

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“ACTITUDES ANTE LA MUERTE Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA, DEL PACIENTE CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE DIÁLISIS PERITONEAL
Y SU CUIDADOR PRIMARIO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64 2012”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 TEQUESQUINAHUAC**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
M. C. TERESA GONZÁLEZ GÓMEZ**

**DIRECTOR DE TESIS:
M. EN I. C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS**

**REVISORES DE TESIS:
Ph. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
E. EN M. F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ
E. EN M. F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA**

**“ACTITUDES ANTE LA MUERTE Y ADHERENCIA TERAPEUTICA, DEL
PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO
SUSTITUTIVO DE DIÁLISIS PERITONEAL Y SU CUIDADOR PRIMARIO EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64 2012”**



ÍNDICE

Capítulo.	Página.
I. MARCO TEÓRICO.....	1
I.1.- Definición de Actitud.....	1
I.2.- Definición de Muerte.....	2
I.3.1. Actitudes ante la Muerte.....	4
I.3.1.1. Ansiedad ante la Muerte.....	7
I.3.1.2. Miedo a la Muerte.....	9
I.4.- Estudios que han evaluado actitudes ante la muerte.....	9
I.5.- Cuidados paliativos en el paciente terminal.....	11
I.6.- Concepto de Tanatología.....	15
I.7.- Concepto de Insuficiencia Renal Crónica.....	16
I.7.1.- Clasificación de Enfermedad Renal Crónica.....	18
I.7.2.- Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica.....	19
I.8.- Concepto de Adherencia Terapéutica.....	21
I.9.- Concepto de Cuidador Primario.....	28
I.10.- Cuidador Primario y el paciente con Insuficiencia Renal Crónica.....	31
1.11.- Instrumentos.....	33
1.11.1.- Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte PAM-R	33
1.11.2.- Cuestionario para la evaluación adherencia terapéutica....	35
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	38
II.1 Argumentación.....	38
II.2 Pregunta de Investigación.....	41
III. JUSTIFICACIONES.....	42
III.1 Académica.....	42
III.2 Científica.. ..	42
III.3 Social.	43
III.4 Económica.	44
IV. HIPÓTESIS.....	45
IV.1 Elementos de la hipótesis.....	45
IV.1.1 Unidades de Observación.....	45
IV.1.2 Variables.....	45
IV.1.2.1 Dependiente.....	45
IV.1.2.2 Independientes.....	45
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.....	45
V. OBJETIVOS.....	46
V.1 General.....	46
V.2.Específicos.....	46
VI. MÉTODO.....	49
VI.1 Tipo de estudio.....	49
VI.2.Diseño del estudio.....	49
VI.3 Operacionalización de variables.....	50
VI.4 Universo de Trabajo y muestra.....	54
VI.4.1 Criterios de inclusión.	54

VI.4.2 Criterios de exclusión.....	54
VI.4.3 Criterios de eliminación.....	54
VI.5. Instrumento de Investigación.....	55
VI.5.1 Descripción.....	55
VI.5.2 Validación.....	56
VI.5.3 Aplicación.....	57
VI.6 Desarrollo del proyecto	60
VI.7 Límite de espacio	60
VI.8 Límite de tiempo.....	60
VI.9 Diseño de análisis.....	60
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	61
VIII. ORGANIZACIÓN.....	63
IX. RESULTADOS	64
X. DISCUSIÓN.....	68
XI.- CUADROS Y GRÁFICOS.....	76
XII.- CONCLUSIONES.....	102
XIII.- RECOMENDACIONES.....	107
XIV.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	108
XV. ANEXOS.....	117



I.- MARCO TEÓRICO

I.1.- Definición de Actitud.

De acuerdo a la Real Academia Española “Actitud es un término que proviene del latín *actitúdo*. Es la disposición de un ánimo que se manifiesta de algún modo, estado de disposición nerviosa y mental que es organizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo ofrece a los objetos y a las situaciones. Se han distinguido tres componentes de las actitudes:

- a) El cognoscitivo formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre el mismo.
- b) El afectivo que es el sentimiento a favor o en contra de un objeto social
- c) El conductual que es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una cierta manera

“Estos tres componentes están relacionados entre sí, es decir, las actitudes consisten en ideas y creencias (componente cognitivo), que estaban relacionadas con ciertas emociones (componente afectivo) y que ambos componentes están relacionados con la acción que realiza respecto al objeto de la actitud (componente conductual)”¹, es decir, “la actitud es una disposición de ánimo voluntaria frente a un aspecto que engloba un componente cognitivo, afectivo y conductual”²

De acuerdo a Sataver “³la actitud se entiende como una predisposición existente en el sujeto y adquirida por aprendizaje, que impulsa a éste a comportarse de una manera determinada en determinadas situaciones, dando por hecho que esta predisposición es un estado mental que se halla integrado por tres elementos: comportamental, afectivo y cognitivo”

“Actitud es una postura que expresa un estado de ánimo o una intención, o de una forma más general una visión del mundo”⁴. De acuerdo a Myers “las actitudes se podrían definir como las opiniones, creencias y sentimientos que pueden predisponer al ser humano a responder de una determinada manera ante determinados objetos, personas o acontecimientos”⁵

“Actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos; las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia, desde luego, las actitudes solo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí, es por ello, que las mediciones de actitudes deben interpretarse como síntomas y no como hechos,

la actitud es como una semilla que bajo condiciones puede germinar en comportamiento”⁶

Además de los tres componentes mencionados previamente “existen otras características importantes de destacar de una actitud:

- Carácter estable y permanente, es decir, pueden crecer, deteriorarse o desaparecer por factores externos o internos
- Las actitudes son aprendidas: se adquieren, por procesos de socialización, interviniendo la experiencia, la personalidad, la influencia cultural o clase social, la familia, la escuela, el grupo de pertenencia o los medios de comunicación”⁷.

I.2.- Definición de muerte.

Los términos de la muerte y el morir no son sinónimos. “Mientras que la muerte es un concepto abstracto; el morir es un proceso real, una actividad que se efectúa en una circunstancia determinada”⁸ . En el diccionario de la Real Academia Española el término muerte cuenta con una serie de definiciones: Cesación o término de la vida; en el pensamiento tradicional, separación del cuerpo y el alma. El morir hace referencia al llegar al término de la vida. Tanto la muerte como el morir han generado siempre profundas reflexiones desde distintos ámbitos: filosófico, religioso, científico. “La muerte es un hecho biológico que se caracteriza por el cese irreversible de las funciones vitales”⁹. “En 1959 el médico francés Mollaret estableció los criterios de la muerte cerebral, pero en 1968 en el Comité Ad Hoc de la Facultad de Medicina de Harvard se reemplazó la idea tradicional de muerte cardiorrespiratoria y se propone la muerte centrada en la pérdida de las funciones cerebrales. En 1968 la Comisión logro que se aceptara el hecho de que los individuos en coma cerebral podían ser declarados muertos. Posteriormente se admite en el XXII Congreso de la World Medical Association como válida la certificación de la muerte a través de pruebas encefalográficas en 1973. A partir de entonces se estipula que la vida cesa cuando deja de funcionar todo el cerebro”¹⁰.

La muerte no puede ser reducida a un concepto privativo del ámbito medico-científico, ya que tiene una dimensión social y cultural que varía según el momento histórico y según las costumbres, creencias y códigos de la sociedad donde acontece. Tal es así que “en unas culturas se integra la muerte en una interacción animista entre los seres humanos, los espíritus y las cosas materiales; en otras, se explica como la culminación de un proceso, siendo el triunfo de la muerte la negación de la vida material y, a la vez, la apertura a la

vida espiritual. Es una metamorfosis que culmina en la reintegración al proceso de vida mediante la propia reencarnación o el renacimiento a través de la descendencia¹¹. Por eso la muerte es mucho más que una cuestión médico científica y por todas sus implicaciones culturales particulares, debe ser entendida como una construcción social e histórica.

El concepto de muerte que posee el hombre es relativo y temporal, dado que varía con su desarrollo evolutivo individual y está influido por factores socioculturales y contextuales. En este sentido, las actitudes que manifiestan las personas ante la muerte pueden ser también transitorias. La muerte genera una gran diversidad de actitudes y de emociones por su naturaleza aversiva, no nos han de extrañar las conductas de evitación, rechazo o negación que se presentan al hablar sobre la muerte o la presencia de una persona enferma grave o moribunda o simplemente ante la percepción de un anciano. “Así una enfermedad que sea comúnmente considerada como sinónimo de muerte hay que ocultarla y negarla, recurriendo al engaño, en la complicidad –incluso- de que a los moribundos es mejor ahorrarnos la noticia de que se están muriendo, llegando a concebirse la buena muerte como una muerte repentina, mejor aún si estamos inconscientes o durmiendo¹² con todo ello se ha conseguido la burda fantasía de negación, sin embargo *todos sabemos que la muerte es, de todas las certezas, la más absoluta.*

Anteriormente “no solo el moribundo era conocedor del proceso de su muerte, sino todos sus familiares e incluso el pueblo: su muerte acontecía en presencia de todos y es que para el hombre medieval la muerte era un acto solemne y público, en el que el moribundo era el protagonista, y en que el hombre podía demostrar el verdadero valor de su vida de una manera sincera y sin máscaras¹³ Hoy la tónica imperante es el ocultarle la gravedad de su enfermedad y no hablarle de la muerte ni por asomo, además la institucionalización médico hospitalaria ha hecho de la muerte algo clandestino, invistiendo al morir el anonimato. “Hasta mediados del siglo XX la muerte solía afrontarse en el domicilio familiar y esto hacía que hasta los niños la vivieran como algo normal dentro del proceso vital. La muerte era vista como la parte terminal de la vida, no como algo amenazador y extraño¹⁴ sin embargo, en las últimas décadas hemos investido a la muerte y al morir de todos nuestros más inconfesables temores y la hemos desterrado, apartándola de nuestra existencia, sacándola de nuestras casas, eliminándola incluso de nuestro lenguaje, no sea que la atraigamos al nombrarla. Hemos comenzado a alejar e incluso a ocultar la muerte construyendo velatorios que sustituyen los antiguos velatorios del hogar, sin darnos cuenta de que “la muerte implica la vida, no se puede entender una sin la otra y el olvido de la muerte es la deserción de la vida misma¹⁵.”

En el ritual de negación de verdadera “defensa perceptiva se ha expulsado a la muerte del horizonte cotidiano confinándola al universo de la subcultura hospitalaria, entre vidrios, catéteres y batas blancas, abocando a las Ciencias de la Salud a ejercer el nuevo arte estéril de alargar las agonías”¹⁶ Saber la existencia de la muerte no implica su aceptación. “El proceso de fin de vida es algo individual y particular, y el modo de afrontarlo dependerá de las circunstancias biográficas, perceptivas, sociales y culturales de cada persona cuando la muerte se presente, y dependerá, asimismo, de cómo ocurra por lo que la muerte además de ser entendida como un constructo social e histórico, debe ser entendida como una construcción individual y subjetiva”¹⁷. Las dimensiones hasta el momento formuladas en relación a la muerte no hacen más que confirmarnos de la complejidad del fenómeno y por ende de la necesidad de abordaje multidisciplinar para su conocimiento.

“La muerte no es un fenómeno instantáneo, sino un proceso biológico, psicosocial y cultural”¹⁸. “México es un país cuya cultura, tradiciones y creencias están cercanamente relacionadas al concepto de muerte”¹⁹. Las enfermedades crónicas terminales suelen exponer al individuo a su propia muerte. El desenlace es generalmente conocido y por lo general suele llegar el momento en que el paciente debe ser manejado con cuidados paliativos. En realidad, nadie conoce el día en que el paciente cederá la vida, aunque la mayoría dé por sentado que en efecto morirá. En general se puede decir que las personas, sea cual sea su edad, desconocen las condiciones en que la muerte llegará a sus vidas. Sin embargo, la incertidumbre y el temor al no saber el lugar, la edad, el momento y, sobretodo, la forma en que van a morir, genera en los seres humanos un sinnúmero de sensaciones. Cuando “existe un mejor estado psicológico respecto a la enfermedad terminal se puede optimizar la calidad de vida del paciente, infundiendo una actitud más favorable y probablemente una mejor resistencia al deterioro físico y psicológico. Es ahí, donde el sentido de vivir puede hacer el camino más transitado, como Frankl sostenía cuando afirmaba “Quien tiene por qué vivir, puede aceptar casi cualquier cómo”²⁰. En su trayectoria hacia la muerte, los enfermos terminales enfrentan múltiples temores: a la muerte en sí, a lo desconocido, al dolor, a perder a su familia y su identidad, etc.

I.3.1.- Actitudes ante la muerte.

“Las actitudes ante la muerte van a estar estrechamente relacionadas con el proceso de socialización en el marco de una determinada cultura. La muerte además de ser un hecho individual es un hecho social que va indisolublemente ligado y condicionado por la sociedad en la que se vive”²¹, las actitudes ante la muerte se han visto modificadas en el tiempo y en las sociedades.

Las actitudes que tenemos ante la muerte dan muestra de lo que pensamos sobre la muerte, lo que sentimos y por lo tanto lo que actuamos. “El sistema de actitud hacia la muerte tiene estos tres componentes cognoscitivo, afectivo y comportamental, es decir, enseña qué pensar de la muerte, cómo sentirse en relación a la muerte y qué hacer”²².

“Las actitudes del personal sanitario hacia la muerte genera muchas veces actitudes distorsionadas tales como no querer nombrar a la muerte o a las patologías “que las atraen”, no mirar cara a cara al enfermo terminal, incongruencias y disonancias entre la Comunicación Verbal y la No Verbal y aumento de la atención tecnológica en detrimento de la empático-afectiva, con el riesgo de encarnizamiento terapéutico, empeorándose las condiciones de la muerte”²³. Es necesario que el personal sanitario precise de componendas éticas para afrontar integralmente el proceso de morir, dotándose de medios, conocimientos y actitudes adecuadas para atender las necesidades biopsicosociales del moribundo con el objetivo de morir con dignidad.

Las actitudes ante la muerte incluyen sentimientos acerca de la dependencia, el dolor, el aislamiento, la soledad, el posible rechazo, el abandono, la finalidad de la muerte, una vida posterior y el sino del cuerpo, entre otros. “El historiador francés Ariés expresa que las actitudes cambian con el tiempo y reflejan los temores, las esperanzas, las expectativas, la conciencia comunitaria y también individual de la muerte, los cambios en las actitudes pueden darse de modo muy lento y a veces pasar inadvertidos y otras más rápidos y conscientes, expresándolo en la siguiente clasificación: la muerte doméstica, la muerte propia, la muerte del otro y la muerte prohibida”²⁴.

En relación a la Muerte doméstica podríamos decir que la característica principal es que el ser humano estaba advertido, se esperaba la muerte en el lecho. Como la expectativa de muerte era muy corta se pedía que la muerte no fuera repentina ni súbita, ya que era pública y organizada, la ceremonia de la muerte convertía el cuarto del moribundo en un lugar público pues era sentida por la comunidad, donde los niños participaban en el suceso. Por otro lado, el agonizante confesaba sus faltas, se despedía, daba bendiciones, impartía órdenes y consejos, recibía sus últimos sacramentos y esperaba la muerte. Los ritos de la muerte eran aceptados y llevados a cabo con sencillez, despojado de dramatismo y sin manifestación de emociones excesivas.

La muerte propia se refiere a una actitud que predomina entre los siglos XII y XV, donde la muerte era entendida como un hecho individual e íntimo.

A partir del siglo XVI se tiende a dar un nuevo sentido a la muerte, el hombre deja de preocuparse por su propia muerte y la muerte es ante todo la muerte ajena. Se dio importancia a la aflicción por la pérdida, la separación del ser

querido; “esta actitud anticipó las experiencias de duelo manifestadas por el estrés corporal, la preocupación psicológica, los sentimientos de culpa, la inexpresividad y la desorientación”²⁵.

Finalizando el siglo XIX se produce una verdadera revolución en relación a las ideas y sentimientos tradicionales respecto a la muerte, modificando así las actitudes. Esa muerte presente y familiar, se hace oscura, vergonzosa, motivo de censura. Por lo que Morín se refirió como crisis contemporánea de la muerte, ante un enfrentamiento de pánico, en un clima de angustia, neurosis que cobra figura de auténtica crisis de la individualidad y sociabilidad ante la muerte. Entre 1930 y 1950 el hospital se vuelve el espacio donde la muerte acontece, sitio privilegiado y socialmente aceptado. Asimismo los ritos funerarios también se han modificado, ya que han pasado a realizarse ceremonias con emociones discretas, evitando situaciones emotivas demasiado visibles las cuales son consideradas como desarreglo mental o mala educación, lo cual es mórbido, además los niños son apartados de este escenario.

Aranguren explica las actitudes hacia la muerte en dos estadios antagónicos: la Tanatofobia: con el temor y la negación de la muerte y la Tanatofilia: con el deseo enfermizo de morir, junto a dos niveles intermedios; uno que afronta la realidad de la muerte de forma racional y juiciosa, sin recurrir a negaciones absurdas que sería la opción más saludable y, otra que incurre por derroteros pre fóbicos de verdadera angustia hacia la muerte, evitando incluso la mera evocación, lo cual en el fondo es un verdadero sin vivir; puesto que ya no es la muerte sino la propia consciencia de la muerte lo que constituye un problema no pudiéndose mirar ya cara a cara a la muerte”²⁶

El proceso de morir es un hecho social, ya que el hombre con la muerte involucra a varias personas: al que muere y a los que se quedan.

“En la actualidad las personas evitan hablar de la muerte y se observa conducta evitativa de miedo y ansiedad. Según la teoría de Ericsson todos los seres humanos en las diversas etapas del ciclo vital atravesamos por una serie de crisis que permiten o no superar los cambios que se presenten en cada una de ellas, pero específicamente en la adultez mayor la crisis se relaciona con la evaluación que hace la persona de su vida, en donde por un lado, puede aceptar la manera como ha vivido, se muestra interesado por encontrar motivaciones y lograr un sentido de integridad, desarrollando sabiduría que le permite tener una mayor aceptación de su muerte. En el caso contrario el adulto mayor puede desarrollar la <Desesperanza> en donde no acepta la realidad inevitable de los cambios y la muerte, siente que el tiempo y las oportunidades en su vida se han agotado, generando sentimientos de

amargura y desesperación por el tiempo perdido, lo cual les dificulta sobrepasar los cambios propios de esta etapa de desarrollo”²⁷

“Cuando se habla de la muerte surgen dos variables importantes, una es la relacionada con los miedos que esta suscita y otra son las actitudes que asume el adulto mayor ante la misma. La muerte al tener un carácter desconocido y al no saber con certeza que sucede después de ella, genera en la sociedad occidental diversos temores o miedos, orientados principalmente al más allá, al juicio de Dios, a dejar a sus seres queridos, pero sobretodo el miedo más marcado es afrontar una agonía o dolores que no puedan soportar”²⁸ a esto se une el planteamiento de “Vilches quien considera que el temor se dirige además a la enfermedad prolongada, a la invalidez, al deterioro e incapacidad, originando ansiedad y tensión en el adulto mayor que repercute en muchos casos en las relaciones familiares y en el estilo y calidad de vida que se tenga, llevando a que las personas asuman ciertas actitudes que impiden enfrentar sanamente todos los cambios presentes en la adultez mayor”²⁹

I.3.1.1. Ansiedad ante la muerte.

“La ansiedad ante la muerte ha sido definida como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenazas reales o imaginarias a la propia existencia que pueden desencadenarse por estímulos ambientales, situacionales o de disposición relacionados con la muerte propia o ajena”³⁰. Lonetto y Templer afirman que “la ansiedad ante la muerte está conformada por la anticipación de las alteraciones físicas, reales o imaginarias, asociadas a las enfermedades graves, a la percepción sobre la limitación del tiempo y por la preocupación por el dolor que puede acompañar a la enfermedad y a la muerte”³¹. Esto se ve reflejado en los niveles moderados y graves de depresión ante la muerte. “La depresión cobra sentido en los pacientes crónicos, ya que su condición supone reacciones físicas y psicológicas que causan disminución de la energía física y sufrimiento físico, lo cual produce efectos a nivel emocional generados por el temor a la sociedad o la invalidez, sensación de amenaza”³² “La enfermedad no es en sí lo que produce la ansiedad ante la muerte, sino el grado de deterioro físico que produce la enfermedad”³³ .

“La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico. Tiene la importante función de movilizarse frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que se haga lo necesario

para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales. Puede limitar la libertad de movimientos y opciones personales”³⁴.

“Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos:

- a) Físicos: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- b) Psicológicos: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, la locura o el suicidio.
- c) De conducta: estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión de la mandíbula, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.
- d) Intelectuales o cognitivos: dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.
- e) Sociales: irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación o verborrea, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

Como podemos ver la ansiedad es “una emoción natural de carácter esencialmente adaptado, que se previene de situaciones que requieren que se esté alerta, en las que se pueden necesitar más recursos cognitivos, conductuales, o fisiológicos, sin embargo, puede estar en la base de muchos procesos que pueden llevar a la enfermedad.

I.3.1.2. Miedo a la muerte.

Los términos miedo a la muerte y ansiedad ante la muerte se usan de manera intercambiable en la bibliografía, sin embargo *“el miedo es específico y consciente mientras que la ansiedad es más generalizada y quizás inaccesible a la conciencia”*³⁵. *“El miedo a la muerte es universal y su ausencia puede reflejar negación de la misma”*³⁶. Se teme a la muerte por diferentes razones, la pérdida del sí mismo, lo desconocido más allá de la muerte, el dolor y el sufrimiento, la oportunidad perdida para la expiación y la salvación, y el bienestar de los miembros supervivientes de la familia, *“otra fuente generalizada de miedo a la muerte no es tanto la conciencia de nuestra finitud sino el fracaso para llevar vidas significativas, es decir, las personas que tienen más miedo a una existencia sin sentido que a la muerte”*³⁷ entendiendo que el miedo procede del fracaso a la hora de encontrar significado personal a la propia vida y a la propia muerte.

