lundin, P.A. (1995). Causes of Noncompliance In Dialysis Patients. [Versión electrónica] *Dialysis and Transplantation*, 24 (4) 174- 176
- Grumke, J., y King, K. (1994). Missouri Kidney Program's Patient-Education Program: A 10-Year Review. [Versión electrónica] *Dialysis and Transplantation*, 23(12), 691-699
- Guz, H., Ozkan, A., y Akpolat, T., (2003). Search for Medical Treatment by Hemodialysis patients with Chronic Renal Failure. [Versión electrónica] *Dialysis and Transplantation* 32 (5) 238 - 241
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sanchez-Sosa, J. J. y Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. In WHO (Eds.) *Adherence to long term therapies: Evidence for action* (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.
- INEGI, (2008). Causas de Mortalidad en la población mexicana, Consultado el 3 de enero, 2008 en <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob50&s=est&c=3227>
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R., (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 21(3),26-31

- Kim, J.A. Lee, Y.K. Huh, W. Kim, Y.G. Kim, D.J., Oh, H.Y., Kang, S.A., Moon, Y.K., Kim, H.W., Kim, J.H. (2002). Analysis of Depression in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients [Versión electrónica] *Journal of Korean Medical Science* 17, 790-794
- Klang, B., Björvel, H., Berglund, J., Sundstedt, C., y Clyne, N., (1998). Predialysis patient education: effects on functioning and well-being in uraemic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), 36 – 44. Consultado el 23 de abril, 2010 de la base de datos EBSCO
- Kimmel, P.L., y Peterson, R.A. (2006) Depression in Patients with End-Stage Renal Disease Treated with Dialysis: Has the Time to Treat Arrived? [Versión electrónica] *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 1, 349–352, 2006
- Law, M.C., Szeto, C.C., Wang A.Y., Leung, C.B, Poon, Y.L., Wong, T.Y.H, Lui, S.F., Yu, A.W.Y., y Li, P.K.T (1994). Single-Session Pre-Dialysis Counseling Program Does Not Improve Short-Term Outcomes of CAPD patients. [Versión electrónica] *Dialysis and Transplantation*, 30(19), 666-675
- Martín, J.L. y Guerrero, M.A. (1999). La dieta en la Nefropatía Diabética. [Versión electrónica] *Revista de la Sociedad Española de la Enfermería Nefrológica* 2(2), 37-42
- Meichembaum, D., y Turk, D., (1987). Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos: guía práctica para los profesionales de la salud. Madrid: Desclée de Brower
- National Kidney Foundation (sin fecha). Prueba de conocimiento, en *Acerca de la insuficiencia renal crónica: Una guía para los pacientes y sus familias*. Nueva York EUA. Consultado el 25 de junio 2010 en [http://www.kidney.org/atoz/pdf/aboutckd\\_sp.pdf](http://www.kidney.org/atoz/pdf/aboutckd_sp.pdf)
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self report Major Depressive Disorder scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401
- Robinson, K. (2001). Does Pre-ESRD Education Make a Difference? The Patients' Perspective. [Versión electrónica] *Dialysis and Transplantation*. 564 – 567
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Paez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología* 8, 211-217
- Russell, K. (1997). *Freestanding Home Dialysis Clinics and Pre-Dialysis Education: A prescription for Success*. [Versión electrónica] *Dialysis and Transplantation*. Vol. 2 (2).
- Santillán, C. (2008). *Diseño, implementación y evaluación de un programa de Autocontrol para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica*. Tesis de Maestría no publicada. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Sagawa, M. Oka, M., Chaboyer, W. Sato, W., Yamaguchi, M., *Cognitive behavioural therapy for fluid control in hemodialysis patients*. Citado en Campbell, D., (2001). [Versión electrónica] *Dialysis and Transplantation* 30 (9), (571 -575)
- Secretaría de Salud (2005). Principales causas de mortalidad general. Consultado Abril 22, 2010, de <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>
- Secretaría de Salud (Junio, 2000). *Boletín Práctica Médica Efectiva "Insuficiencia Renal Crónica"*. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Vol. 2(6) Consultado el 22 de abril, 2010 en <http://bvs.insp.mx/articulos/1/13/v2n6.pdf>
- Sun; C.Y., Chang; K.C., Chen; S.H., Chang; C.T., Wu, M.S. (2008) Patient Education: An Efficient Adjuvant Therapy for Hyperphosphatemia in Hemodialysis Patients. [Versión electrónica] *Renal Failure*, 30 (1), 57-62
- Trujillo-Gutierrez J.J., Méndez-Gaona J.A., Sierra-Palomino R. de la Cruz. (1999). Diagnóstico situacional de las afecciones de vías urinarias en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Comunitaria*, 3(1)
- Valencia, A.I., Flores, A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 32(002) 179-198
- Weingarten, S.R. Henning, J.M. Badamgarav, E., Knight, K. Hasselblad, V., Gano, A., Ofman, J.J. (2002). Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports. *British Medical Journal* (325), 925-928. Consultado el 23 de abril, 2010 de la base de datos EBSCO.