*“En el miedo la persona confronta la muerte y los sentimientos de miedo que ésta evoca. En la evitación, la persona evita pensar o hablar sobre ésta para reducir la ansiedad. Por lo tanto, la evitación es un mecanismo de defensa que mantiene la muerte fuera de la conciencia. En otras palabras, dos personas pueden tener una actitud negativa hacia la muerte, ya que tanto el miedo a la muerte como su evitación presuponen una actitud negativa, hay que hacer una distinción entre los dos; pero una siempre muestra un alto grado de miedo mientras que la otra lo muestra de evitación”*³⁸

I.4.- Estudios que han evaluado actitudes ante la muerte.

“Los autores Rivera-Ledesma y Montero-López Lena en el 2010 realizaron una investigación que evaluó las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte, de Templer (1970) adaptada para adultos mayores mexicanos en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria evaluando las propiedades psicométricas de esta escala. En la versión adaptada a adultos mayores mexicanos, se evidenciaron tres factores: miedo a la muerte, miedo a la agonía o la enfermedad y miedo a que la vida llegue a su fin, donde la escala mantuvo una consistencia interna alfa de .91. La estructura arrojó dos factores que en conjunto explicaron 57.1% de la varianza aparentemente vinculados a dos cuestiones: miedo a la muerte y miedo a la agonía y al fin de la vida. El poseer un trabajo o carecer de él y el contar con una pareja o estar privado de ella no reportaron diferencias significativas respecto al grado de ansiedad ante la muerte. En relación a la edad no se hallaron diferencias significativas. En

relación al género sí se encontraron diferencias significativas donde las mujeres parecen poseer una media más alta de ansiedad ante la muerte que los hombres³⁹. Asimismo “Elizalde y Flores encontraron que las mujeres tienden a experimentar sentimientos más intensos de ansiedad ante la muerte”⁴⁰

Los autores ya mencionados Rivera-Ledesma y Montero López realizaron otra investigación en la que adaptaron la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer al español mexicano y obtuvieron sus propiedades psicométricas para dos muestras de adultos mexicanos; adultos mayores y estudiantes universitarios. La adaptación de la escala se basó en la traducción al español, donde se reportaron dificultades en los sujetos que respondían a la escala traducida al árabe para el uso de la doble negación, por ejemplo: No tengo ningún miedo a morirme, asimismo se cambiaron las opciones de respuesta de dicotómica a una escala tipo Likert proporcionando mayor precisión. Fue posible confirmar la validez discriminante de la Escala. “Los adultos mayores obtuvieron una media de ansiedad significativamente mayor que la media reportada por los estudiantes universitarios, se puede asumir que la versión mexicana de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer tiene adecuadas propiedades psicométricas para su uso en muestras de adultos mayores mexicanos, los resultados proporcionan evidencia acerca de la sensibilidad de la escala con respecto a las diferencias culturales entre generaciones y en muestras de habla hispana”⁴¹.

“Kastenbaum ha sugerido que por su proximidad a la muerte los adultos mayores podrían presentar niveles más elevados en este tipo de ansiedad”⁴². “La llegada a la adultez mayor pone a la persona ante un sinnúmero de cambios y pérdidas que repercuten de una u otra manera en la calidad de vida, su estabilidad emocional y trae consigo la conciencia de saber que la muerte está cada vez más cerca. Los jóvenes con relación a este aspecto, muestran un menor grado de conciencia de la realidad innegable de la muerte y los cuestionamientos alrededor de la misma son esporádicos, en comparación con los adultos mayores en donde perciben una mayor proximidad con la misma, que los lleva apropiarse de su llegada y a concebirla como algo inminente, lo cual es el resultado de haber vivido y enfrentado numerosas pérdidas físicas, sociales y psicológicas durante su ciclo vital”⁴³.

Otro estudio realizado por “Pollak evidenció que el mayor de los temores expresado por los sujetos estaba relacionado más con el miedo al dolor, a las operaciones, a lo que ocurre con el cuerpo después de la muerte y a la descomposición del cuerpo, que con el miedo a la muerte en sí”⁴⁴. “Bayés, Limonero, Barreto y Comás resaltan la diferencia entre la muerte y el proceso

de morir, observaron en un grupo de estudiantes que el aspecto que genera mayor ansiedad es el propio proceso de morir, y el que menos, la idea de la muerte en sí misma”⁴⁵.

Ángela Magaz Lago en su estudio de Efectos psicológicos de la Insuficiencia Renal Crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos concluye que “los pacientes en Diálisis presentan mayores niveles de ansiedad que los trasplantados, con un riesgo de padecer el Síndrome Ansioso-Depresivo tres veces superior al de los trasplantados, ya que las personas con más percepción de síntomas físicos y más fuentes físicas de estrés tienen un riesgo mayor de sufrir problemas emocionales que el resto”⁴⁶

I.5.- Cuidados paliativos en el paciente terminal.

“Los profesionistas del área de la salud enfocan a la muerte con un pensamiento biologicista consideran a la muerte como un evento natural, normal y cotidiano, dándole una interpretación solamente científica y técnica”⁴⁷
La clasificación de una persona como “terminal” o moribunda condiciona la actitud social, las opciones y decisiones de tratamiento y desencadena comportamientos destinados a preparar la muerte, tanto en el sujeto, como en la familia y en el personal sanitario.

Los profesionales de la salud, por diversas causas, presentan ansiedad y actitudes que no siempre ayudan a los enfermos y familiares al final de la vida. La sociedad actual refuerza la actitud evasiva ante la muerte. La muerte no es un fenómeno instantáneo, es un verdadero proceso biológico, psicosocial y cultural. En los tiempos modernos hay una tendencia a la ocultación, a la evasión en el tema de la muerte mediante censura social rígida que, incluso, involucra el engaño al moribundo, convirtiéndolo en un ente aislado, lleno de desesperación y con atención insuficiente. La falta de tiempo, la carencia de formación curricular en técnicas de comunicación, la susceptibilidad propia hacia la representación de la muerte y la inseguridad, son factores que proceden del personal de salud y que afectan al moribundo, haciéndolo, a su vez, más vulnerable. El tema de la muerte sigue siendo un tabú con sus características específicas.

La muerte es parte de la vida misma, es el resultado del envejecimiento y deterioro progresivo tanto orgánico como funcional. En otras ocasiones es el resultado del daño producido por diversas enfermedades agudas o crónicas, cuya historia natural llega a su fase terminal a corto, mediano o largo plazo, este plazo se ha modificado por el avance científico y tecnológico, por lo que muchas ocasiones lo que se hace es modificar la forma y el tiempo de morir.
“La manera como se ve e interpreta a la muerte, ya sea como un acontecimiento general o ajeno, cambia cuando afecta a una persona en

particular, cuando el enfermo o sus familiares se enteran de la posibilidad de la cercanía o la inminencia de la muerte, por lo que es importante conocer sus reacciones y actitudes en estas circunstancias”⁴⁸

“La Tanatología es una disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos y está enfocada a establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su familia y el personal médico que lo atiende, un lazo de confianza, esperanza y buenos cuidados, que ayuden al enfermo a morir con dignidad”⁴⁹

El aspecto biológico prácticamente invariante, los diversos modelos culturales y personales del morir, las creencias y rituales, los aspectos sociales que configuran en nuestra civilización una cultura de evitación de la muerte, examinar la muerte, como examinar la vida, requiere la escucha y la lectura de una pluralidad de discursos.

“El objetivo de la Tanatología es ayudar al hombre en aquello a lo que tiene como derecho primario y fundamental: morir con dignidad, plena aceptación de la muerte y total paz”⁵⁰.

“Al paciente terminal se le define como

- ✓ presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable
- ✓ falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico
- ✓ presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes
- ✓ gran impacto emocional en el paciente, su familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte”⁵¹

Con respecto al paciente terminal la Dra Kubler Ross en 1994 describió las diferentes fases por las que pasa este paciente creando el denominado Modelo Escalonado de Kubler Ross, el cual consiste en lo siguiente:

- ✓ **FASE DE NEGACIÓN:** la negación de una verdad desconcertante tiene una importante función protectora, es una defensa provisional que más tarde es sustituida por una aceptación parcial. Esta etapa, es especialmente fuerte cuando la gravedad del padecimiento se realiza de manera directa y con escasa sensibilidad o simpatía. La primera reacción del paciente puede ser un estado de conmoción temporal del que se recuperará gradualmente. Cuando la sensación empieza a desaparecer y consigue recuperarse, su respuesta habitual es: no, no puedo ser yo. Es casi imposible reconocer que tenemos que afrontar la muerte.

- ✓ FASE DE IRA. El paciente llega al conocimiento de que es a él a quien le toca morir y a nadie más. Se llena de sentimientos de irritación, envidia, amargura y siempre se pregunta ¿Por qué yo? En estas circunstancias, el médico debe hacerle entender, que efectivamente es cruel el tener que morir mientras otros continúan viviendo y que por lo tanto, su reacción es profundamente comprensible. En contraste con la fase de negación, esta fase es muy difícil de afrontar para la familia y el personal y se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.
- ✓ FASE DE PACTO. Esta tercera fase es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, en ella el enfermo ya no desea vivir largos años, sino que espera vivir para cumplir ciertos objetivos temporales (volver a ver un hijo, participar de una fiesta, etc.) Para ello, muchas veces está dispuesto a una serie de contraprestaciones: observación del tratamiento médico, rezos o asistencia a oficios religiosos, etc. Es importante que el tanatólogo identifique esta fase, para librar al enfermo de sus temores irracionales de castigo si no cumple con lo prometido.
- ✓ FASE DE DEPRESIÓN. El paciente reconoce que ya no puede seguir negando su enfermedad ni puede dilatar la llegada de la muerte. Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia, serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida. Es una especie de luto anticipado, del que brota una buena disposición para asumir la propia muerte y morir sereno. Los profesionales pueden ayudarlo, brindando un marco adecuado para que el enfermo resuelva problemas personales pendientes, como son: reconciliaciones, provisiones financieras para su esposa, división de bienes o cuidado de sus hijos, etc.
- ✓ FASE DE ACEPTACIÓN. No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Casi siempre está desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado y llegara el momento del descanso final antes del largo viaje. Muchas personas se retraen lentamente del mundo que los rodea y aumenta su necesidad de descanso. A menudo muestran una singular expresión de serenidad y paz llena de dignidad humana⁵².

Si el paciente tuvo tiempo suficiente y se le ayudó en todas las fases anteriores, llegará a la aceptación de su muerte ya no le deprimirá ni tampoco le enojará, alcanzará la tranquilidad, el descanso final antes del largo viaje. Es aquí donde la comunicación tiene mayor intensidad y está más llena de sentido y la comunicación pasa de verbal a no verbal.

La esperanza es lo único que generalmente persiste a lo largo de todas las fases anteriores, especialmente después de la etapa de negación. La mayoría de los pacientes dejan abierta una posibilidad de curación, de descubrimiento

de un fármaco, o de un éxito de última hora en un proyecto de investigación. Es esta chispa de esperanza la que los sostiene durante días, semanas o meses de sufrimiento.

“No se puede ayudar al paciente terminal de un modo verdaderamente importante, si no se tiene en cuenta a su familia”⁵³ Esta juega un papel importante durante la enfermedad y sus reacciones contribuirán en la forma que el paciente afronte su proceso.

Otros de los objetivos de la Tanatología, es el apoyo que brinda al ser humano en la última etapa de la vida: La Vejez. La pirámide poblacional lentamente se está invirtiendo el grupo etario de 70 años y más será mayor que el resto de ellos. “Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2015 habrá 15 millones de adultos mayores y para el 2050 sumarán 42 millones”⁵⁴.

Para el país “el 25 de junio del 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores creándose el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, creándose el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Con esta Ley el Instituto se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años en adelante, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones”⁵⁵. Los principales objetivos del INAPAM son: proteger, atender, ayudar y orientar a las personas de la tercera edad, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. Sus esfuerzos los dirige a fomentar la asistencia médica, asesoría jurídica y opciones de ocupación.

Nuestra cultura generadora de ancianos rechaza la vejez y sobrevalora la belleza y la juventud. Si para el anciano la muerte alguna vez puede llegar a ser más un consuelo que una tragedia, para alguien que muere joven, o por lo menos en su edad madura, suele considerarse una desgracia. La manera en que el adulto mayor enfrenta a la muerte, está estrechamente ligado con la forma en que le ha condicionado su cultura, formado su psicología y desarrollado su biología.

El adulto mayor por la proximidad de la muerte, sufre un proceso de interiorización y de reencuentro en la soledad del espíritu y es precisamente en este punto donde la labor del tanatólogo se torna invaluable ya que les brinda apoyo facilitándoles este proceso e incluso los ayuda en las tareas que han de realizar, hasta que ocurra la muerte.

La mayoría de los ancianos desearían poder dialogar sobre su estado, su enfermedad, sus cosas, sus esperanzas y los aspectos espirituales de la vida y muerte con su médico, pero se ha observado en los últimos dos decenios que encuentran más fácil hacerlo con un miembro del equipo tanatológico u otro enfermo o familiares cercanos, por ser estos frecuentemente más accesibles.

“El problema para los médicos es que no siempre comprenden lo que los ancianos les quieren decir, no les permiten expresarse porque no han sido entrenados para percibir lo que está más allá de las palabras y para adentrarse en estos temas aunque el lenguaje del espíritu es el lenguaje habitual, el común de toda la sociedad”⁵⁶.

Si el anciano habla de lo que le acontece: soledad, tristeza, remordimiento, culpabilidad necesita que alguien se siente a su lado y le escuche y eso es lo que consideramos que el tanatólogo debe hacer, escucharlo y comprenderlo en forma empática. “Según Ericsson los ancianos que resuelven la crisis final de integridad frente a la desesperanza, logran aceptar tanto lo que han hecho con sus vidas como la muerte inminente”⁵⁷. Una manera de cumplir esta resolución es a través de la revisión de la vida. *Las personas que sienten que sus vidas han sido significativas y que se han adaptado a sus pérdidas pueden ser capaces de enfrentar mejor a la muerte.* Las pérdidas que pueden ser especialmente difíciles durante la edad adulta son: la muerte del conyugue, de un padre y de un hijo, por las habilidades de adaptación.

Se debe tener presente que los ancianos son más susceptibles para las reacciones de duelo complicado, no sólo por su edad, su vulnerabilidad física, el número de pérdidas que ellos experimentan, sino por el poco apoyo social que tienen. “El anciano que pasa por un duelo complicado puede exhibir con frecuencia comportamientos manipulativos, coercitivos y de búsqueda de soporte; por el contrario, otros pueden refugiarse en el aislamiento, el mutismo y la depresión, lo que pueden conducirlos a su abandono y muerte posterior, por lo que hay que tenerlo presente durante el apoyo integral que se les otorga”⁵⁸

I.6.- Concepto de Tanatología

“La Tanatología es la ciencia de la muerte y sus manifestaciones” es decir, es la disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte, con un método científico que la ha convertido en un arte y en una especialidad. Su objetivo principal está centrado en proporcionar calidad de vida al enfermo terminal buscando que sus últimos días transcurran de la mejor forma posible, fomentando el equilibrio de y entre los familiares. Además se ocupa de todos los duelos derivados de pérdidas significativas que no tienen que ver con la muerte ni con los enfermos moribundos”⁵⁹. Gira alrededor del enfermo terminal y se basa en las descripciones y observaciones que sobre él se realizan para ofrecer un diagnóstico y mediante éste, determinar las acciones a seguir.

Los objetivos de la Tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo, señalando que se debe evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida como

su acortamiento deliberado. Es decir, se debe propiciar una “Muerte adecuada” misma que se puede definir como aquella en la que hay:

- ✓ Ausencia de sufrimiento
- ✓ Persistencia de las relaciones significativas del enfermo
- ✓ Intervalo permisible y aceptable para el dolor
- ✓ Alivio de los conflictos
- ✓ Ejercicio de opciones y oportunidades factibles para el enfermo
- ✓ Creencia del enfermo en la oportunidad
- ✓ Consumación en la medida de lo posible de los deseos predominantes y de los instintivos del enfermo
- ✓ Comprensión del enfermo de las limitaciones físicas que sufre
- ✓ Todo lo anterior, será dentro del marco del ideal y del ego del paciente⁶⁰

El deber de la Tanatología como rama de la Medicina consiste en facilitar toda la gama de cuidados paliativos terminales y ayudar a la familia del enfermo a sobrellevar y elaborar el duelo producido por la muerte.

“Otros objetivos que incluyen la Terapéutica Tanatológica son los siguientes: ayudar a los pacientes que enfrentan pérdidas muy severas como son las amputaciones, los trasplantes, intentos de suicidio, viudez, cambio de rol, nido vacío, infidelidad, portadores del VIH-SIDA, la pérdida de la autoestima, la anorexia, la bulimia, pérdida del trabajo o de alguna persona cercana afrontando un proceso de duelo”⁶¹.

“Otro grupo de trabajo son los parientes de éstas personas, porque también ellos sufren dolor, angustia y estrés, pues muchas veces se preguntan ¿por qué a pesar de una excelente atención médica finalmente muere mi familiar?”⁶². Otra de las áreas de la Tanatología es la denominada “intervención en crisis” lo que significa que en el momento de una muerte no esperada, el equipo interviene inmediatamente para ayudar a los deudos a comprender y superar el duelo. Implica las dimensiones económicas, psicológicas, sociales, morales, espirituales, biológicas y cuantos aspectos directa o indirectamente se relacionan con el final de la vida ya que la confrontación personal con la muerte es una de las pruebas más duras para un individuo y para una cultura.

1.7.-Concepto de Insuficiencia Renal Crónica.

La Insuficiencia Renal Crónica constituye actualmente un problema de salud pública a nivel mundial. La incidencia y prevalencia de la misma ha aumentado en las últimas 3 décadas, así como los costos derivados de su tratamiento. Desafortunadamente se encuentra infra diagnosticada e infra tratada lo que se traduce en pérdida de oportunidades para llevar a cabo medidas preventivas en estos pacientes. “Una vez que la diálisis en la década de los 60 se convirtió en

una opción terapéutica el interés de los nefrólogos y servicios de salud se enfocó en los altos costos del tratamiento, en la década de los 80 se hizo evidente que la morbilidad y mortalidad en este grupo era elevada, y la causa específica no podía ser identificada, por el contrario los casos de Insuficiencia Renal Crónica Terminal secundaria a Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial habían aumentado, además las complicaciones sistémicas Anemia, Hipertensión Arterial Sistémica, alteraciones del metabolismo del Calcio, Fosforo y enfermedades cardiovasculares se presentaban constantemente en estos pacientes”⁶³

“Fue hasta el año 2002 cuando la National Kidney Foundation’s Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) publicó lineamientos de prácticas clínicas para el cuidado de pacientes con “Enfermedad Renal Crónica donde se define como la disminución de la función renal durante más de 3 meses, manifestada en forma directa por alteraciones histológicas en la biopsia renal o en forma indirecta por marcadores de daño renal como albuminuria o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen; la Tasa de Filtración Glomerular es el mejor índice para medir la función renal, cuando es menor a 60ml/min/1.73m²SC durante un tiempo mayor o igual a 3 meses, con o sin daño renal”⁶⁴. También propuso un sistema de clasificación de 5 categorías, determinado por el nivel de función renal basado en la tasa de filtración glomerular.

“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 Enfermedad Renal Crónica secundaria a Diabetes u otras enfermedades glomerulares y nefroesclerosis hipertensiva. El método recomendado para su medición es el cociente albúmina (mg)/creatinina (g) en una muestra aislada de orina, con un umbral de 30mg/g (mujeres 25mg/g y hombres 17mg/g) como marcador de daño renal, valores por arriba de este umbral representan marcadores tempranos de daño renal.”⁶⁵

Otros marcadores de daño renal como son las anormalidades del 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 sangre y orina que definen síndromes tubulares (acidosis tubular renal, etc.) son tomados en cuenta debido a que pueden asociarse con una disminución en el funcionamiento renal.

I.7.1.- Clasificación de Enfermedad Renal Crónica.

La clasificación de la Enfermedad Renal Crónica se basa en el grado de disminución de la función renal valorada por la Tasa de Filtración Glomerular.

“La Tasa de Filtración Glomerular de acuerdo a edad, sexo y tamaño corporal. El valor normal en adultos jóvenes es de 120-130ml/min/1.73m²SC, el cual disminuye con la edad. Una Tasa de Filtración Glomerular menor de 60ml/min/1.73m²SC representa la pérdida de más del 50% de la función renal normal en adultos y por debajo de este nivel la prevalencia de las complicaciones propias de la Enfermedad Renal Crónica aumenta. La estimación de la Tasa de Filtración Glomerular mediante ecuaciones matemáticas basadas en la cifra de creatinina sérica constituye el mejor método disponible en la práctica clínica para evaluar la función renal. La determinación de creatinina mediante orina de 24hrs, no mejora, salvo en determinadas situaciones, la estimación de la Tasa de Filtración Glomerular obtenida a partir de ecuaciones”⁶⁶.

CUADRO 1. Comparación de la distribución de la ERC en sus diferentes estratos entre la población mexicana.

Estadio	TFG (ml/min/1.73m ²)	Descripción	México %	K/DOQUI%	Tratamiento
1	≥90	Daño renal con TFG normal o elevada	62.5	64.30	TR
2	60-89	Daño renal con disminución leve de la TFG	29	31.2	TR
3	30-59	Disminución moderada de la TFG	8.10	4.20	TR
4	15-29	Disminución grave de la TFG	0.30	0.20	TR
5	< 15	Falla renal	0.10	0.20	D

DCr= Depuración de creatinina, SC= Superficie Corporal; K/DOQI= Kidney Disease Outcomes Quality Initiatives, TFG: Tasa de Filtración Glomerular, TR= trasplante renal, D= Tratamiento dialítico.

La clasificación es importante porque basándose en la severidad de la enfermedad es la aplicación de un plan de acción en cada una de las diferentes categorías, con la intención de prevenir o retrasar la pérdida de la función renal y el desarrollo de complicaciones cardiovasculares en estos pacientes.

“Falla renal se define como una TFG <15ml/min/1.73m²SC, lo cual se acompaña en la mayoría de los casos de síntomas y signos de uremia o por la necesidad de iniciar terapia sustitutiva (diálisis o trasplante renal) para el tratamiento de complicaciones relacionadas con la disminución de la TFG que aumentarían el riesgo de morbilidad y mortalidad en estos pacientes”⁶⁷.

El término Insuficiencia Renal Crónica Terminal constituye un término administrativo utilizado en los Estados Unidos de América para el pago de gastos médicos por parte de compañías aseguradoras en estos pacientes, refiriéndose específicamente al nivel de TFG y la presencia de signos y síntomas de falla renal que requieren tratamiento sustitutivo. La Insuficiencia

Renal Crónica Terminal incluye aquellos pacientes en diálisis o trasplantados renales, independientemente de la TFG. El concepto de IRCT difiere de la definición de falla renal en dos sentidos: primero, no todos los pacientes con una TFG < 15ml/min/1.732SC o con signos y síntomas de falla renal son tratados con diálisis o trasplante renal; en estos casos, el diagnóstico es falla renal. Segundo, los pacientes trasplantados renales no deberán ser incluidos en la definición de falla renal, al menos que presenten una TFG <15ml/min/1.73/m2SC o hayan reiniciado tratamiento dialfítico”⁶⁸

I.7.2.- Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica

“La Enfermedad Renal Crónica como precursora de Insuficiencia Renal Crónica Terminal se reportó por la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) lo que reportó 8 millones de personas con una TFG <60ml/min/1.73m2SC en Estados Unidos de América y 12 millones con evidencia de microalbuminuria, un marcador de daño renal. Se documentó un incremento del 40% en la prevalencia de esta enfermedad con relación al periodo entre 1988-1994, dado principalmente por un incremento en la prevalencia de los estadios 3-5 de la Enfermedad Renal Crónica, afectando actualmente al 13.5 a 15.8% de la población general, lo que también ha sido reportado en Europa, Asia y Australia”⁶⁹ La incidencia reportada en ese mismo año fue de 347.1 por millón de habitantes.

“De acuerdo al Reporte de Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud y al Proyecto de Carga Global de la Enfermedad, las enfermedades renales y del tracto urinario contribuyen con aproximadamente 850,000 muertes cada año y 15,010,167 años de vida saludable ajustados por discapacidad. Estas enfermedades son la 12ª causa de muerte y la 17ª causa de discapacidad en el mundo, y la 10ª causa de muerte en nuestro país contribuyendo con el 28% de todas las muertes (INEGI 2009). La diabetes, la Hipertensión Arterial Sistémica y la Enfermedad Renal Crónica contribuyen con el 60% de la mortalidad y aproximadamente con el 47% de los gastos en salud a nivel global; se estima que para el 2020 estas tres entidades serán las principales causas de muerte y discapacidad, sobre todo en países en desarrollo”⁷⁰

“En México se realizó un estudio transversal en una población que incluyó a 3,564 sujetos, de ambos géneros, con edad > 18 años, seleccionados al azar y afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Morelia, Michoacán. Se aplicó un cuestionario a cada individuo en relación con su estado de salud actual y se tomaron determinaciones antropométricas, muestras de sangre y orina. Se calculó la depuración de creatinina mediante la fórmula de Cockcroft-Gault y fueron clasificados en una de las cinco categorías de Enfermedad Renal Crónica establecidas por la KDOQI. La prevalencia de

una Depuración de Creatinina < 15ml/min fue de 1,142 por millón de habitantes en tanto que la prevalencia de una Depuración de Creatinina < 60ml/min fue de 80.788 por millón de habitantes lo que comprueba una elevada prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica en nuestro país al igual que en el resto del mundo”⁷¹

La Enfermedad Renal Crónica constituye un problema de salud pública en nuestro país, debido a su alta prevalencia y a los altos costos que de ella se derivan. “Al igual que en el resto del mundo, la prevalencia de los estadios iniciales de la enfermedad es aproximadamente 100 veces más que los estadios terminales de la misma”⁷², esto resulta clave ya que las principales complicaciones pueden ser prevenidas o retrasadas mediante un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

“En México la Insuficiencia Renal Crónica IRC es un problema importante de Salud Pública con una incidencia de aproximadamente 4000 nuevos casos por año cuyas principales causas son Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial Sistémica, donde el desenlace suele ser el tratamiento con Diálisis peritoneal o Hemodiálisis con una alta probabilidad pronóstica terminal”⁷³.

Es importante estar conscientes que “en la actualidad la mayoría de los casos de Insuficiencia Renal Aguda se presenta en pacientes hospitalizados, principalmente en la terapia intensiva, que son pacientes con alta incidencia de comorbilidad por septicemia, por malformaciones congénitas cardiovasculares o por neoplasias (leucemias, linfomas) que frecuentemente se acompañan de una respuesta inflamatoria sistémica y de falla multiorgánica; más aún, el antecedente de lesión renal aguda predispone al desarrollo de enfermedad renal crónica, llama mucho la atención que 35% de las muertes se debieron a enfermedad renal crónica, más frecuente en el grupo de 10 a 14 años. En nuestro país no contamos con un registro único de enfermedades renales, por lo que se desconoce la verdadera prevalencia de la enfermedad renal crónica, aunque se estima que uno de cada 9 adultos padece enfermedad renal y que la proporción de niños con enfermedad renal crónica en países desarrollados es aproximadamente 20 a 25%, deduciendo que existen en nuestro país de 3mil a 6mil niños con este problema”⁷⁴

“La Insuficiencia Renal Crónica es un síndrome caracterizado por el deterioro progresivo de la función renal consecuyente con la destrucción de la masa nefronal a partir de diversos factores etiológicos, entre los que se encuentran la

glomerulonefritis 37%, pielonefritis 11%, riñón poliquístico 9%, neuropatía diabética 9%, hipertensión 7.5% y nefropatía de analgésicos 2%, principalmente”⁷⁵. “En fases avanzadas de la enfermedad, los tratamientos de elección suelen ser diálisis peritoneal continua ambulatoria, la hemodiálisis e incluso el trasplante renal”⁷⁶.

I.8.- Concepto de Adherencia Terapéutica.

La OMS en el año 2004 planteó la definición de adherencia al tratamiento prolongado haciendo hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones y en la buena comunicación entre pacientes y profesionales como requisito esencial para una práctica terapéutica eficiente. La OMS considera “adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”⁷⁷.

Adherencia Terapéutica es la “implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”. Para evaluar la adherencia terapéutica se han utilizado diversos procedimientos como conteo de píldoras, medidas de laboratorios, entrevistas y cuestionarios a pacientes, personal de salud, familiares entre otros”⁷⁸ “En este caso en el instrumento de Martín-Barrarré-Grau se valoraron las propiedades de cada ítem en cuanto a que fuesen:

- ◆ Razonable: es decir si es razonable la inclusión del mismo en relación con la categoría que se pretende medir.
- ◆ Discrimina variaciones: si el ítem es capaz de discriminar entre diferentes grados de adherencia terapéutica
- ◆ Justificable: si se justifica su inclusión en el cuestionario
- ◆ Claramente definido: si el ítem se expresa claramente
- ◆ Datos factibles de obtener si a partir de las respuestas al ítem, se puede obtener información sobre Adherencia Terapéutica”⁷⁹.

“Las categorías que componen la definición de adherencia terapéutica son:

- ◆ Cumplimiento del tratamiento: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas
- ◆ Implicación personal: es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios

- ◆ Relación transaccional: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos.
- ◆ Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento: es la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones
- ◆ Aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y su médico: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para elaborar la estrategia a seguir para garantizar el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos”⁸⁰.

La adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud. La adherencia al tratamiento en los países desarrollados promedia 50%, en los países en desarrollo las tasas son aun menores, es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento. Las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente resultan en bajos resultados de salud y mayores costos sanitarios. La adherencia deficiente compromete gravemente la efectividad del tratamiento, por ello es fundamental para la salud de la población. Las intervenciones que mejoren la adherencia proporcionarán un considerable rendimiento mediante la prevención primaria de factores de riesgo y la prevención secundaria, por lo que la mejora de la adherencia terapéutica aumenta la seguridad de los pacientes.

La mayor parte de la atención necesaria para los procesos crónicos se basa en el auto-cuidado, el empleo de tecnología médica y cambios en el modo de vida, donde la adherencia terapéutica es un modificador importante de la efectividad del sistema de salud. Los estudios descubren sistemáticamente ahorro de costos y aumentos significativos de la efectividad de las intervenciones de salud en donde se logró mejorar la adherencia terapéutica.

La adherencia terapéutica es influida simultáneamente por varios factores: sociales, económicos, el sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, el tratamiento de la misma. La adherencia terapéutica es un proceso dinámico que debe seguirse. Las ciencias del comportamiento revelan que la población de pacientes puede ser segmentada según el grado de disposición para seguir las recomendaciones de salud, con frecuencia los tratamientos se prescriben a quienes no están preparados para seguirlos. El personal sanitario debe poder evaluar la disposición del paciente para cumplir lo indicado, asesorarlo sobre cómo hacerlo y seguir su progreso en cada contacto.

“Las cinco dimensiones de la adherencia son:

1. Socioeconómicos: la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la edad, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.
2. Del equipo sanitario: falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorar la recarga de trabajo, falta de incentivos, consultas cortas, poca capacidad del sistema para proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado: relación médico-paciente deficiente.
3. De la enfermedad: gravedad de los síntomas. La gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. El grado de discapacidad, la velocidad de progresión, la comorbilidad.
4. Del tratamiento: complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos costo-económico.
5. De pacientes: plantear dificultades, obstáculos⁸¹ podemos integrar lo mencionado anteriormente en la siguiente imagen:



La adherencia terapéutica es importante dentro de la Psicología de la salud es un componente fundamental de los aspectos subjetivos y comportamentales a tenerse en cuenta en el curso y evolución de la enfermedad. El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso, donde el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. “Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida aquellas personas que logren adherirse

adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución”⁸²

En la práctica médica, una gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente, y éste tiene una autonomía considerable en su manejo, lo cual constituye un serio problema. Los fallos al seguir las prescripciones exacerban los problemas de salud y favorecen la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un tratamiento dificultando que se realice un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria. “Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, *la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%*, mientras que *en las enfermedades crónicas alcanza el 45%*, cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, *la tasa de cumplimiento es incluso más elevada*”⁸³. *Se ha considerado que estos porcentajes subestiman el fenómeno, pues los estudios suelen ser reportes de los pacientes cuyo acotamiento puede ser parcial y que no se perciben a sí mismos como incumplidores.* Dunbar y Agras informan que en el caso de las prescripciones de ingestión de medicamentos, entre el 33 y el 82% de los pacientes no sigue o comete errores en el seguimiento del régimen”⁸⁴. “Un informe de la Organización Mundial de la Salud señala que *el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos en enfermedades crónicas se ha convertido en un problema no sólo sanitario sino económico, ya que únicamente el 50%* de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados, situación que se agrava en los países pobres, donde el acceso a los medicamentos está limitado por la falta de recursos”⁸⁵.

“La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. En lo personal el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social significa un enorme costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse”⁸⁶.

La conducta de cumplir el tratamiento médico está mediada, entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos. El padecimiento de una enfermedad ya implica una carga estresante en el desenvolvimiento de la vida de las personas, a la que se

añade el cumplimiento riguroso de un régimen de indicaciones que implica la realización de esfuerzos encaminados a garantizar el cumplimiento de aquéllas. “Se describen como conductas que reflejan los problemas en la adherencia al tratamiento las siguientes: cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, que implican errores de omisión, de dosis, de tiempo o de propósito, equivocación en el uso de los medicamentos, ausencia a consultas e interconsultas, rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad; se destaca también la práctica de la automedicación”⁸⁷.

“Además de los problemas físicos derivados de la enfermedad, de su tratamiento y rehabilitación, de las dificultades que muchas enfermedades generan en la autoimagen y la autoestima, de los miedos ante una posible amenaza vital y la muerte, la repercusión estresante de la mayoría de las enfermedades se pone de manifiesto en la esfera de la reorientación vocacional y laboral al tener el paciente que reajustar metas y propósitos; se ve afectada su vida económica y la comunicación con las otras personas, y se producen cambios en los roles habituales y en las responsabilidades de la familia, aumentando así el sufrimiento de los allegados”⁸⁸.

La adherencia al tratamiento comienza a desempeñar su papel en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, cuando suele producirse una diferenciación subjetiva entre su caracterización nosológica y la forma en que la percibe quien la padece, el significado que le confiere. La enfermedad puede percibirse como un evento altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, un beneficio o incluso, como un alivio a responsabilidades, situaciones personales y demás. En función de ello, el paciente adopta su rol de enfermo. “La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes del mismo son aspectos psicológicos muy importantes para la adherencia, la cual podemos considerar como un contenido del rol de enfermo, un repertorio de conductas que se adoptan después de que la persona asume su condición de enfermedad. Sin embargo, no por esto deja de tener un papel protector, pues sin lugar a dudas contribuye a que no progrese la enfermedad, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la salud”⁸⁹.

Se entiende como “cumplimiento el grado en 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, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”⁹⁰.

Las personas son cumplidoras o no cumplidoras pese a las múltiples posibilidades que puede haber en relación con dicho cumplimiento. Está

centrada en el profesional de la salud, en un modelo de salud básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento en base a las creencias y motivaciones del paciente.

A diferencia del término cumplimiento adherencia expresa una relación más interactiva, activa y colaborativa entre el profesional sanitario y el paciente. Por otro lado, el término cooperación enfatiza en la naturaleza bilateral de las interacciones profesional de la salud-enfermo. La adherencia del paciente depende no sólo de la conducta del paciente, también se relaciona estrechamente con la conducta del Médico en la medida que éste ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de la comprensión por su paciente y dedique a este proceso el tiempo necesario. La adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta “sino a un conjunto de ellas que incluyen a saber: aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables”⁹¹ éstas conductas se desarrollan básicamente a partir de la interacción del enfermo y los agentes de salud.

“El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica comprende el realizar una serie de tareas que requieren saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer. El paciente debe tener habilidades con diferente grado de complejidad”⁹² Es importante lograr que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricta a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones, lo que “implica una conducta que debe ser entendida a partir de diversas dimensiones: aspectos conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales y volitivos, unidos a cuestiones relacionales donde interviene la comunicación con el profesional de salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar, hasta el papel de la organización de los servicios de salud”⁹³.

Analizaremos algunos de los factores que influyen en la conducta de cumplimiento del tratamiento médico:

1. La interacción con el profesional sanitario, donde se hallan la satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales de salud y las características de la comunicación que éste establece con su médico. La satisfacción se relaciona básicamente con el nivel de expectativas del paciente respecto del servicio que aspira recibir, constituyendo el espectro de los aspectos subjetivos de las características de la atención.
2. Las características del régimen terapéutico: “el grado de complejidad se refiere al grado de cambio comportamental requerido cuando implica cambio en los hábitos o exige pautas nuevas y que produce una tasa de

cumplimiento baja”⁹⁴ El número de medicamentos consumibles, la frecuencia del consumo, la combinación de distintos tipos de intervención y especialmente la duración del tratamiento son variables relacionadas con la complejidad. Peck y King apuntan “que entre el 20 y el 30% de los pacientes sometidos a tratamientos breves falla en cumplirlos, y que fracasa entre el 30 y 40% de los sujetos cuando son cortos y de naturaleza preventiva; las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50% de los enfermos al momento de comenzarlas, y tal incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo”⁹⁵. También la relación costo-beneficio del régimen de tratamiento puede resultar relevante, ya que los costos pueden ser diversos. “La presencia de efectos secundarios se refiere a que los regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios afectan las tasas de adherencia porque pueden llegar a ser más perturbadores que los síntomas de la enfermedad; los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos y producir así un descenso de la adherencia”⁹⁶.

3. La naturaleza de la enfermedad. Las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, pero ésta es menor en las enfermedades crónicas, y sobre todo en las asintomáticas, cuando los síntomas constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones. Parece ser más difícil seguir recomendaciones profilácticas que terapéuticas cuando los síntomas están produciendo malestar.
4. “Factores psicosociales relacionados con las creencias del paciente, asociadas a la percepción de la severidad de la enfermedad y la estimación del riesgo de enfermar, o vulnerabilidad percibida”⁹⁷. La creencia de la persona de que puede ejecutar la respuesta necesaria: autoeficacia percibida y por último la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta: utilidad percibida. El apoyo social y familiar también contribuyen a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar al paciente a mantener el régimen médico; de igual manera el refuerzo de la familia y otras personas significativas puede facilitarlos. “Cuando las recomendaciones incluyan cambios en los estilos de vida y el apoyo de otros, puede ser especialmente necesario ese refuerzo de los allegados para iniciar y mantener los cambios”⁹⁸.

Los instrumentos que más se han utilizado para evaluar la adherencia terapéutica son los indirectos como la entrevista y la estimación a partir de resultados clínicos. La simple estimación subjetiva por parte del terapeuta ha sido junto con la entrevista el procedimiento más empleado para comprobar si

el paciente cumple o no con las prescripciones. Esa estimación se realiza según los resultados terapéuticos, evaluando de forma indirecta la adherencia al considerar que la desaparición o mantenimiento de los síntomas constituye un indicador. Además de la entrevista, el autorreporte y las medidas directas “encubiertas” o de “marcadores” se han utilizado otros procedimientos directos tales como la observación por terceros y la evaluación bioquímica⁹⁹ Cuando terceras personas observan el cumplimiento (familiares, compañeros de trabajo, amigos) pueden utilizarse a su vez distintos tipos de registro: entrevistas, escalas de opinión, protocolos de observación y demás. La evaluación bioquímica hace referencia a diferentes análisis fundamentalmente en sangre y orina. Por supuesto las medidas de autorregistro o autorreporte también corren el riesgo de estar sesgadas por las particularidades intrínsecas de esas técnicas, ya que algunas sobreestiman la adherencia. Sin embargo la literatura plantea que la información brindada por el paciente parece estar bastante ajustada a la realidad y puede considerarse confiable a los fines de la investigación, estiman que el problema de la evaluación de la adherencia no requiere tanto para su solución de una mayor sofisticación de los procedimientos de que se dispone en la actualidad, sino mas bien complementar con la utilización de criterios externos podría ser una forma de validar la información obtenida.

El instrumento de MBG cuestiona cómo la persona percibió su participación en el convenio del tratamiento y los modos de ejecutarlo, cómo cumple el conjunto de indicaciones recibidas (no sólo las medicamentosas) y cómo se implica activa y conscientemente en la búsqueda de estrategias para lograr ejecutar y mantener una conducta de cumplimiento adecuada, proporcionando una estimación de la prevalencia de adherencia terapéutica.

Una buena adherencia terapéutica es un requisito que de cumplirse traería repercusiones al plano económico, social, medico, personal, familiar y para la gerencia de los servicios de la salud, es complejo y su investigación constituye un reto.

I.9.- Concepto de Cuidador Primario.

“El cuidador primario es la persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario de los pacientes”¹⁰⁰ “El cuidador del paciente es un proceso dinámico que va a requerir un progresivo incremento de atenciones y tareas por varios motivos: la larga duración de la enfermedad (en más del 70% se trata de un proceso superior a 6 años en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica), la pérdida progresiva de capacidad física y cognitiva por parte del paciente y su creciente dependencia del entorno familiar”¹⁰¹. En España se describió el perfil del cuidador tipo: mujer (en su mayor parte esposas o hijas

del paciente), con una edad media de 57 años, ama de casa y co-residente con el enfermo. También existe un grupo importante de cuidadores mayores de 65 años (sobre un 25%), generalmente conyugues del enfermo, de especial importancia, dada la importante co-morbilidad que suelen presentar a esa edad. Una gran mayoría de los cuidadores (80%) presta sus servicios un número variable de horas durante los 7 días de la semana.

La tarea de cuidar conlleva la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar constituyentes de un auténtico síndrome que es necesario conocer, diagnosticar precozmente y tratar de prevenir. Se ha demostrado la relación entre estrés del cuidador y tasas más altas de institucionalización y que pacientes que conviven con cuidadores muy estresados presentan mayor índice de problemas de conducta y episodios de agitación.

“La carga a la que se ve sometido el cuidador puede expresarse en distintas áreas:

1. Problemas físicos: implica problemas de aparición frecuente en el grupo de edad al que pertenece el cuidador que se ve agravado por las tareas propias de su labor de cuidado, donde las quejas somáticas son múltiples, destacando dolor de tipo locomotor, cefalea tensional, astenia, fatiga crónica, alteración del ciclo sueño-vigilia de evolución crónica. Se ha demostrado que existe deterioro de la función inmune de los cuidadores, a expensas de una reducción de sus niveles de inmunidad celular, que los hace más susceptibles a determinadas infecciones víricas. Se demostró un aumento del 63% en el riesgo de mortalidad entre los cuidadores ancianos cónyuges que habían desarrollado un alto nivel de estrés.
2. Problemas psíquicos en los que la prevalencia alcanza 50% a menudo difíciles de verbalizar y definidos como somatizaciones o como términos vagos de tipo de desánimo o falta de fuerzas. Aquí es determinante la propia incapacidad del paciente, las tareas que debe realizar el cuidador, el impacto negativo de estas sobre su calidad de vida y una pobre técnica de afrontamiento, que los convierte en más vulnerables. Los principales problemas psíquicos del cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, que constituyen la vía de expresión de su estrés emocional. La triada cognitiva de la depresión de acuerdo con Beck señala la consideración negativa de sí mismo, que ocasiona baja autoestima y autoconcepto, la segunda habla de consideraciones negativas del entorno, interpretar erróneamente las situaciones externas y la tercera, habla de las consideraciones negativas del futuro, se anticipa a los acontecimientos y los piensa como negativos. Entre las circunstancias que influyen en mayor medida en su aparición destacan la falta de apoyo social, la carencia de recursos económicos, las relaciones previas con el paciente, el sentimiento de culpa, la existencia de una historia familiar de depresión y las limitaciones psicofísicas del cuidador.
3. Problemas de índole socio-familiar. Aparecen conflictos familiares, consecuencias sobre las obligaciones laborales (absentismo,

conflictividad laboral), dificultades económicas y disminución de las actividades sociales y de ocio”¹⁰².

El cuidador invierte prácticamente la totalidad del día en el cuidado de su familiar 20 horas al día. A su vez a los cuidadores activos les ocasionó una pérdida de jornadas laborales, ya que tienen que simultanear el trabajo con la atención al paciente, lo cual ocasiona una menor dedicación en horas y días al paciente y además un mayor gasto al día en comida, transporte y otros conceptos. Se recomienda que el cuidador disponga de tiempo libre, realice otro tipo de actividades que no tengan nada que ver con la persona cuidada, desarrolle ejercicio físico, tenga contacto con otras personas que se encuentren en situaciones similares y disponer del asesoramiento de un profesional que pueda orientarlos en las distintas fases y problemáticas que vivirán tanto uno como el otro, ya que “el Síndrome de Burnout se asocia con la atención y sobrecarga emocional producida con un contacto prolongado con pacientes o personas que viven una situación problemática crónica, donde el desgaste producido en el cuidador voluntario se relaciona con la incapacidad de poder cambiar esa situación, implicando el empeoramiento de los cuadros o situación de la persona cuidada, incluido su posible fallecimiento”¹⁰³.

“Ser cuidador primario es una tarea difícil, cansada y de gran responsabilidad, que demanda realizar actividades para las que no se está preparado y que no siempre son agradables. La mayor parte de las veces convertirse en cuidador es algo fortuito y despierta sentimientos conflictivos. Los propios intereses y dolencias pasan a segundo plano para enfrentar el reto de atender a otra persona. Los roles se alteran, ser cuidador implica perder actividades y oportunidades. Se debe enfrentar un reto mayor y echar mano de todos los recursos interiores y exteriores a fin de sobrellevar el cambio y mantener un equilibrio entre la atención a la persona dependiente y la conservación de la vida y salud propias”¹⁰⁴.

En diversos estudios se muestra que el hecho de cuidar a una persona enferma o discapacitada supone cambios que afectan la vida no sólo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social, con repercusiones negativas en la salud física y psicológica. Algunos autores hablan del “síndrome del cuidador” como una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en paciente y se produzca la claudicación familiar”¹⁰⁵

“El perfil típico del cuidador primario es ser mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (madre, hija o esposa) y que convive con la persona que cuida. Las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de clase social baja conforman el gran colectivo de las cuidadoras”¹⁰⁶. “Los

cuidadores familiares siguen siendo mujeres, bien sean esposas o las hijas, además en la mayoría de los casos 85.3% la familia lleva a cabo estos cuidados sin ningún tipo de apoyo externo”¹⁰⁷ “En la sociedad mexicana se ha establecido que son las personas de sexo femenino las encargadas de las labores del hogar y cuidado de la familia mientras que el hombre sólo aporta los recursos y al ser familiares de primer grado en su mayoría existe mayor tendencia a esto al tener la responsabilidad social de encargarse de cuidar a su familia, y también puede deberse a la comodidad que implica el ser un familiar primario para poder entender al paciente, pues hay más cercanía al compartir el hogar, lazos afectivos y tiempo”¹⁰⁸. El tipo de tareas que se realizan está determinado por las necesidades del beneficiario, y en ocasiones la demanda puede superar las propias posibilidades de la cuidadora. Muchas de ellas cuentan con escasa ayuda para llevar a cabo todas las tareas, algunas difíciles de asumir por una sola persona; también deben enfrentarse a situaciones especialmente complicadas, sobre todo en caso de agravamiento o crisis del beneficiario. En un estudio realizado por Rivera Mora et. al.” se encontró que a mayor escolaridad del cuidador primario menor carga del cuidador, y la pareja es la que soporta mayor carga, la responsabilidad de cuidar es fundamentalmente femenina donde la mujer asume las tareas más pesadas y demandantes y dedican más tiempo a cuidar que los hombres, lo que genera una clara inequidad de género; la principal actividad de los cuidadores fue la de ama de casa, la edad promedio fue de 41 a 60 años, otros autores refirieron una edad promedio de 60 a 64 años, donde observamos que la edad del cuidador cercana al adulto mayor se acompaña de toda la carga de problemas de salud y de desgaste emocional que implica esta edad, así como el hecho de que los grados de sobrecarga aumentan conforme aumentó la edad”¹⁰⁹. “Respecto al perfil del cuidador hay una relación directa de hija en 73% y de pareja en 13%. En diversos estudios se ha comprobado el predominio de las hijas de 38 a 62.9% como cuidadores primarios, seguido de la pareja 29.3 a 47%. Sánchez y col mencionaron que en la mitad de los casos se cuida al conyugue o al progenitor”¹¹⁰

I.10.- Cuidador Primario y el paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

Carmen García y Yasmin Otero realizaron un estudio donde estudiaron la Depresión y el Burnout en cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en la zona sur de la ciudad de México, en el cual “no se encontraron niveles altos de depresión ni casos de Burnout, donde la mayoría de los cuidadores son de género femenino y son familiares de primer grado del enfermo con Insuficiencia Renal Crónica”¹¹¹. En el paciente con Insuficiencia Renal Crónica hay muchos desórdenes orgánicos que producen deterioro, pero es indudable que las terapias asociadas al tratamiento sean éstas de índole

nutricional a fin de preservar la función renal residual, la diálisis y el trasplante, necesitan de complicadas adaptaciones vitales para el paciente y su familia, que sumadas al estrés emocional generan fuertes sobrecargas psicológicas que pueden preceder a la aparición de perfiles depresivos, niveles elevados de ansiedad, estados motivacionales, no cumplimiento del tratamiento médico, dificultad en la toma de decisiones, problemas de relación social y/o laboral, etc. “Los pacientes transplantados son menos ansiosos que los dializados, y entre estos los sometidos a Diálisis Peritoneal menos que los que están en Hemodialisis, es decir, los pacientes con mejor estado emocional se encuentran en el grupo de los transplantados, que experimentan menos ansiedad y depresión que los sometidos a Diálisis”¹¹².

“Los cuidadores primarios de pacientes con IRC se ven afectados tanto en síntomas afecto-cognoscitivos como el estado de ánimo, grado de satisfacción con sus actividades, llanto, aislamiento, indecisión, como en los síntomas vegetativos-somáticos: trastornos de sueño, fatigabilidad, preocupación somática y pérdida de la libido. Los síntomas afecto-cognoscitivos se ven influenciados por la falta de tiempo de éstos para realizar sus actividades personales y sociales, lo cual influye anímicamente en estas personas, ya que su vida se ve transformada junto con la del paciente a su cargo a partir del diagnóstico y tratamiento de la IRC. En cuanto a los trastornos vegetativos-somáticos las alteraciones del sueño pueden ser debidas a la demanda constante que hacen los pacientes a su cuidador para cubrir sus necesidades, pues gran parte de ellos no son independientes para realizar actividades indispensables como ir al baño, comer, etcétera, ya que la IRC combinada con otras enfermedades como la diabetes puede dañar más órganos como los ojos. La fatigabilidad viene en consecuencia por las alteraciones del sueño y la demanda de tiempo que hace el paciente. La preocupación somática probablemente tiene que ver con el hecho de que el cuidador está constantemente en contacto con el paciente con IRC y por lo mismo con esta enfermedad, lo cual puede influir en el paciente haciendo que este se preocupe más por su propia salud. La pérdida de la libido se puede atribuir a que el cuidador primario dispone de muy poco tiempo para realizar sus propias actividades, ya que dedica la mayor parte del día a estar al cuidado del paciente, descuidando aspectos personales de su vida.

Los cuidadores primarios de pacientes con IRC presentan niveles mínimo y leve de depresión, sin embargo, en su mayoría presentan cansancio emocional con agotamiento de recursos emocionales y energía muy preocupantes, debido probablemente a los pensamientos y sentimientos que les provoca ver el deterioro continuo del familiar que está a su cuidado, además los cuidadores se autoevalúan con sentimientos de insuficiencia, lo cual no permite que tengan satisfacción personal. Les favorece el hecho de que reciban de alguna manera apoyo de otros familiares por lo tanto no se sienten solos y responsables de todo lo que pueda suceder con el familiar enfermo.

Es importante que el cuidador primario tenga un mayor autoconocimiento y control sobre sus emociones para evitar las consecuencias como el cansancio emocional y su tendencia a la depresión, asimismo conocer sobre las consecuencias a nivel físico y psicológico que tiene la Insuficiencia Renal Crónica lo cual podría ayudarles a prevenir conductas contraproducentes y orientarlos para tener una mejor aceptación de la enfermedad y actitudes positivas de afrontamiento hacia ésta”¹¹³.

Es importante que el cuidador lleve un acompañamiento psicológico durante el proceso en el que se responsabiliza del enfermo con IRC, especialmente en el que es un familiar de primer grado, además es importante motivar al paciente a continuar con el cuidado propio de su enfermedad y a tener una adecuada adherencia terapéutica.

I.11. Instrumentos

I.11.1.- Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte PAM-R

Se han desarrollado varios instrumentos para evaluar las actitudes hacia la muerte. Los términos miedo a la muerte y ansiedad ante la muerte se usan de manera indistinta en la bibliografía, sin embargo son conceptos diferentes, “el miedo es específico y consciente; la ansiedad es generalizada e inaccesible a la conciencia”¹¹⁴ “Erickson mencionaba que en la última fase de desarrollo se tiene que resolver la crisis de integridad versus desesperanza. La integridad es un estado de la mente: la convicción de que la vida ha valido la pena y ha tenido sentido y la resolución de la discrepancia entre la realidad y el ideal. Los sujetos que son capaces de alcanzar la integridad pueden afrontar la muerte sin miedo. Los sujetos que sienten que han malgastado su vida y que es demasiado tarde para empezar de nuevo es probable que experimenten desesperanza y miedo a la muerte. Por lo tanto, el hecho de aceptar o temer a la muerte depende en gran parte de si se ha aprendido a aceptar el ciclo vital”¹¹⁵. “Los sujetos que ven sus vidas como plenas y significativas deberían mostrar menos ansiedad ante la muerte y más aceptación de la misma”¹¹⁶ se ha visto una correlación significativa entre la satisfacción subjetiva con el propio pasado y la aceptación de la muerte.

“El PAM-R Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte es un instrumento multidimensional de medida de las actitudes ante la muerte, es una revisión del PAM Perfil de Actitudes hacia la Muerte el cual consistía en cuatro dimensiones:

- 1) miedo a la muerte/al proceso de morir (pensamientos y sentimientos negativos respecto a la muerte y al proceso de morir),**

- 2) aceptación de acercamiento (la visión de la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la muerte)
- 3) aceptación de escape (la visión de la muerte como el escape de una existencia dolorosa)
- 4) aceptación neutral (la visión de la muerte como una realidad que ni se teme ni se le da la bienvenida).

Aunque tanto el miedo a la muerte como su evitación presuponen una actitud negativa, hay que hacer una distinción entre las dos. En el miedo la persona confronta la muerte y los sentimientos de miedo que ésta evoca. En la evitación, la persona evita pensar o hablar sobre ésta para reducir la ansiedad. Por lo tanto la evitación es un mecanismo de defensa que mantiene a la muerte fuera de la conciencia. Debido a éste último punto de que dos personas pueden tener una actitud negativa hacia la muerte, pero una siempre muestra un alto grado de miedo, mientras que la otra lo muestra de evitación, ésta consideración llevó a incluir la subescala de evitación de la muerte, de siete ítems, en el PAM-R, por lo que la PAM original de 21 ítems se amplió a 36.

La fiabilidad del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte va de buena a muy buena, ya que los coeficientes alfa oscilaban entre uno bajo de .65 (aceptación neutral) a uno alto de .97 (aceptación de acercamiento); los coeficientes de estabilidad oscilaban entre uno bajo de .61 (evitación de la muerte) a uno alto de .95 (aceptación de acercamiento)¹¹⁷.

Una ventaja del PAM-R es que representa la ventaja de que muestra un amplio espectro de actitudes ante la muerte, oscilando de la evitación a la aceptación neutral y de aquí a la aceptación de acercamiento. Sus 5 componentes son:

- 1) Aceptación de acercamiento
- 2) Miedo a la muerte
- 3) Evitación de la muerte
- 4) Aceptación de escape
- 5) Aceptación neutral

“El PRAM es más exhaustivo y conceptualmente más puro. El PRAM representa un amplio espectro de actitudes hacia la muerte, oscilando de la evitación a la aceptación neutral y de aquí a la aceptación de acercamiento. Las opciones de respuesta con escala tipo Likert con los siguientes valores:

- 1: Totalmente en desacuerdo
- 2: Desacuerdo
- 3: De acuerdo
- 4: Totalmente de acuerdo.

Asimismo, cada actitud es evaluada por reactivos específicos distribuidos de la siguiente forma mostrada en la Tabla 2:

DIMENSIÓN	ÍTEMS
Aceptación de acercamiento (10 ítems)	4, 8, 13, 15,16, 22, 25, 27, 28, 31
Evitación de la muerte (5 ítems)	3, 10, 12, 19, 26
Aceptación de escape (5 ítems)	5, 9, 11, 23, 29
Miedo a la muerte (7 ítems)	1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
Aceptación neutral (5 ítems)	6, 14, 17, 24, 30

Tabla 2. Dimensiones de PRAM, Wong et. al. ¹¹⁸

Se realiza la sumatoria de los reactivos para cada actitud y en base al total de cada una se puede determinar qué actitud predomina.

I.11.2.- Cuestionario para la evaluación de Adherencia Terapéutica: MBG Martín Bayarré-Grau

La adherencia terapéutica se ha conceptualizado por la OMS en el año 2004 como “el grado en que el comportamiento de una persona: tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”¹¹⁹. Otra definición manifiesta “implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”¹²⁰

Categorías que componen la definición de adherencia terapéutica propuestas para la confección del cuestionario de evaluación:

- Cumplimiento del tratamiento: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas.
- Participación activa en el cumplimiento: es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento: es la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.
- Aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y su médico: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para elaborar la estrategia a seguir para garantizar el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.

“Se elaboró un cuestionario de autorreporte, corto y sencillo, de fácil aplicación y entendible por parte del paciente para realizar la evaluación rápida del nivel de adhesión o no que tiene el paciente al tratamiento médico indicado. Se

reconoció que el reporte del paciente resulta ser más confiable y ajustado, que la información dada por los propios médicos y familiares”¹²¹

“La necesidad de validar el cuestionario elaborado, para ofrecerlo a la comunidad científica y recomendar su uso, ha sido satisfecha hasta este momento, a través de una validación de contenido por criterio de expertos, la evaluación de la confiabilidad interna y el análisis de la validez de construcción lógica. La validación de contenido se refiere al grado en que la prueba que se está usando, representa y es capaz de expresar la característica que se investiga; con esta se determina si el instrumento incluye todos los aspectos del concepto estudiado. Esta alternativa de validez concierne al grado de rigor con que el instrumento contempla el entorno teórico en el que se inscribe la categoría sintetizada”¹²²

Se confeccionaron los ítems en forma de 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca, marcando con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. El cuestionario recoge además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higiénico-dietético.

“Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido.

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar”¹²³.

Se utilizó la metodología propuesta por Moriyama¹²⁴, para evaluar la calidad de su construcción y la correspondencia de los ítems con la definición operacional y las categorías que la componen. La estructura y formulación de las preguntas del cuestionario fue sometido a un proceso de validación de contenido por criterio de expertos. El cuestionario de validación fue sometido, antes de su aplicación con el objetivo de validación, a un proceso de pilotaje. Fue aplicado a cinco investigadores considerados como expertos, cuyas sugerencias permitieron su corrección. También se realizó un estudio piloto en un grupo de 25 pacientes, para comprobar la comprensión de las preguntas y el

funcionamiento del instrumento. “La consistencia interna se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach de forma global obtenido fue de 0.889. La validez de construcción del cuestionario MBG (Martín-Bayarré-Grau), fue evaluada a través de un análisis factorial de componentes principales utilizando el método de rotación Varimax”¹²⁵.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación.

El presente estudio surge ante la necesidad de conocer las actitudes hacia la muerte y la adherencia terapéutica por parte del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal, y su cuidador primario respectivo, para que el Médico Familiar desarrolle habilidades necesarias para atender al paciente y su familia en relación al manejo de la muerte para enfrentarla abiertamente proporcionando una atención integral en forma multidisciplinaria buscando curar el dolor de la muerte y la desesperanza, teniendo mayor competencia humana y profesional en la atención al enfermo y su familia al término de sus vidas conociendo las estrategias de éstos para enfrentar esta crisis teniendo una visión global de la aplicación de la Tanatología proporcionando opciones de calidad de vida informando sobre el diagnóstico, proporcionando un trato digno, orientando en aspectos tanatológicos y refiriendo de manera formal a un apoyo Tanatológico profesional cuando considere necesario permitiéndoles tener niveles aceptables de ansiedad y estrés ante esta crisis favoreciendo su proceso de aceptación y acceso a una muerte en paz, mejorando la calidad a lo largo del proceso de enfermedad terminal y muerte.

1. Considero que es *importante* porque “la esperanza de vida actualmente es mayor, aumentó 14.8 años entre 1970 y 2010 ubicándose actualmente en un promedio de 75.4 años (77.8 para las mujeres y 73.1 para los hombres)”¹²⁶ se percibe una reducción de los grupos de menor edad y un aumento de los grupos mayores “el descenso de la mortalidad general, el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad están dando lugar a un proceso conocido como envejecimiento poblacional”¹²⁷ condicionando que la pirámide poblacional se invierta. “Para 2010 se estima que en México residen 30.5 millones de personas menores de 15 años (28.1%). Según la estimación del CONAPO, cerca de 29.3 millones tienen entre 15 y 29 años (27%); alrededor de 36.2% entre los 30 a 59 años, mientras que el peso de los adultos mayores es de 8.7%(9.4 millones)”¹²⁸ donde el número de adultos mayores se incrementa así como la esperanza de vida incrementando la prevalencia e incidencia de enfermedades crónico degenerativas principalmente

diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer como las tres principales causas de muerte en México.

También es importante conocer las actitudes ante la muerte del “cuidador primario ya que éste pasa más de la mitad del día (12 horas) al cuidado del enfermo, por lo que viven este proceso de afrontamiento a la muerte de un ser querido siendo afectados en síntomas afecto cognoscitivos como el estado de ánimo, grado de satisfacción con sus actividades, aislamiento, trastornos del sueño, fatigabilidad, pérdida de la libido, es decir, presentan falta de tiempo para realizar sus actividades personales y sociales lo cual influye anímicamente en estas personas ya que su vida se ve transformada junto con la del paciente a su cargo a partir del diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal”¹²⁹ Los cuidadores primarios de éstos pacientes presentan altos porcentajes de cansancio emocional debido a los pensamientos y sentimientos que les provoca ver el deterioro continuo del familiar que está a su cuidado así como bajos porcentajes de realización personal. No existe Síndrome de Burnout sin embargo existe una fuerte tendencia a presentarse por lo mencionado previamente”¹³⁰. Es importante que los cuidadores primarios tengan un mayor autoconocimiento y control sobre sus emociones para evitar las consecuencias de cansancio emocional y su tendencia a la depresión, sería conveniente para los cuidadores y los pacientes el tener más información sobre las consecuencias a nivel físico y psicológico que tiene la Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Diálisis Peritoneal ya que esto podría ayudarles a una mejor aceptación de la enfermedad y actitudes positiva de afrontamiento hacia ésta mejorando la adherencia terapéutica”¹³¹

“En México hay tres tipos de enfermedades que concentran más de 33% de las muertes en mujeres y más de 26% de las muertes en hombres; la Diabetes Mellitus tipo 2, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares”¹³² “la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es la cuarta causa de muerte en mujeres y la quinta en hombres”¹³³ , “la Hipertensión Arterial Sistémica además de ser un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal es la causa directa de un número importante de

muertes en el país”¹³⁴ así también las hepatopatías como son cirrosis hepática, la hepatitis B y C, y las nefropatías Insuficiencia Renal Crónica figuran dentro de las principales en nuestro país. “En cuanto a las neoplasias malignas los tres principales tipos de cáncer que causaron defunciones en las mujeres fueron el de mama 13.8%, cuello del útero 12.1% e hígado 7.6%; mientras que en los hombres fueron el cáncer de próstata 15.7%, tráquea, bronquios y pulmón 14% y estómago 9%”¹³⁵ lo cual demuestra que “actualmente vivimos una transición epidemiológica donde “las enfermedades infecciosas transmisibles han sido desplazadas por las crónico-degenerativas”¹³⁶. Todos estos son motivos por los cuales el Médico Familiar debe mejorar su competencia profesional y calidad humana en el abordaje de enfermedades terminales como la Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal conociendo las actitudes ante la muerte del paciente, su cuidador primario y su familia; “la ansiedad y la depresión son manifestaciones frecuentes como consecuencia de la pérdida de la salud en una enfermedad crónica que cambia considerablemente los hábitos de vida con pérdida de la sensación de independencia y bienestar”¹³⁷ “los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica o que reciben algún tipo de terapia renal sustitutiva enfrentan muchas pérdidas: como ser su trabajo a tiempo completo, lo cual representa un problema de índole económico, la función renal normal, el rol en la familia, la función sexual, el tiempo de movilización, todos estos influyen en la disminución de la calidad de vida del paciente y consecuentemente tiene un impacto negativo entre los que padecen esta enfermedad. A esto le podemos agregar estresores que irán apareciendo como son los efectos de los medicamentos, las limitaciones dietéticas, el miedo a la muerte y la dependencia al tratamiento”¹³⁸ ya que son ellos los que llevarán la continuidad y el seguimiento del paciente a lo largo de los años.

Es *útil* para el personal de salud; Médicos Generales, Familiares e incluso otras especialidades médicas así como para los pacientes y sus familias quienes viven una enfermedad terminal y se encuentran próximos a afrontar la muerte ya que conociendo como viven esta crisis se pueden crear estrategias para una mejor aceptación y adaptabilidad para enfrentar abiertamente esta crisis familiar. Al parecer “la educación sobre la muerte y la formación en

cuidados paliativos han puesto de manifiesto su eficacia en la reducción de los niveles de ansiedad ante la muerte, en lograr una actitud más positiva hacia los ancianos y enfermos terminales y en mejorar la eficiencia en el trato con el enfermo y su familia”¹³⁹. “La educación es el motor de cambio de las sociedades; el resorte por el cual las actitudes pueden cambiar”¹⁴⁰, por lo que debe considerarse prioritario el estudio de las emociones que acompañan al proceso de la muerte para favorecer un soporte emocional necesario para afrontarla.

Es *novedoso* porque hay pocos estudios en relación a cómo vive el paciente renal terminal y su cuidador primario la confrontación con la muerte; así como también la percepción e intervención en este proceso por parte del Médico Familiar, lo cual siempre será una experiencia en que tarde o temprano todo individuo piensa y deberá confrontar, dado que la muerte es un aspecto implícito en la vida misma de todo ser humano.

Es *factible* porque como médico residente me encuentro en un área de trabajo en la que me relaciono con pacientes terminales con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal así como su cuidador primario; ya que me encuentro en formación en la Especialidad de Medicina Familiar la cual es básica dentro de la atención primaria ya que es el primer contacto para el paciente al sistema de salud, además hay información donde apoyarse la cual se ha facilitado con el internet, cuento con el tiempo necesario así como el recurso económico y el interés y motivación necesaria para su realización.

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son las actitudes ante la muerte y, el grado de adherencia terapéutica de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis y su cuidador primario en la Unidad de Medicina Familiar 64?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1 Académica.

Considero que es justificable académicamente debido a que la Insuficiencia Renal es una de las patologías más frecuentes en nuestro país tanto en la población adulta debido a las complicaciones de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial Sistémica entre otras, así como en la población infantil donde aproximadamente el 25% de nuestra población infantil presenta Insuficiencia Renal Crónica; por lo que considero importante que el Médico Familiar presente empatía con su paciente, es decir, que sepa ponerse en el lugar de su paciente para que conociendo la parte biológica, psicológica, social y familiar en la que una patología puede afectar al paciente, el cuidador primario y su familia pueda mejorar la comunicación con él favoreciendo el apego terapéutico de éste, auxiliándose y apoyándose de otras disciplinas como Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Nutrición, durante el proceso de duelo y aceptación de la enfermedad favoreciendo la adaptabilidad del paciente y su familia, para que se auto-responsabilicen mejorando el apego terapéutico y por consiguiente mejorando la calidad de vida del paciente y su núcleo familiar evitando y/o retardando en lo más posible las complicaciones.

También es importante debido a que si el Médico Familiar conoce el enfrentamiento con la muerte que vive el paciente renal en el momento en que debe decidir morir o vivir con lo que implica la Diálisis: un cambio en todos los aspectos de su vida, de su imagen, de su hogar, de su alimentación, de su tiempo, de su cuerpo, de su trabajo actuaría de forma más consciente tratando de evitar las causas modificables de la Nefropatía Crónica incidiendo en la educación propia y la del paciente. La educación propia porque un adecuado manejo de un choque hipovolémico, una deshidratación severa, el manejo de líquidos de un paciente quemado evitando la Insuficiencia Renal Aguda de tipo Prerenal que condicione una Necrosis Tubular Renal por un manejo inadecuado puede prevenir miles de casos, asimismo el manejo correcto de una Cetoacidosis Diabética y un Estado Hiperosmolar, de una paciente con Preeclampsia, un paciente con Hipertrofia Prostática Benigna, Emergencia Hipertensiva, Litiasis Renal y tantas patologías que si el Médico mejorara su acuciosidad y conocimiento médico en el manejo evitaría gran parte de la incidencia de Insuficiencia Renal Crónica.

III.2 Científica.

Considero que científicamente es importante conocer las actitudes ante la muerte del paciente renal y su cuidador primario, ya que está demostrado que lo que se piensa, lo que se siente y lo que se hace se encuentra estrechamente relacionado a como se vive de forma personal la enfermedad, incidiendo en la

capacidad de aceptación y adaptación a la misma, siendo determinante para el grado de apego terapéutico que asumirá el propio paciente, su cuidador primario y su familia con apoyo de la Institución de Salud y el personal médico así como las múltiples disciplinas que participan. Asimismo si conocemos las actitudes ante la muerte podemos fomentar la comunicación y la confianza en el paciente fomentando un adecuado apego terapéutico incidiendo en una cultura de prevención evitando en lo posible el progreso de la enfermedad renal evitando el del paciente manteniendo en lo posible su calidad de vida.

III.3 Social.

Socialmente es importante porque en México la Insuficiencia Renal Crónica es un problema de Salud Pública con una incidencia de aproximadamente 4000 nuevos casos por año, donde el desenlace suele ser el tratamiento con Diálisis Peritoneal o Hemodiálisis con una alta probabilidad pronostica terminal. En nuestro país no contamos con un registro único de enfermedades renales, por lo que se desconoce la verdadera prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica, aunque se estima que uno de cada 9 adultos padece enfermedad renal y que la proporción en niños con enfermedad renal crónica en países desarrollados es aproximadamente de 20 a 25% deduciendo que existen en nuestro país de 3mil a 6mil niños con este problema.

Asimismo de acuerdo al Reporte de Salud Mundial de la Organización Mundial de Salud y al Proyecto de Carga Global de la Enfermedad, las enfermedades renales y del tracto urinario contribuyen con aproximadamente 850,000 muertes cada año y 15,010,167 años de vida saludable ajustados por discapacidad. Esta enfermedad es la 12ª causa de muerte y la 17ª causa de discapacidad en el mundo, y la 10ª causa de muerte en nuestro país contribuyendo con el 28% de todas las muertes (INEGI 2009).

Es evidente notar que la incidencia y prevalencia de los pacientes renales terminales se incrementa, por ejemplo en la población más joven en la edad de 15 a 25 años es de aproximadamente un 25% y la mayoría de ellos interrumpe sus estudios por discriminación, por falta de tiempo y apoyo por el sistema escolar, etc., lo cual repercute en la educación y la cultura del paciente lo cual es determinante para la actitud de éste ante su enfermedad. El otro porcentaje de pacientes de 26 a 55 años implica aproximadamente un 43% son población activamente productiva que se encuentra laborando y que un descontrol metabólico o complicaciones propias de la enfermedad implica incapacidad y pérdida de la productividad laboral. Cabe mencionar también que los pacientes mayores de 55 años padecen co-morbilidad con otras patologías lo cual favorece complicaciones, internamientos hospitalarios y pobre pronóstico implicando un mayor gasto para las Instituciones de Salud, mayor desgaste para el paciente y su familia sin que esto necesariamente garantice el mejorar la calidad de vida.

III.4 Económica.

En prácticamente todo el mundo se ha demostrado un incremento dramático en la prevalencia e incidencia de la Enfermedad Renal Crónica . El Registro Estatal de Diálisis y Trasplante de Jalisco ha informado un aumento continuo en el número de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. En términos de incidencia, la cifra se incrementó de 92 pacientes por millón de habitantes en 1999 a 372 pacientes por millón de habitantes en el año, lo cual constituye la segunda cifra más alta del mundo.

El costo del tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal es extremadamente caro. En países como Estados Unidos, el tratamiento de esta entidad en el año 2007 fue de 24 mil millones de dólares en el sistema Medicare. En México en el año 2005 en el Instituto Mexicano del Seguro Social el 21% del gasto total del mayor programa (Seguro de Enfermedades y Maternidad) se invirtió en tan sólo 0.7% de los derechohabientes, cifra que correspondió a la población con Insuficiencia Renal Crónica Terminal de esa institución.

Se revisaron los expedientes de 459 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica incluidos en los programas de Diálisis peritoneal y hemodiálisis en el departamento de nefrología del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza durante 1 año en 1986, la diálisis peritoneal continua ambulatoria tuvo el valor costo efectividad mayor \$8,705 por cada mes de supervivencia. El costo efectividad incremental en DPCA fue de \$7,186 pesos por mes de vida adicional. La alternativa de hemodiálisis fue dominada por la DPCA y por las dos modalidades de diálisis peritoneal intermitente, mecánica y manual. En las diversas alternativas de diálisis, la probabilidad de llevar a cabo un trasplante renal fue más costo efectiva en la DPCA \$7,675 mientras que el valor más bajo se encontró en diálisis peritoneal intermitente mecánica y en hemodiálisis, podemos ver que los costos son muy elevados para una Institución de Salud lo cual es imposible cubrir por el paciente de forma particular por lo que es importante e indispensable incidir en la educación y en la prevención para evitar llegar a Insuficiencia Renal Crónica KDOQUI V con tratamiento sustitutivo.

IV. HIPÓTESIS

El paciente con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal y su cuidador primario que tienen actitudes de evitación y miedo a la muerte presentan una adherencia terapéutica total.

IV.1. Elementos de la hipótesis.

. IV.1.1.- Unidades de Observación

- Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal
- Cuidador primario

IV.1.2.- Variables

IV.1.2.1.- Independiente: actitudes de evitación y miedo a la muerte

IV.1.2.2.- Dependiente: adherencia terapéutica total

IV.1.3.- Elementos lógicos de relación: El, y, su, que, tienen, presentan, una

V. OBJETIVOS

V.1 General.

Conocer las actitudes ante la muerte y el grado de adherencia terapéutica, en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal y su cuidador primario.

V.2.Específicos.

- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación al género.
- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación al grupo de edad.
- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación al grado de escolaridad.
- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación a la religión
- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación a la ocupación
- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación al estado civil
- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en base al parentesco con el cuidador primario
- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación al tiempo de diagnóstico de la Insuficiencia Renal Crónica
- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación al tiempo de evolución con tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal
- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación al número de internamientos hospitalarios
- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación al tiempo del último internamiento hospitalario

- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación al número de veces de cambio de catéter
- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación a la actitud ante la muerte que se encuentre con mayor frecuencia según el Perfil Revisado de Actitudes ante la muerte de Wong, Reker y Gesser
- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación a la actitud ante la muerte en segundo lugar de frecuencia que se encuentre según el Perfil Revisado de Actitudes ante la muerte de Wong, Reker y Gesser
- Conocer la distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en base a la evaluación de Adherencia Terapéutica de Martín-Bayarré-Grau
- Conocer la distribución de los cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación al género
- Conocer la distribución de los cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación a la edad
- Conocer la distribución de los cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación al grado de escolaridad
- Conocer la distribución de los cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación al tipo de religión
- Conocer la distribución de los cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación a la ocupación
- Conocer la distribución de los cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación al estado civil
- Conocer la distribución de los cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación a la actitud ante la muerte encontrada con mayor frecuencia según el Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte de Wong, Reker y Gesser
- Conocer la distribución de los cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en relación a la actitud ante la muerte encontrada en segundo

lugar de frecuencia según el Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte de Wong, Reker y Gesser.

- Conocer la distribución de los cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal en base a la Evaluación de Adherencia Terapéutica de Martín-Bayarré-Grau
- Conocer el grado de adherencia terapéutica del paciente renal según el instrumento de Martín Bayarré-Grau en relación al tiempo de evolución desde el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, duración con el tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal continua ambulatoria, tiempo transcurrido desde el último internamiento hospitalario.
- Conocer la actitud ante la muerte de aceptación de acercamiento en relación a la religión en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal.
- Conocer de acuerdo a la edad en años de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal en relación al grado de ansiedad ante la muerte.
- Conocer la relación entre la ocupación y el género del cuidador primario del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Diálisis

VI. MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio. Observacional, Transversal, Descriptivo

VI.2.Diseño del estudio. De marzo a julio del 2011 se realizó la selección del tema de investigación, posteriormente de agosto a diciembre del 2011 el investigador se dio a la tarea de buscar bibliografía para profundizar su conocimiento en relación al tema, a partir de enero a julio del 2012 se trabajó en la elaboración del protocolo, periodo durante el cual se realizaron múltiples asesorías programadas por el asesor y el investigador invitado para ostentar la presentación ante comité, por consiguiente la presentación del anteproyecto al Comité Local de Investigación para aprobación y así la autorización de realización.

Se realizó el trabajo de campo en el que se integró la muestra durante el mes de agosto del 2012. En este punto se desarrolló la aplico el instrumento de Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte de Wong, Reker y Gesser, PAM-R, y el Cuestionario para la evaluación de adherencia terapéutica: MBG Martín-Bayarré-Grau; con llenado previo del Consentimiento Informado, localizando a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal y su cuidador primario en los pasillos de la UMF 64.

La recolección de resultados, el vaciado de los mismos así como el procesamiento de la información se realizó con el programa SPSS durante el mes de agosto del presente año. Los análisis estadísticos incluyen Estadística Descriptiva, impactando los resultados en cuadros y diagramas de sectores así como medidas de tendencia central para describir algunas variables socio demográficas, realizando conclusiones y sugerencias en octubre del presente año, para así presentarlo para revisión del trabajo de investigación terminado ante el Comité Local de Investigación.

VI.3. Operacionalización de variables.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR	ITEM
GÉNERO	Elemento de la gramatical que indica el sexo y que clasifica los sustantivos, adjetivos, pronombres y artículos en masculino, femenino y neutro.	Elemento gramatical que indica el sexo, clasificándolo como femenino y masculino.	CUALITATIVA NOMINAL	1. FEMENINO 2. MASCULINO	1
GRUPO DE EDAD	Indica el tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha	Indica el tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha	CUANTITATIVA DISCRETA	1. 15 A 25 AÑOS 2. 26 A 35 AÑOS 3. 36 A 45 AÑOS 4. 46 A 55 AÑOS 5. 56 A 65 AÑOS 6. 66 AÑOS Y MÁS	2
ESCOLARIDAD	Nivel de estudios académicos realizados y avalados por la SEP, tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela.	Nivel de estudios académicos realizados y avalados por la SEP, tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela.	CUALITATIVA ORDINAL	1. ANALFABETA 2. PRIMARIA 3. SECUNDARIA 4. PREPARATORIA 5. LICENCIATURA 6. CARRERA TECNICA 7. OFICIO	3
RELIGIÓN	Conjunto de creencias acerca de la divinidad, con normas morales para la conducta individual y social.	Conjunto de creencias acerca de la divinidad, con normas morales para la conducta individual y social.	CUALITATIVA NOMINAL	1. CATÓLICO 2. ATEO 3. TESTIGO DE GEHOVA 4. CRISTIANO 5. JUDIO 6. OTRAS	4
OCUPACIÓN	Actividad a la que dedica la mayor parte del tiempo una persona; empleo u oficio, puede ser o no remunerada	Actividad a la que dedica la mayor parte del tiempo una persona; empleo u oficio, puede ser o no remunerada	CUALITATIVA NOMINAL	1. ESTUDIANTE 2. HOGAR 3. EMPLEADO 4. PENSIONADO 5. DESEMPLEADO	5

ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez.	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez.	CUALITATIVA NOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. SOLTERO (A) 2. CASADO (A) 3. UNIÓN LIBRE 4. VIUDO (A) 	6
CUIDADOR PRIMARIO	Persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario de los pacientes	Persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario de los pacientes con IRC en tratamiento con Diálisis Peritoneal	CUALITATIVO NOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. PADRE 2. MADRE 3. HERMANA (O) 4. HIJA (O) 5. TIA (O) 6. CONYUGUE 7. SOBRINA (O) 	7
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	Conocimiento en relación a la variable tiempo en relación a la fecha de realización del Diagnóstico, tomando en cuenta el tiempo de evolución a partir del Diagnóstico.	Conocimiento en relación a la variable del tiempo de evolución desde el Diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica independiente de la modalidad de tratamiento.	CUALITATIVO ORDINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. MENOS DE 6 MESES 2. MAS DE 6 MESES PERO MENOS DE 1 AÑO 3. DE 1 A 3 AÑOS 4. DE 3 A 5 AÑOS 5. DE 5 A 10 AÑOS 6. MAS DE 10 AÑOS 	8
TIEMPO DE EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE DIÁLISIS PERITONEAL	Tiempo de evolución a partir del cual el paciente se encuentra bajo la modalidad del tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal	Tiempo de evolución a partir del cual el paciente se encuentra bajo la modalidad del tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal	CUALITATIVO ORDINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. MENOS DE 6 MESES 2. MAS DE 6 MESES PERO MENOS DE 1 AÑO 3. DE 1 A 3 AÑOS 4. DE 3 A 5 AÑOS 5. DE 5 A 10 AÑOS 6. MAS DE 10 AÑOS 	9
NUMERO DE INTERNAMIENTOS HOSPITALARIOS	Número de ocasiones en las cuales el paciente ha requerido permanecer	Número de ocasiones en las cuales el paciente con IRC ha requerido	CUANTITATIVO ORDINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. UNA OCASIÓN 2. DOS A TRES VECES 3. CUATRO VECES O MÁS 4. NINGUNA 	10

	intrahospitalaria mente para el tratamiento de su padecimiento	permanecer intrahospitalari amente para el tratamiento de su Nefropatía			
TIEMPO TRANS- CURRIDO DESDE EL ULTIMO INTERNAMIEN- TO HOSPITALARIO	Tiempo transcurrido desde la última estancia intrahospitalaria para el tratamiento médico de su patología hasta momento actual de la entrevista	Tiempo transcurrido desde la última estancia intrahospitalari a para el tratamiento de la IRC hasta el momento actual de la entrevista	CUANTITATIV A ORDINAL	1. MENOS DE UN MES 2. DE 1 A 3 MESES 3. DE 3 A 6 MESES 4. DE 6 MESES A 1 AÑO 5. DE 1 A 3 AÑOS 6. MAS DE 3 AÑOS 7. NINGUNO	11
NUMERO DE VECES DE CAMBIOS DE CATETER	Número de ocasiones en las cuales se realizó el procedimiento quirúrgico de cambio de catéter para Diálisis	Número de ocasiones en las cuales se realizó el procedimiento quirúrgico de cambio de catéter para Diálisis	CUANTITATIV O ORDINAL	1. NINGUNO 2. UNCAMBIO 3. DOS CAMBIOS 4. TRES CAMBIOS 5. MAS DE TRES CAMBIOS	12

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ITEM
ACTITUDES ANTE LA MUERTE	“Disposición de ánimo voluntaria frente a un aspecto que engloba componente cognitivo, afectivo y conductual” Joaquín Limonero ¹⁴¹	Disposición de ánimo voluntaria frente la muerte que engloba componente cognitivo, afectivo y conductual del paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal y su cuidador primario	CUALITATIVA NOMINAL	ACTITUD: 1. ACEPTACIÓN DE ACERCAMIENTO 2. EVITACIÓN DE LA MUERTE 3. ACEPTACIÓN DE ESCAPE 4. MIEDO A LA MUERTE 5. ACEPTACIÓN NEUTRAL	14

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ITEM
ADHERENCIA TERAPEUTICA	“Implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” Libertad Martín Alfonso et. al.	Implicación activa y voluntaria del paciente con IRC en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal, y su cuidador primario en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado	CUALITATIVA ORDINAL	ADHERENCIA: PARCIAL TOTAL NO ADHERIDO	16

VI.4 Universo de Trabajo y muestra

Un total de 55 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis y sus familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 64, Muestra obtenida mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.

VI.4.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal con antigüedad mínima de dos meses, de cualquier turno, cualquier edad
- Cuidador primario de cada paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con Diálisis Peritoneal
- El paciente y su cuidador primario acepten voluntariamente contestar el Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte de Wong, Reker y Gesser, PAM-R y el Cuestionario para la evaluación de adherencia terapéutica: MBG Martín-Bayarré-Grau, así como el consentimiento informado.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sin Tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal, es decir, pacientes con hemodiálisis o quienes no se dializan.
- Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal con problemas de ceguera, sordera, mudez, o con deterioro cognitivo evidente o grave
- Cuando se nieguen a firmar el consentimiento informado, el paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal o su cuidador primario
- Paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal o su cuidador primario que hayan sufrido una pérdida de un familiar próximo o alguien muy querido en los últimos 6 meses.
- Paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal o su cuidador primario que hayan vivido la experiencia personal de convivir con un enfermo grave en su familia o alguien muy querido, en los últimos 6 meses.

VI.4.3 Criterios de eliminación.

- Paciente y su respectivo cuidador primario que no contesten completamente el instrumento aplicado: Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte de Wong, Reker y Gesser, PAM-R, la Escala de Ansiedad ante la

Muerte de Templer (EAM) y el Cuestionario para la evaluación de adherencia terapéutica: MBG Martín-Bayarré-Grau.

- Paciente y su respectivo cuidador primario que no haya firmado el Consentimiento Informado.
- Aquellos pacientes que cambien de adscripción.
- Cuando se decidan retirar voluntariamente de la investigación ya sea el paciente, su cuidador primario o ambos

VI.5. Instrumento de Investigación

VI.5.1 Descripción

PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE PAM-R

Se han desarrollado varios instrumentos para evaluar las actitudes hacia la muerte. Los términos miedo a la muerte y ansiedad ante la muerte se usan de manera indistinta en la bibliografía, sin embargo son conceptos diferentes, “el miedo es específico y consciente; la ansiedad es generalizada e inaccesible a la conciencia”¹⁴² “Erickson mencionaba que en la última fase de desarrollo se tiene que resolver la crisis de integridad versus desesperanza. La integridad es un estado de la mente: la convicción de que la vida ha valido la pena y ha tenido sentido y la resolución de la discrepancia entre la realidad y el ideal.

Los sujetos que son capaces de alcanzar la integridad pueden afrontar la muerte sin miedo. Los sujetos que sienten que han malgastado su vida y que es demasiado tarde para empezar de nuevo es probable que experimenten desesperanza y miedo a la muerte. Por lo tanto, el hecho de aceptar o temer a la muerte depende en gran parte de si se ha aprendido a aceptar el ciclo vital”¹⁴³. “Los sujetos que ven sus vidas como plenas y significativas deberían mostrar menos ansiedad ante la muerte y más aceptación de la misma”¹⁴⁴ se ha visto una correlación significativa entre la satisfacción subjetiva con el propio pasado y la aceptación de la muerte.

“El PAM-R Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte es un instrumento multidimensional de medida de las actitudes ante la muerte, es una revisión del PAM Perfil de Actitudes hacia la Muerte el cual consistía en cuatro dimensiones:

- a) miedo a la muerte/al proceso de morir (pensamientos y sentimientos negativos respecto a la muerte y al proceso de morir),
- b) aceptación de acercamiento (la visión de la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la muerte) y
- c) aceptación de escape (la visión de la muerte como el escape de una existencia dolorosa)
- d) aceptación neutral (la visión de la muerte como una realidad que ni se teme ni se le da la bienvenida).

Aunque tanto el miedo a la muerte como su evitación presuponen una actitud negativa, hay que hacer una distinción entre las dos. En el miedo la persona confronta la muerte y los sentimientos de miedo que ésta evoca. En la evitación, la persona evita pensar o hablar sobre ésta para reducir la ansiedad. Por lo tanto la evitación es un mecanismo de defensa que mantiene a la muerte fuera de la conciencia. Debido a éste último punto de que dos personas pueden tener una actitud negativa hacia la muerte, pero una siempre muestra un alto grado de miedo, mientras que la otra lo muestra de evitación, ésta consideración llevó a incluir la subescala de evitación de la muerte, de siete ítems, en el PAM-R, por lo que la PAM original de 21 ítems se amplió a 36.

VI.5.2 Validación

La fiabilidad del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte va de buena a muy buena, ya que los coeficientes alfa oscilaban entre uno bajo de .65 (aceptación neutral) a uno alto de .97 (aceptación de acercamiento); los coeficientes de estabilidad oscilaban entre uno bajo de .61 (evitación de la muerte) a uno alto de .95 (aceptación de acercamiento)”¹⁴⁵.

Una ventaja del PAM-R es que representa la ventaja de que muestra un amplio espectro de actitudes ante la muerte, oscilando de la evitación a la aceptación neutral y de aquí a la aceptación de acercamiento. Sus 5 componentes son:

- 1) Aceptación de acercamiento
- 2) Miedo a la muerte
- 3) Evitación de la muerte
- 4) Aceptación de escape
- 5) Aceptación neutral

VI.5.3 Aplicación

El PRAM es más exhaustivo y conceptualmente más puro. El PRAM representa un amplio espectro de actitudes hacia la muerte, oscilando de la evitación a la aceptación neutral y de aquí a la aceptación de acercamiento. Las opciones de respuesta se manejan con una escala tipo Likert correspondiendo:

- 1: Totalmente en desacuerdo
- 2: Desacuerdo
- 3: De acuerdo
- 4: Totalmente de acuerdo

Cada actitud es evaluada por determinados reactivos mostrados en la Tabla 3 que se muestra a continuación:

DIMENSIÓN	ÍTEMS
Aceptación de acercamiento (10 ítems)	4, 8, 13, 15,16, 22, 25, 27, 28, 31
Evitación de la muerte (5 ítems)	3, 10, 12, 19, 26
Aceptación de escape (5 ítems)	5, 9, 11, 23, 29
Miedo a la muerte (7 ítems)	1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
Aceptación neutral (5 ítems)	6, 14, 17, 24, 30

Tabla 3. Dimensiones de PRAM, Wong et. al.

Se realiza la sumatoria de los reactivos para cada actitud y en base al total de cada una se puede determinar qué actitud predomina.

VI.5.1 Descripción

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA: MBG MARTÍN-BAYARRÉ-GRAU

La adherencia terapéutica se ha conceptualizado por la OMS en el año 2004 como “el grado en que el comportamiento de una persona: tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”¹⁴⁶. Otra definición manifiesta “implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”¹⁴⁷

Categorías que componen la definición de adherencia terapéutica propuestas para la confección del cuestionario de evaluación:

- Cumplimiento del tratamiento: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas.
- Participación activa en el cumplimiento: es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento: es la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.
- Aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y su médico: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para elaborar la estrategia a seguir para garantizar el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.

“Se elaboró un cuestionario de autorreporte, corto y sencillo, de fácil aplicación y entendible por parte del paciente para realizar la evaluación rápida del nivel de adhesión o no que tiene el paciente al tratamiento médico indicado. Se reconoció que el reporte del paciente resulta ser más confiable y ajustado, que la información dada por los propios médicos y familiares”¹⁴⁸

VI.5.2 Validación

“La necesidad de validar el cuestionario elaborado, para ofrecerlo a la comunidad científica y recomendar su uso, ha sido satisfecha hasta este momento, a través de una validación de contenido por criterio de expertos, la evaluación de la confiabilidad interna y el análisis de la validez de construcción lógica.

La validación de contenido se refiere al grado en que la prueba que se está usando, representa y es capaz de expresar la característica que se investiga; con esta se determina si el instrumento incluye todos los aspectos del concepto estudiado. Esta alternativa de validez concierne al grado de rigor con que el instrumento contempla el entorno teórico en el que se inscribe la categoría sintetizada”¹⁴⁹

Se utilizó la metodología propuesta por Moriyama¹⁵⁰, para evaluar la calidad de su construcción y la correspondencia de los ítems con la definición operacional y las categorías que la componen. La estructura y formulación de las preguntas del cuestionario fue sometido a un proceso de validación de contenido por criterio de expertos.

El cuestionario de validación fue sometido, antes de su aplicación con el objetivo de validación, a un proceso de pilotaje. Fue aplicado a cinco investigadores considerados como expertos, cuyas sugerencias permitieron su corrección. También se realizó un estudio piloto en un grupo de 25 pacientes, para comprobar la comprensión de las preguntas y el funcionamiento del instrumento.

“La consistencia interna se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach de forma global obtenido fue de 0.889. La validez de construcción del cuestionario MBG (Martín-Bayarré-Grau), fue evaluada a través de un análisis factorial de componentes principales utilizando el método de rotación Varimax”¹⁵¹.

VI.5.3 Aplicación

Se confeccionaron los ítems en forma de 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca, marcando con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. El cuestionario recoge además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad, fecha del último internamiento hospitalario, número de veces en que se ha tenido que cambiar el catéter, etc.

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos,

Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido.

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

VI.6. Desarrollo del Proyecto

Con la técnica de entrevista se aplicaron los instrumento de Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte de Wong, Reker y Gesser, PAM-R y el Cuestionario para la evaluación de adherencia terapéutica: MBG Martín-Bayarré-Grau; con llenado previo del Consentimiento Informado, localizando a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal y su cuidador primario en los pasillos de la UMF 64; para contar con los elementos cualitativos que permitieron llegar a conclusiones y sugerencias.

VI.7 Límite de espacio

Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en Avenida de los Bomberos s/n Colonia Tequesquahuac, en Tlalnepantla, Estado de México.

VI.8 Límite de tiempo

Durante el periodo de septiembre del 2011 a agosto del 2012.

VI.9 Diseño de análisis

El análisis estadístico se realizó mediante el cálculo de razones, proporciones y tasas, impactando los resultados en cuadros y diagramas de sectores así como medidas de tendencia central para describir algunas variables socio demográficas del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis y su Cuidador Primario.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.

De acuerdo al informe Belmont es un documento en el que se establecen los principios éticos básicos que deben regir la investigación biomédica, en la investigación que incluye seres humanos manejando los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia.

En cuanto al *respeto* a las personas en este estudio todos los individuos fueron tratados como personas autónomas, se les informó de forma precisa y suficiente de lo que trata este trabajo de investigación favoreciendo de esta manera su participación libre y voluntaria, se realizó una entrevista con la cual se busca conocer las actitudes ante la muerte de la familia y el paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal,

Con respecto a la *Beneficencia* esta investigación busca la valoración integral del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal conociendo las actitudes de éste y su cuidador primario ante la muerte empleando estrategias para disminuir la ansiedad y el estrés promoviendo el conocimiento del proceso de morir para enfrentarlo de forma abierta y natural, situando los obstáculos culturales, sociales y personales ante la muerte para orientar al paciente y su cuidador primario para enfrentar de la mejor manera esta crisis así como también para capacitar a los futuros médicos familiares para atender a las personas en este momento final de la vida con mayor competencia y calidad humana, conociendo el proceso de la enfermedad terminal, la agonía, la muerte y los procesos de duelo así como tener una visión global en la aplicación de la Tanatología enriqueciendo la atención médica que recibe un enfermo terminal en relación a la información de su diagnóstico, el trato digno, la orientación en aspectos tanatológicos y la referencia de manera formal a un apoyo Tanatológico profesional en caso necesario.

Por último en cuanto al principio de *Justicia* todos tienen el mismo derecho de participar, tanto el paciente como su cuidador primario, y el personal médico recibirán los beneficios de la investigación, el beneficio será directamente con cada paciente encuestado porque en caso de detectarse alguna alteración se le informará al Médico Familiar con el cual se lleve su control para que de forma oportuna realice las intervenciones pertinentes. Los beneficios serán aplicables a la población general y como se dijo anteriormente incluso a los

mismos Médicos, ya que el enfrentar la muerte es una crisis que todos vivimos en algún momento ya sea en forma personal o bien en relación algún ser querido; por lo que el conocer más acerca de éste proceso nos permitirá disminuir la ansiedad al vivir esta experiencia. Se atenderá a cada paciente y su cuidador primario, de acuerdo a su necesidad individual, conociendo sus requerimientos dependiendo de las respuestas expresadas en el instrumento aplicado, llenando previamente de forma voluntaria el consentimiento informado.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista.

M.C. Teresa González Gómez.

Director de Tesis:

M: EN I.C. Luis Rey García Cortés

IX. RESULTADOS

La distribución de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Sustitutivo de Diálisis encuestados distribuidos por género correspondió a 53% masculino y 47% femenino. **(Tabla y gráfica 1)**

Con respecto a la edad del rango del 15 a 45 años se ve implicado un 52.7% de la muestra, y de 46 años o más se implica un 47.3% de la población; observando que se afecta una gran cantidad de población económicamente activa y en edad reproductiva, asimismo observamos que se presenta en un 21.8% a edades tempranas de 15 a 25 años de edad, por lo que es importante enfocarnos en la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo el rango de edad que predominó en porcentaje fue de 56 a 65 años con un 25.5% seguido de el rango de 15 a 25 años con un 21.8%. **(Tabla y Gráfica 2)**

En relación a la escolaridad predomina el nivel primaria con 30.9% y en segundo lugar secundaria con 23.6%, sumando un 54.5%; llama la atención que la población analfabeta es de 9.1% y el nivel primaria de 30.9%; lo cual refleja la baja escolaridad y la escasa educación de nuestra población mexicana, lo cual repercute no sólo en el poder adquisitivo, la cultura, los mitos, la adherencia terapéutica y sobre todo es determinante en el cuidado de la salud. **(Tabla y gráfica 3)**

En cuanto a la religión de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis se observa que el 90.9% de ellos son católicos, un 5.5% de cristianos y un 3.6% de ateos; encontrando que el 96.4% de la muestra total son creyentes reflejando claramente la religiosidad que caracteriza al mexicano. **(Tabla y gráfico 4)**

Asimismo observamos la distribución del paciente renal en tratamiento de Diálisis en relación a su ocupación donde sólo el 25% correspondiente a 3 pacientes es estudiante a pesar de que la población de 15 a 25 años correspondía a 12 pacientes. Por otro lado el 40% de ellos son empleados por lo que casi la mitad de la muestra son económicamente activos, y llama la atención que hay un 5.5% desempleados. **(Tabla y gráfico 5)**

De acuerdo al estado civil el 54.5% son casados y 3.6% se encuentran en unión libre, por lo que el más de la mitad de la muestra el 58.1% cuentan con el apoyo conyugal. También observamos que el 40% son solteros, lo cual probablemente tenga relación con el rango de edad de los pacientes jóvenes encuestados. **(Tabla y gráfico 6)**

En cuanto al cuidador primario podemos observar que corresponde al conyugue en 32.7%, seguido de la madre con 30.9% y posteriormente hijo (a) en un 21.8%, observando que en su mayoría son familiares directos. **(Tabla y gráfico 7)**

En relación al tiempo de diagnóstico de la Insuficiencia Renal Crónica podemos observar que el 43.6% corresponde de 1 a 3 años de evolución, seguido por los de menos de 6 meses y de 3 a 5 años quienes presentaron 18.2%. Es importante hacer notar que sólo el 7.3% de la muestra corresponde a más de 10 años. **(Tabla y gráfico 8)**

En relación al tiempo de Tratamiento Sustitutivo de Diálisis Peritoneal de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica el tiempo predominante de diálisis en nuestra muestra fue de 38.2% para los pacientes con menos de 6 meses, seguido del grupo de pacientes de 1 a 3 años con 27.3% y únicamente un 9.1% correspondiente a 5 pacientes con 5 a 10 años de tiempo de tratamiento con Diálisis. **(Tabla y gráfico 9)**

En relación al número de internamientos hospitalarios posterior al inicio del tratamiento con Diálisis Peritoneal el 40% de la muestra presenta 4 ó más internamientos; presentándose únicamente un 3.6% correspondiendo a 2 pacientes que se encuentran sin ningún internamiento. **(Tabla y gráfico 10)**

En relación al tiempo del último internamiento hospitalario más de la mitad de la muestra presenta un lapso menor a un mes 61.8%, llama la atención que el 87.3% de los pacientes se ha internado en el último año y sólo un paciente que corresponde a 1.8% se ha mantenido sin internamiento hospitalario posterior al inicio de la Diálisis. **(Tabla y gráfico 11)**

En relación al número de veces en que se ha realizado cambio de catéter podemos ver que predomina ningún cambio con 43.6%, seguido de un cambio con 36.4%, presentando más de 3 cambios únicamente un paciente correspondiente al 1.8%. **(Tabla y gráfico 12)**

En relación a la aplicación del instrumento del Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte como primera actitud en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis predominó la actitud de Aceptación de Acercamiento la cual implica la creencia en una vida feliz después de la muerte abarcando un 94.5% con 52 pacientes, es importante notar que sólo un 3.6% que corresponde a 2 pacientes manifiestan como primera actitud una Aceptación Neutral de la Muerte. **(Tabla y gráfico 13)**

La segunda actitud de acuerdo al Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte fue la de Miedo a la Muerte con 67.3% seguida por la Actitud de Aceptación Neutral con 25.5%. **(Tabla y gráfico 14)**

En cuanto a la Evaluación de Adherencia Terapéutica de Martín-Bayarré-Grau se encontró que el 54.5% manifiesta una adherencia total y un 45.5% una adherencia parcial, no encontrándose ningún paciente sin adherencia terapéutica. **(Tabla y gráfica 15)**

Ahora analizaremos a los Cuidadores Primarios de nuestro estudio. Primeramente en relación al género encontramos un predominio del sexo femenino con 76.4% y un 23.6% de sexo masculino. **(Tabla y gráfica 16)**

En relación a la edad del cuidador primario predomina el rango de 46 a 55 años con 32.7%, seguido por el rango de 26 a 35 años con 20%. Por lo que el 89.1% de los cuidadores primarios se encuentran dentro del rango de 26 a 65 años. **(Tabla y gráfica 17)**

En cuanto a la escolaridad de los cuidadores primarios encontramos que el 34.5% cuenta con preparatoria, seguido por el 27.3% con primaria; sólo un cuidador primario correspondiente a 1.8% es analfabeta y únicamente el 12.7% cuentan con licenciatura. **(Tabla y gráfica 18)**

En cuanto a la religión el 100% de los cuidadores primarios son creyentes, donde el 92.7% son católicos y 7.3% son cristianos. **(Tabla y gráfica 19)**

En relación a la ocupación el 61.8% de los cuidadores primarios se dedican al hogar y sólo el 36.4% son empleados. **(Tabla y gráfica 20)**

En cuanto al estado civil el 76.4% de los cuidadores primarios se encuentran casados y el 5.5% en unión libre, lo cual nos sugiere que en el 81.9% se encuentra involucrado el subsistema conyugal. El 16.4% de los cuidadores primarios corresponden al estado civil soltero (a) y únicamente un 1.8% corresponde a viudez. **(Tabla y gráfica 21)**

En relación a la aplicación del instrumento del Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte como primera actitud de los Cuidadores Primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis predominó la actitud de Aceptación de Acercamiento la cual implica la creencia en una vida feliz después de la muerte abarcando un 98.2% con 54 pacientes, es importante notar que sólo un 1.8% que corresponde a 1 paciente manifestó como primera actitud una Aceptación Neutral de la Muerte. **(Tabla y gráfica 22)**

La segunda actitud de acuerdo al Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte fue la de Miedo a la Muerte con 72.7% seguida por la Actitud de Aceptación Neutral con 20.0%. **(Tabla y gráfico 23)**

En cuanto a la Evaluación de Adherencia Terapéutica de Martín-Bayarré-Grau del Cuidador Primario se encontró que el 70.9% manifiesta una adherencia total y sólo un 29.1% manifestó una adherencia parcial, no encontrándose ningún cuidador primario sin adherencia terapéutica. **(Tabla y gráfica 24)**

En la **Tabla 25** observamos la relación de la Adherencia Terapéutica con algunas variables que explicaremos a continuación. Cuando el diagnóstico de la Insuficiencia Renal Crónica es reciente, es decir, menos de 6 meses la adherencia terapéutica total y parcial son del 50%, conforme aumenta el tiempo de evolución de 1 a 3 años se observa la mayor adherencia al tratamiento, ya que predomina la adherencia total, conforme aumenta el tiempo de evolución, es decir, cuando es mayor a 10 años nuevamente decae la adherencia terapéutica al 50% total y parcial respectivamente.

La actitud de acercamiento que implica la creencia en una vida feliz después de la muerte se relaciona directamente con los pacientes creyentes, ya que de 52 pacientes que presentaron ésta actitud 51 son creyentes, de los que 48 son católicos y 3 son cristianos. **(Tabla 26)**

Los pacientes jóvenes de 15 a 25 años presentan en su mayoría ansiedad mínima en comparación con los pacientes de 66 años o más en los que predomina la ansiedad moderada. **(Tabla 27)**

Se encontró que los cuidadores primarios femeninos se dedican más al hogar en comparación con los masculinos que son empleados. **(Tabla 28)**

X.- DISCUSIÓN

En el presente estudio dentro de los datos sociodemográficos observamos una prevalencia similar en relación al género, ya que 53% correspondió a masculino y 47% al femenino, esto es compatible con la literatura médica, ya que en la Guía de Práctica Clínica de Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana se reporta que “el sexo masculino se ha implicado en la aparición de lesiones renales en modelos animales, estudiando la presencia de andrógenos como promotora de daño renal, pero su extrapolación a humanos no ha sido demostrada, ya que los estudios en humanos han resultado contradictorios y no son concluyentes”¹⁵², por lo que el sexo masculino no se considera como factor predisponente de Enfermedad Renal Crónica, lo cual es compatible con el hecho de que la prevalencia sea similar en hombres y mujeres.

En relación a la edad cabe hacer notar que del rango de 15 a 25 años se encuentran 12 pacientes que equivale a 21.8% de la muestra encuestada, lo cual muestra que la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica está incrementándose a edades más tempranas, concuerda con Medeiros Mara y Muñoz Arizpe Ricardo en su artículo Enfermedad Renal en niños: Un problema de Salud Pública donde se menciona “que hay un incremento de la Enfermedad Renal Crónica en niños, aunque las causas no se conocen bien, la proporción de niños con enfermedad renal crónica en países desarrollados es de aproximadamente 20 a 25%”¹⁵³ lo cual es semejante con lo encontrado en nuestro estudio.

En el estudio se encontró que el parentesco del cuidador primario que predominó fue un familiar directo en 96.4% de los pacientes que lo cual concuerda con García García Carmen Adriana y Otero Venegas Yasmín en su artículo Depresión y Burnout en cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que “reporta que el 89% de los cuidadores primarios fue de primer grado, es decir, esposos, hijos y padres”¹⁵⁴ asimismo la edad promedio del cuidador primario encontrado en nuestro estudio fue de 46 a 55 años, compatible con la referencia previamente citada donde se reporta que “la edad promedio de los cuidadores primarios fue de 50.22, y el 90% de los cuidadores estudiados tienen una edad superior a los 40 años”¹⁵⁵, asimismo encontramos que en el cuidador primario predominó el género femenino con 76.4% con ocupación hogar en 61.8%, con parentesco conyugue en 32.7% lo cual concuerda con la referencia citada donde se menciona que “el

perfil del cuidador es mujer, en su mayor parte esposas o hijas del paciente, ama de casa y co-residente con el enfermo”¹⁵⁶ lo que demuestra que es más probable encontrar a una mujer que se encargue del cuidado de un paciente y más si es su familiar; además en la Tabla 32 observamos que de los cuidadores primarios de 66 años ó más implica el 50% y son conyugues del paciente renal, donde la literatura mencionada explica “que existe un grupo importante de cuidadores mayores de 65 años ó más sobre un 25% generalmente conyugues del enfermo, de especial importancia, dada la importante co-morbilidad que suelen presentar a esa edad”¹⁵⁷.

Se encontró que en todos los pacientes con tratamiento sustitutivo de diálisis predominaba el grado de ansiedad mínima, y el número de pacientes que presentaba ansiedad moderada y máxima disminuía conforme aumentaba el tiempo del tratamiento de Diálisis en años (Tabla 27), esto concuerda con el estudio de Angela Magaz Lago de Efectos Psicológicos de la Insuficiencia Renal Crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos donde refiere que “cuanto mayor es el tiempo en tratamiento sustitutivo de la función renal existe menor riesgo de sufrir ansiedad, por lo que los pacientes que llevan más tiempo en tratamiento tienen menos riesgo de presentar depresión ya que a medida que pasa el tiempo los enfermos renales consiguen adaptarse a su enfermedad”¹⁵⁸.

El estudio de Ángela Magaz Lago indica que “a medida que aumenta la edad, los pacientes tienen más riesgo de tener depresión, especialmente los viudos, divorciados y que no desarrollan una actividad laboral o se dedican a las tareas del hogar; quienes tienen una probabilidad tres veces mayor de tener depresión que los casados o que realizan actividades laborales, por lo que el hecho de trabajar fuera del hogar protege de la depresión”¹⁵⁹. En nuestro estudio no se analizó específicamente la Depresión, sin embargo existe el Síndrome Ansioso-Depresivo el cual es el preámbulo hacia la Depresión, favorecido por el grado de Ansiedad, además Templer informa que “la ansiedad ante la muerte es un componente frecuente de la depresión, y que dicha ansiedad se alivia cuando la depresión se reduce”¹⁶⁰ por lo que en nuestro estudio se confirma lo mencionado ya que los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal que son empleados presentan en su mayoría ansiedad mínima, en cambio los que se dedican al hogar aunque predomina el grado de ansiedad mínima, son el grupo que presenta mayor número de casos de ansiedad moderada y máxima por lo que el realizar

actividad laboral funciona como un factor de protector. Además se observa en nuestra muestra un paciente con estado de *viudez* el cual manifestó Ansiedad Moderada en comparación con los pacientes que por su etapa del ciclo vital cuentan con el apoyo de su conyugue en quienes predominó la Ansiedad Mínima. También se observa que a partir de los 66 años aumenta el grado de Ansiedad ya que predomina la Ansiedad Moderada sobre la Ansiedad Mínima (Tabla 27).

En cuanto a la escolaridad observamos en nuestro estudio que a mayor grado de escolaridad del paciente renal aumenta la incidencia en Ansiedad Mínima y disminuye el número de casos de Ansiedad Moderada y Máxima, en el estudio de Ángela Magaz Lago se describe “que los pacientes con estudios de bachiller o preparatoria están asociados con la percepción de menor dolor y reacciones emocionales negativas”¹⁶¹.

En relación a la actitud de acercamiento que implica la creencia en una vida feliz después de la muerte la cual se encontró como primera actitud ante la muerte en ambos grupos: 94.5% (Tabla 12) de los pacientes con IRC en DPCA y en 98.2% de sus Cuidadores Primarios (Tabla 22) se relaciona con la religiosidad encontrada en los mismos: 96.4% de los pacientes con IRC en DPCA (Tabla 4) y 100% de los Cuidadores Primarios (Tabla 9) son creyentes de alguna religión; esto concuerda con el estudio de Jeffers, Nichols y Eisdorfer¹⁶² donde está documentado “que la creencia en una vida después de la muerte está relacionada con creencias y prácticas religiosas”, Berman observó “que la creencia en una vida después de la muerte estaba estrechamente vinculada al grado de implicación religiosa”¹⁶³, Hertel “en un análisis discriminador sobre la creencia en el cielo y en una vida después de la muerte encontró que la afiliación religiosa era el único predictor significativo de esta creencia”¹⁶⁴, Peterson y Greil encontraron “que la experiencia de la muerte correlacionaba positivamente con la religiosidad, sugiriendo que las experiencias con la muerte inclinan a las personas a una implicación religiosa mayor”¹⁶⁵, obteniendo consuelo y fuerza de la creencia profundamente mantenida de que tras la muerte habrá cierta forma de existencia personal, Neymeyer también reporto “que la religiosidad y la ansiedad ante la muerte tienen una relación significativa negativa, es decir, tanto para aquellos que puntuaban alto en religiosidad puntuaban bajo en ansiedad ante la muerte”¹⁶⁶

Respecto a la creencia en una vida después de la muerte, la mayoría de los descubrimientos muestran, que las mujeres tienden a puntuar más alto, Klenow y Bolin “encontraron que era más probable que las mujeres creyeran en una vida después de la muerte que los hombres”¹⁶⁷, y Berman y Hays encontraron que “las mujeres tendían a creer más en una vida después de la muerte y a puntuar más bajo en ansiedad ante la muerte que los hombres”¹⁶⁸ en nuestro estudio tanto hombres como mujeres, pacientes y cuidadores presentaron como primera actitud ante la muerte la actitud de acercamiento.

Pollak en su revisión de los correlatos de la ansiedad ante la muerte “encontró que la mayoría de los investigadores informaron de un nivel más alto de miedo a la muerte en mujeres”¹⁶⁹ Stillion menciona que “la ansiedad ante la muerte que presentan las mujeres es más alta debido a su tendencia a revelar sus miedos y su ansiedad”¹⁷⁰, Dattel y Neimeyer concluyeron que el peso de la evidencia sugiere que las mujeres tienen una tendencia mayor a informar de más ansiedad ante la muerte, especialmente respecto a su propia muerte”¹⁷¹ en nuestro estudio se observó que hay un mayor número de pacientes renales femeninos con ansiedad máxima y un mayor número de pacientes renales masculinos con ansiedad mínima en la Tabla 27 donde las pacientes mujeres manifiestan ansiedad antes su propia muerte.

En cuanto a la edad se ha visto que “los ancianos mostrarían menos miedo a la muerte y más aceptación de la misma que los otros grupos más jóvenes, ya que estos muestran complacencia a la hora de hablar de la muerte y su aparente falta de ansiedad ante la misma, ya que la mayoría de los ancianos no tienen miedo a la muerte y les gusta hablar de ella, además los ancianos creen que ya han tenido su parte justa de vida y se sienten preparados para morir, en contraste los jóvenes aún no han alcanzado aún sus metas en la vida y por lo tanto, pueden tener miedo de que la muerte les arrebatase lo que en derecho les corresponde, además los ancianos tienen más contacto con la muerte porque han sobrevivido a la de muchos amigos y seres queridos y es posible que hayan perdido el interés por la vida debido a la decadencia física, a las enfermedades y a las pérdidas personales, desde una perspectiva existencial pueden creer que han cumplido su misión y se sienten preparados para morir”¹⁷², Erikson sugirió que “la principal tarea evolutiva en la tercera edad es aceptar el propio pasado y la realidad de la muerte”¹⁷³. Por lo tanto los

ancianos deberían mostrar mayor aceptación neutral que implica estar psicológicamente preparado para la salida final. En nuestro estudio el grupo de edad que manifiesta menor ansiedad en los pacientes renales fue 15 a 25 años, en el grupo de 66 años o más predominó la ansiedad moderada lo cual difiere con la literatura además predominó la actitud de acercamiento y posteriormente la de miedo a la muerte en vez de la de aceptación neutral; en el grupo de cuidadores primarios el rango en el que se encontró el menor grado de ansiedad ante la muerte fue el de 15 a 25 años, seguido del rango de 66 años o más.

En cuanto a las otras actitudes la evitación de la muerte se asociaba con malestar psicológico, donde la evitación de la muerte impide a los sujetos afrontar los pensamientos y sentimientos sobre la muerte que existen por debajo de la conciencia consciente pero que, sin embargo, afectan a la conducta. El fracaso al afrontar estos pensamientos y sentimientos crea malestar psicológico. La aceptación neutral correlacionaba positivamente con el bienestar psicológico y físico y negativamente con la depresión, particularmente en jóvenes y adultos. Los sujetos que aceptaban la muerte como una realidad inevitable de la vida parecía que disfrutaban de salud física y mental. Es probable que los sujetos con esta actitud estén motivados a hacer la vida más plena y llena de sentido posible. La aceptación de escape se asociaba con un bienestar físico reducido, era más frecuente en jóvenes cuyas vidas están llenas de dolor, enfermedad y sufrimiento donde es más probable que anhelan un escape.

Investigar la adherencia terapéutica es un reto, contando con un diseño de investigación adecuado, probablemente longitudinal, surge el problema de cómo realizar la medición de la adherencia terapéutica. “En la literatura se han propuesto diversos sistemas de métodos, por ejemplo los autoinformes de los pacientes, los autorregistros, la medición del consumo de medicamentos, el conteo de píldoras y las mediciones bioquímicas”¹⁷⁴ en nuestro estudio tratamos de relacionar la adherencia terapéutica con el número de internamientos hospitalarios a partir del tratamiento de diálisis peritoneal donde observamos que únicamente en el grupo de pacientes que no llevaban ningún internamiento la adherencia total era del 100%, conforme comienzan a presentarse casos de adherencia parcial el número de internamientos hospitalarios aumenta. Asimismo tratamos de relacionar la adherencia terapéutica con el número de veces de cambio de catéter no encontrando ninguna relación, por lo que concordamos con Ferrer “refiere que ningún método en sí mismo proporciona una información lo suficientemente fiable, por lo que se sugiere recurrir a más de uno, pero aún así difícilmente se explorará

su dimensión psicológica y comportamental, ya que esas técnicas evalúan exclusivamente el cumplimiento del tratamiento y su componente medicamentoso, no aquellas indicaciones que se refieren a cambios de hábitos o estilos de vida”¹⁷⁵. “Esta situación plantea la necesidad de elaborar instrumentos de medición que hagan posible obtener información confiable y válida que aumente el conocimiento científico, sin embargo los instrumentos más utilizados son los llamados indirectos como la entrevista y la estimación a partir de resultados clínicos”¹⁷⁶“Sin embargo, la literatura plantea que la información brindada por el paciente parece estar bastante ajustada a la realidad y, en consecuencia, puede considerarse confiable a los fines de la investigación”¹⁷⁷

En un estudio realizado por Antonio Ochando García et. al llamado Adherencia Terapéutica de los pacientes en una unidad de Diálisis: influencia de la satisfacción se reporta que “los datos de adherencia terapéutica en los pacientes con Diálisis Peritoneal no han sido estudiados porque el test alpha de Cronbach obtuvo una puntuación inferior a 0.7; en los pacientes con Hemodiálisis se encontró que el 52.27% no tenían adherencia con el tratamiento farmacológico; en este estudio se utilizó el Test de adherencia terapéutica Morisky-Green y se estudiaron pacientes en Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal, donde las principales causas de no adhesión al régimen terapéutico son: dejar de tomar la medicación cuando se sienten mal 40% y un 17% se olvida alguna vez de tomar los medicamentos; se concluyó que el 47.73% de los pacientes en hemodiálisis realizan una buena adherencia al régimen terapéutico”¹⁷⁸ Esto nos hace reflexionar varios puntos, primero la escala de adherencia terapéutica aplicada en nuestro estudio no es específica para pacientes renales en diálisis, lo cual baja su confiabilidad asimismo la percepción subjetiva del paciente y del cuidador primario también es otro sesgo porque generalmente se perciben como cumplidores o bien, “los estudios suelen ser reportes de los pacientes cuyo acotamiento puede ser parcial y que no se perciben a sí mismos como incumplidores”¹⁷⁹ por lo que queda la duda de si la comparación es válida dado que a pesar de que la población es la misma la modalidad de tratamiento es diferente. No obstante, es compatible con lo descrito por “Un informe de la Organización Mundial de la Salud donde se señala que el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos en enfermedades crónicas se ha convertido en un problema no sólo sanitario sino económico, ya que únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el

tratamiento en los países desarrollados, situación que se agrava en los países pobres, donde el acceso a los medicamentos está limitado por falta de recursos”¹⁸⁰ además Rodríguez Marín en su artículo Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas refiere que “se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45% cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de incumplimiento es incluso más elevada” lo cual concuerda con nuestro estudio donde la adherencia total del paciente renal en tratamiento sustitutivo de diálisis es de 54.5%, y un 45.5% de adherencia parcial, lo que refleja baja adherencia concordando con la literatura.

Peck y King “apuntan que entre el 20 y el 30% de los pacientes sometidos a tratamientos breves falla en cumplirlos, y que fracasa entre el 30 y 40% de los sujetos cuando son cortos y de naturaleza preventiva; las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50% de los enfermos al momento de comenzarlas, y tal incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo”¹⁸¹ En nuestro estudio confirmamos que efectivamente los pacientes que tienen mayor tiempo dializándose, 5 a 10 años el 100% tienen una adherencia total, en comparación con los que inician el tratamiento de y tienen menos de 6 meses dializándose donde el 57.14% tiene adherencia parcial y sólo 42.89% presenta adherencia total (Tabla 26).

“La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. En lo personal el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo sufrimiento, así como limitaciones incontrollables y progresivas. En lo familiar provoca alteraciones en el funcionamiento familiar generando crisis. En lo social significa un enorme costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse”¹⁸². “Se reconoce la existencia de grandes dificultades en los profesionales de la salud” “La adherencia terapéutica depende de la responsabilidad, actitud activa del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que éste ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad

requerida, se asegure de la comprensión por su paciente y dedique a este proceso el tiempo necesario”.

“El apoyo social y familiar también contribuye a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar al paciente a mantener el régimen médico, el refuerzo de la familia y otras personas significativas puede facilitarlos. Cuando las recomendaciones incluyen cambios en los estilos de vida y el apoyo de otros, puede ser especialmente necesario ese refuerzo de los allegados para iniciar y mantener los cambios”¹⁸³ En nuestro estudio los cuidadores primarios que corresponden a parentesco de familiar de primer grado presentaron una adherencia total de 71% y una adherencia parcial del 29% lo cual refleja que sí hay un apoyo por parte de la familia hacia el paciente, además el mismo servicio de Diálisis exige al paciente tener un familiar responsable como cuidador primario para poder ingresar al protocolo del Tratamiento Sustitutivo de Diálisis.

XI.- CUADROS Y GRÁFICOS

TABLA NÚMERO 1.

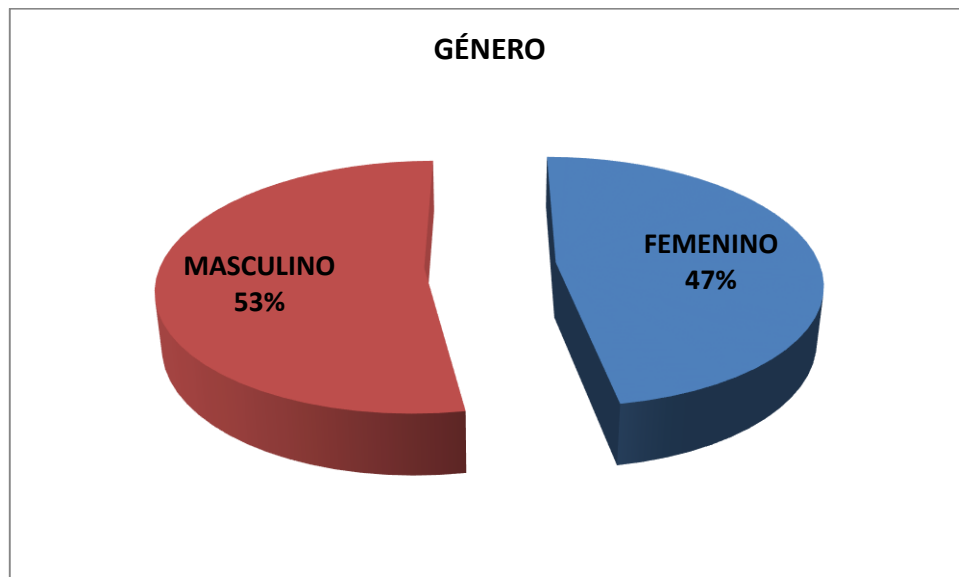
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, clasificados por género.

PACIENTES CON IRC EN DPCA POR GÉNERO		
GÉNERO	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	26	47.3
MASCULINO	29	52.7
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICA NÚMERO 1.

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, clasificados por género.



Fuente: Tabla 1

TABLA NÚMERO 2.

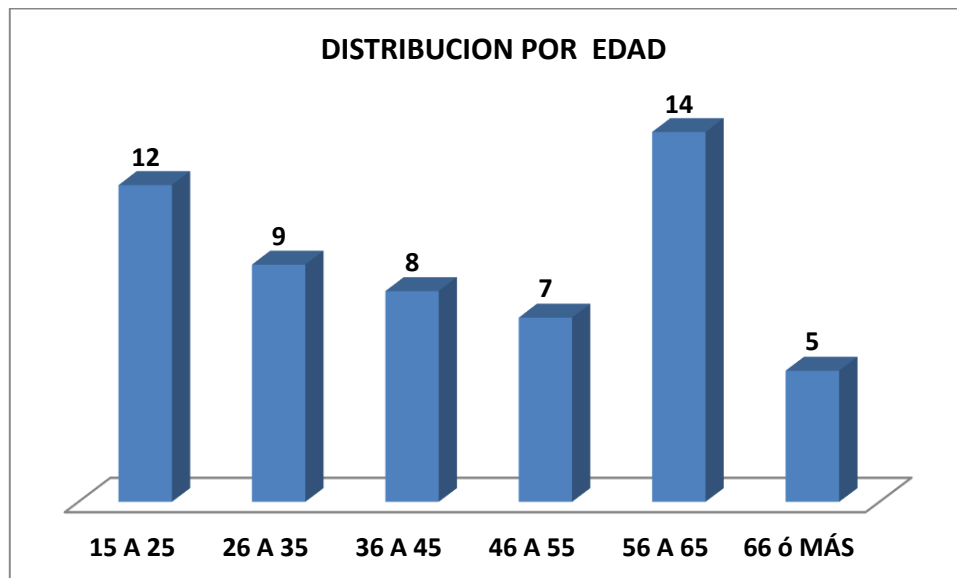
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por grupo de edad.

PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS POR EDAD		
EDAD EN AÑOS	Frecuencia	Porcentaje
15 A 25	12	21.8
26 A 35	9	16.4
36 A 45	8	14.5
46 A 55	7	12.7
56 A 65	14	25.5
66 ó MÁS	5	9.1
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos

GRAFICA NÚMERO 2.

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por grupo de edad.



Fuente: Tabla 2

TABLA NÚMERO 3.

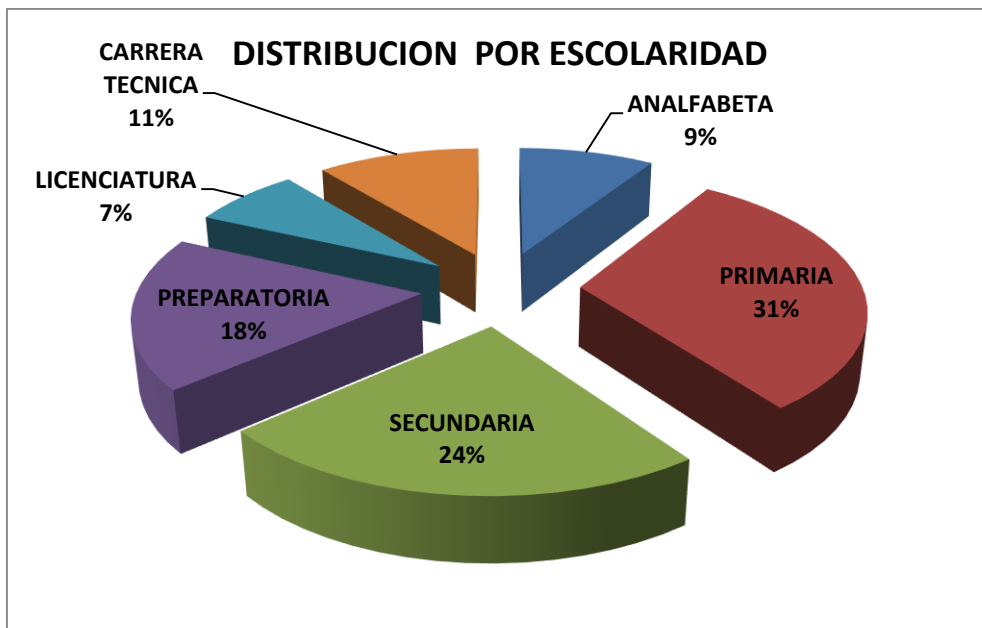
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por escolaridad.

PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS POR ESCOLARIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETA	5	9.1
PRIMARIA	17	30.9
SECUNDARIA	13	23.6
PREPARATORIA	10	18.2
LICENCIATURA	4	7.3
CARRERA TECNICA	6	10.9
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICA NÚMERO 3.

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por escolaridad.



Fuente: Tabla 3

TABLA NÚMERO 4.

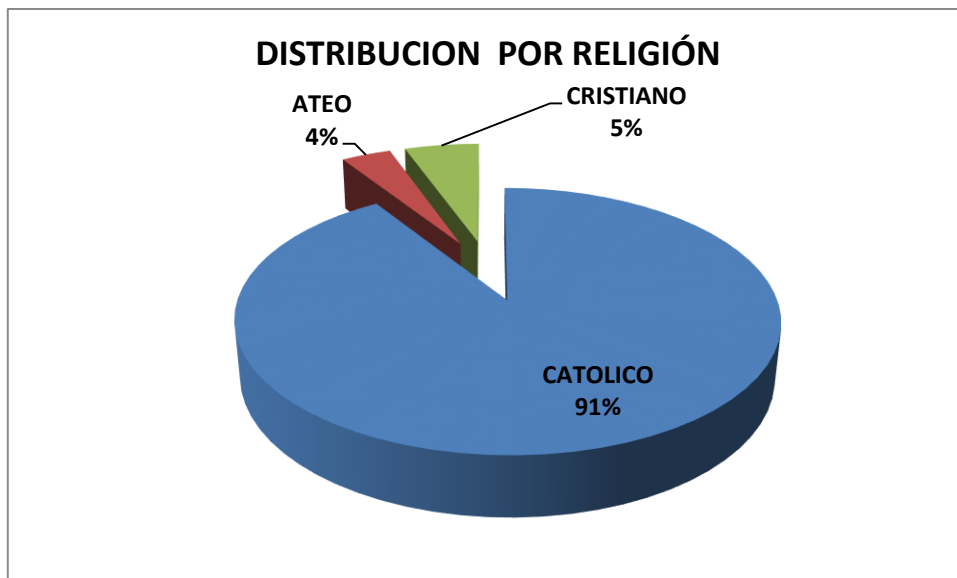
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por religión.

PACIENTES CON IRC DISTRIUIDOS POR RELIGIÓN		
RELIGIÓN	Frecuencia	Porcentaje
CATOLICO	50	90.9
ATEO	2	3.6
CRISTIANO	3	5.5
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICA NÚMERO 4.

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por religión.



Fuente: Tabla 4

TABLA NÚMERO 5.

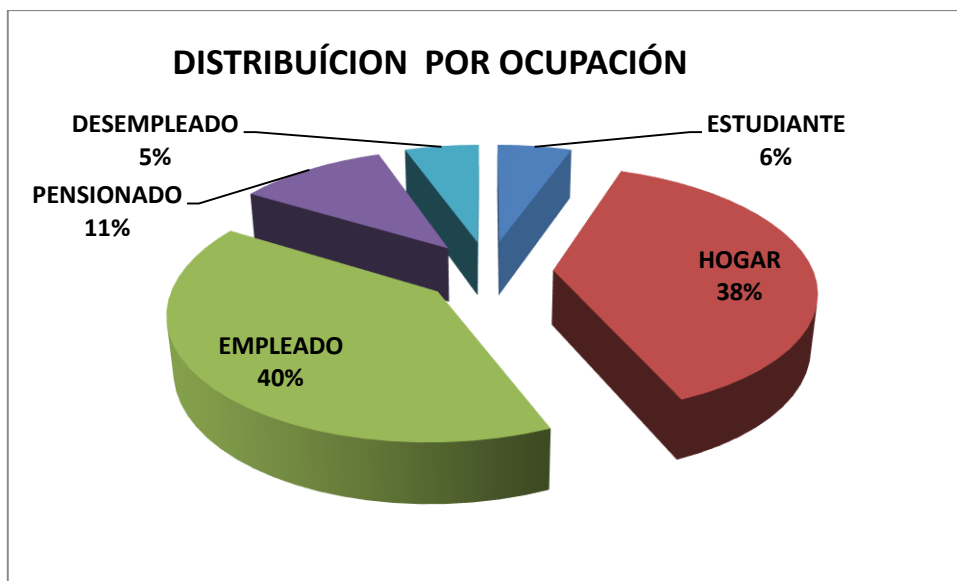
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por ocupación.

PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS POR OCUPACIÓN		
OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
ESTUDIANTE	3	5.5
HOGAR	21	38.2
EMPLEADO	22	40.0
PENSIONADO	6	10.9
DESEMPLEADO	3	5.5
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICA NÚMERO 5.

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por ocupación.



Fuente: Tabla 5

TABLA NÚMERO 6.

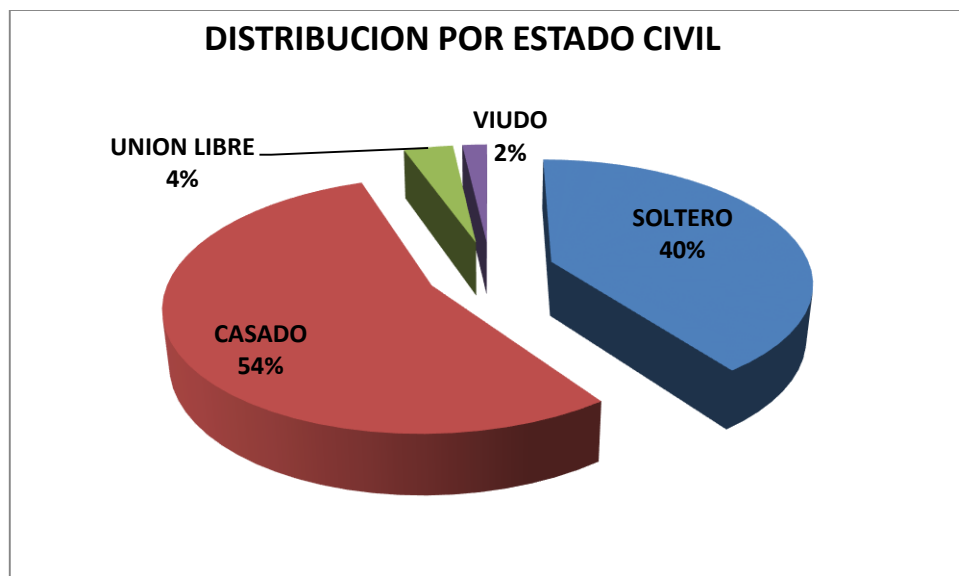
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por estado civil.

PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS POR ESTADO CIVIL		
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	22	40.0
CASADO	30	54.5
UNION LIBRE	2	3.6
VIUDO	1	1.8
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos .

GRAFICA NÚMERO 6.

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por estado civil.



Fuente: Tabla 6

TABLA NÚMERO 7.

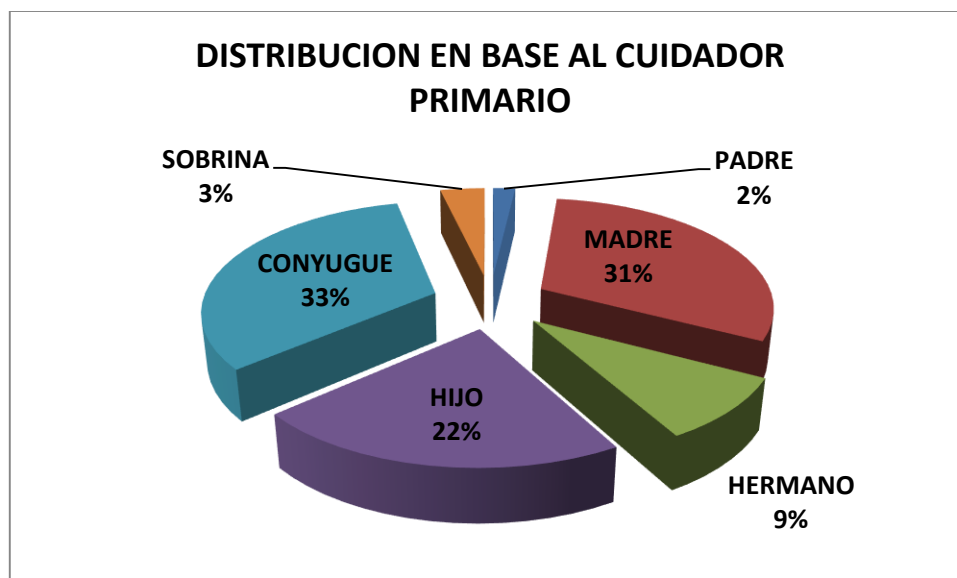
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por parentesco con el cuidador primario.

PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUÍDOS EN BASE AL PARENTESCO CON EL CUIDADOR PRIMARIO		
CUIDADOR PRIMARIO	Frecuencia	Porcentaje
PADRE	1	1.8
MADRE	17	30.9
HERMANO	5	9.1
HIJO	12	21.8
CONYUGUE	18	32.7
SOBRINA	2	3.6
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICA NÚMERO 7.

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por parentesco con el cuidador primario.



Fuente: Tabla 7

TABLA NÚMERO 8.

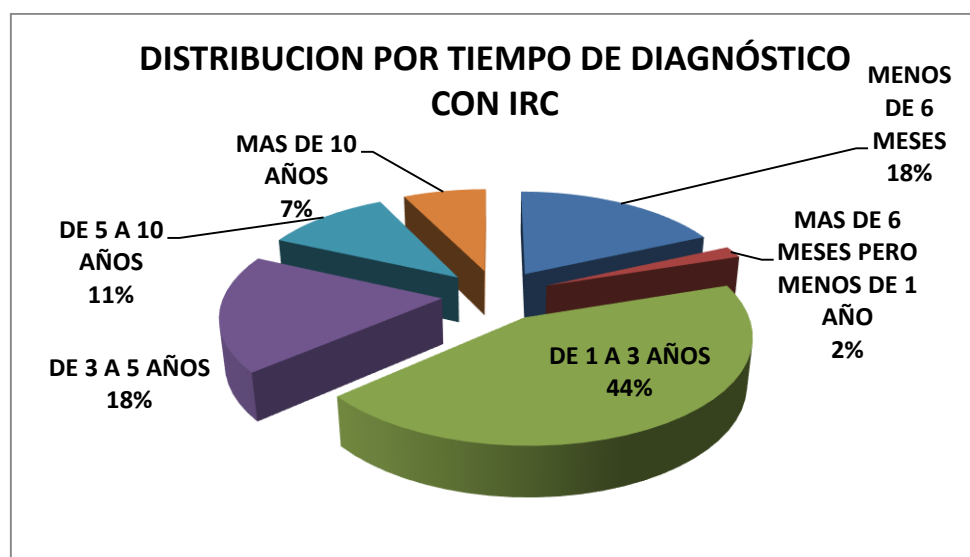
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por tiempo de diagnóstico con Insuficiencia Renal Crónica.

PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS POR TIEMPO DE DIAGNÓSTICO CON IRC		
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE IRC	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 6 MESES	10	18.2
MAS DE 6 MESES PERO MENOS DE 1 AÑO	1	1.8
DE 1 A 3 AÑOS	24	43.6
DE 3 A 5 AÑOS	10	18.2
DE 5 A 10 AÑOS	6	10.9
MAS DE 10 AÑOS	4	7.3
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICA NÚMERO 8.

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por tiempo de diagnóstico con Insuficiencia Renal Crónica.



Fuente: Tabla 8

TABLA NÚMERO 9

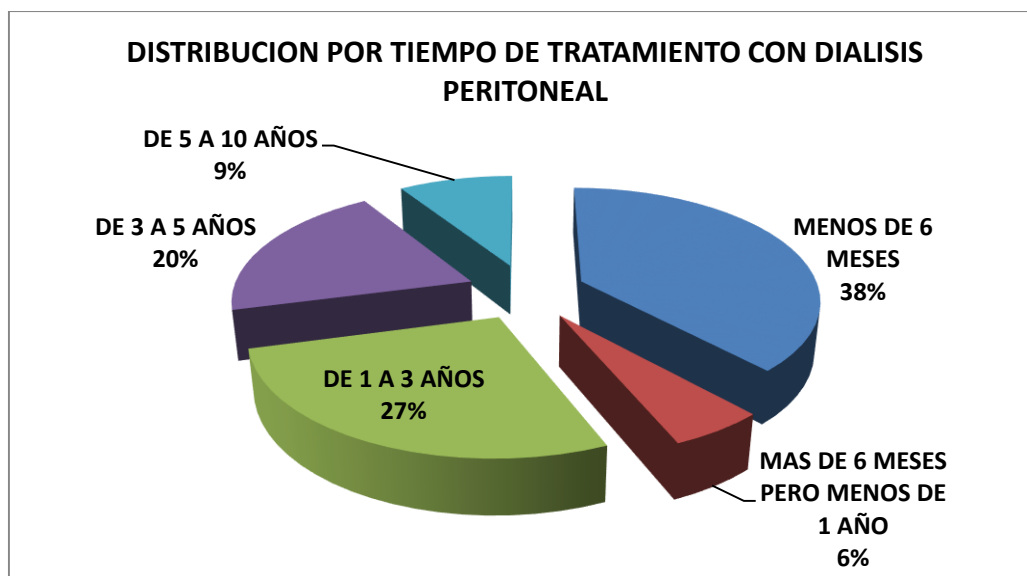
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por el tiempo que de duración del tratamiento de Diálisis Peritoneal hasta el momento actual.

PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS POR TIEMPO DE TRATAMIENTO CON DIALISIS PERITONEAL		
	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 6 MESES	21	38.2
MAS DE 6 MESES PERO MENOS DE 1 AÑO	3	5.5
DE 1 A 3 AÑOS	15	27.3
DE 3 A 5 AÑOS	11	20.0
DE 5 A 10 AÑOS	5	9.1
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos socio-demográficos.

GRAFICA NÚMERO 9

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por el tiempo que de duración del tratamiento de Diálisis Peritoneal hasta el momento actual.



Fuente: Tabla9.

TABLA NÚMERO 10.

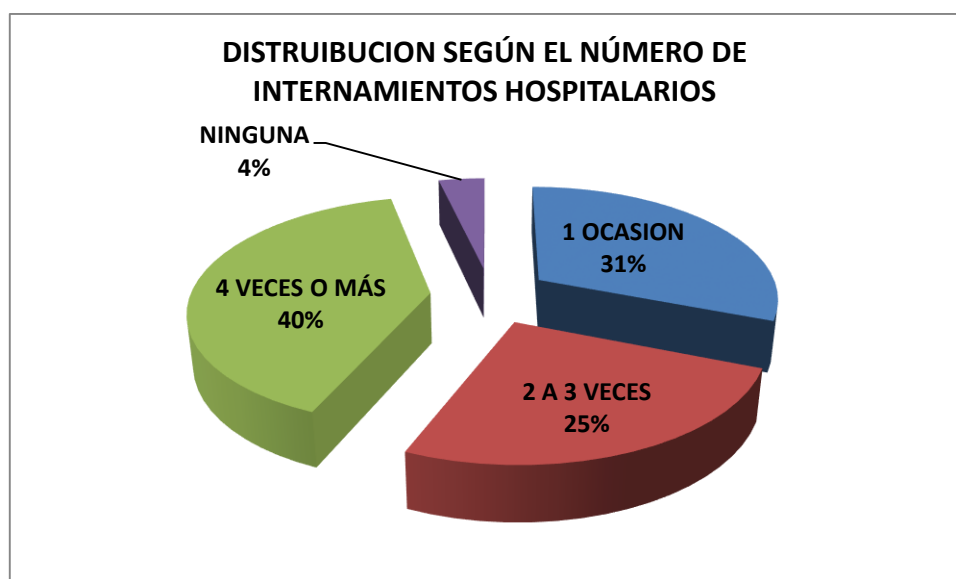
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por número de Internamientos Hospitalarios.

PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS EN RELACIÓN A INTERNAMIENTOS HOSPITALARIOS		
NUMERO DE INTERNAMIENTOS HOSPITALARIOS	Frecuencia	Porcentaje
1 OCASION	17	30.9
2 A 3 VECES	14	25.5
4 VECES O MÁS	22	40.0
NINGUNA	2	3.6
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICO NÚMERO 10.

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por número de Internamientos Hospitalarios.



Fuente: Tabla 10

TABLA NÚMERO 11.

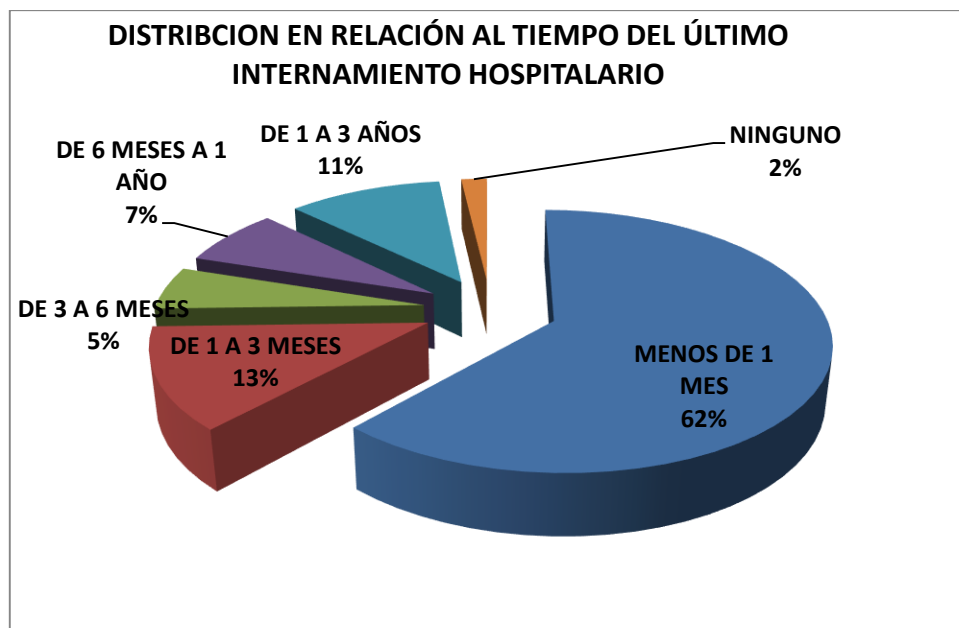
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en relación al tiempo del último internamiento hospitalario.

PACIENTES DE IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS EN BASE A TIEMPO EN RELACIÓN AL ÚLTIMO INTERNAMIENTO HOSPITALARIO		
TIEMPO EN RELACIÓN AL ÚLTIMO INTERNAMIENTO HOSPITALARIO	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 1 MES	34	61.8
DE 1 A 3 MESES	7	12.7
DE 3 A 6 MESES	3	5.5
DE 6 MESES A 1 AÑO	4	7.3
DE 1 A 3 AÑOS	6	10.9
NINGUNO	1	1.8
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICO NÚMERO 11.

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en relación al tiempo del último internamiento hospitalario



Fuente: Tabla 11

TABLA NÚMERO 12.

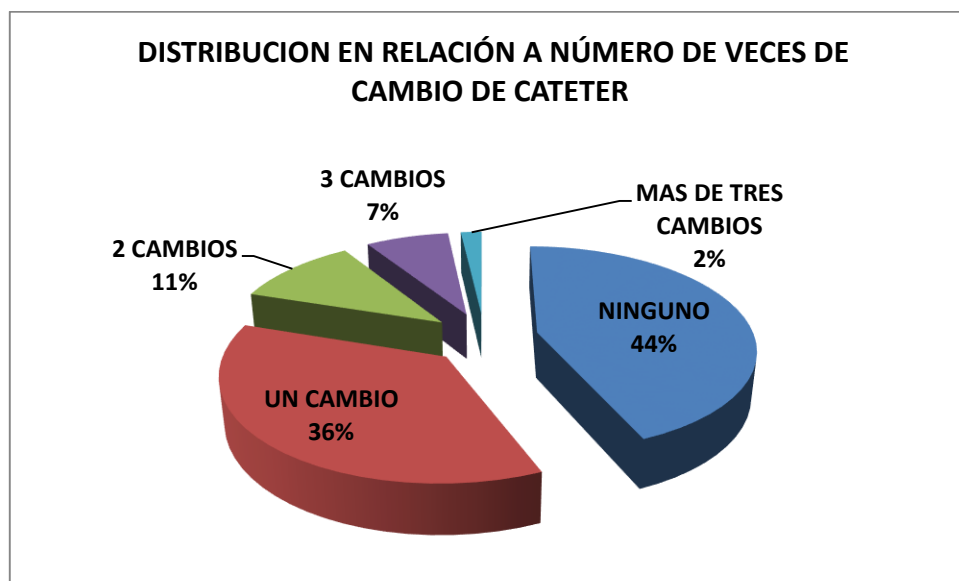
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en relación al número de ocasiones en que se ha realizado cambio de cateter.

PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS EN RELACIÓN A NUMERO DE VECES DE CAMBIO DE CATETER		
CAMBIOS DE CATETER	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	24	43.6
UN CAMBIO	20	36.4
2 CAMBIOS	6	10.9
3 CAMBIOS	4	7.3
MAS DE TRES CAMBIOS	1	1.8
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICA NÚMERO 112

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en relación al número de ocasiones en que se ha realizado cambio de cateter.



Fuente: Tabla 12

TABLA NÚMERO 13.

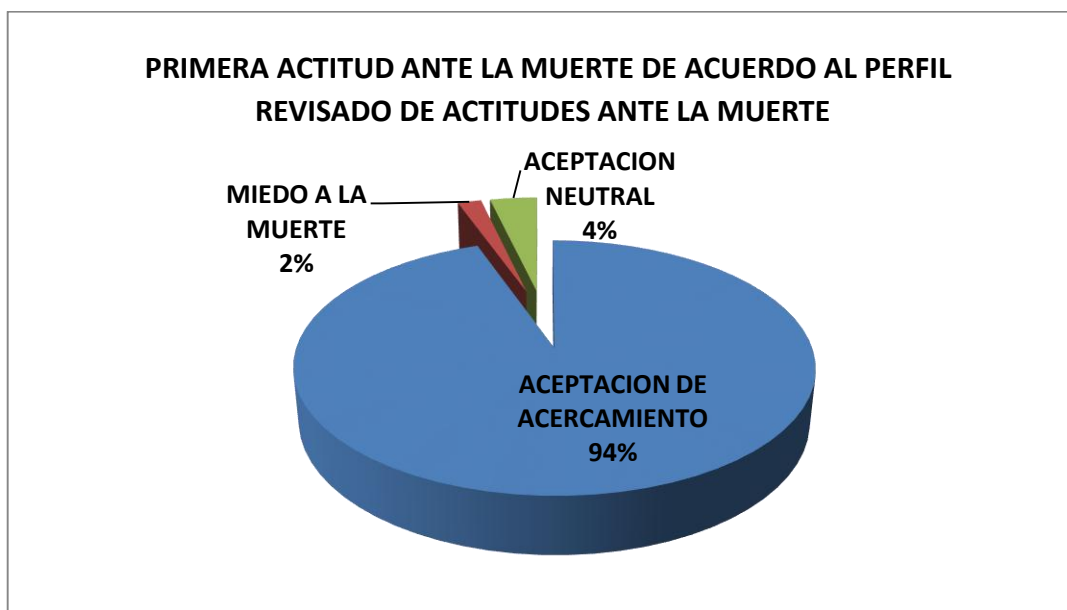
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en relación a la actitud de aceptación de acercamiento a la muerte según el instrumento del Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte de Wong, Reker y Gesser.

ACTITUD DE ACEPTACIÓN DE ACERCAMIENTO A LA MUERTE DE LOS PACIENTES CON IRC EN DPCA SEGÚN EL PRAM		
ACTITUDES ANTE LA MUERTE	Frecuencia	Porcentaje
ACEPTACION DE ACERCAMIENTO	52	94.5
MIEDO A LA MUERTE	1	1.8
ACEPTACION NEUTRAL	2	3.6
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICA NÚMERO 13.

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en relación a la actitud de aceptación de acercamiento a la muerte según el instrumento del Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte de Wong, Reker y Gesser.



Fuente: Tabla 13

TABLA NÚMERO 14.

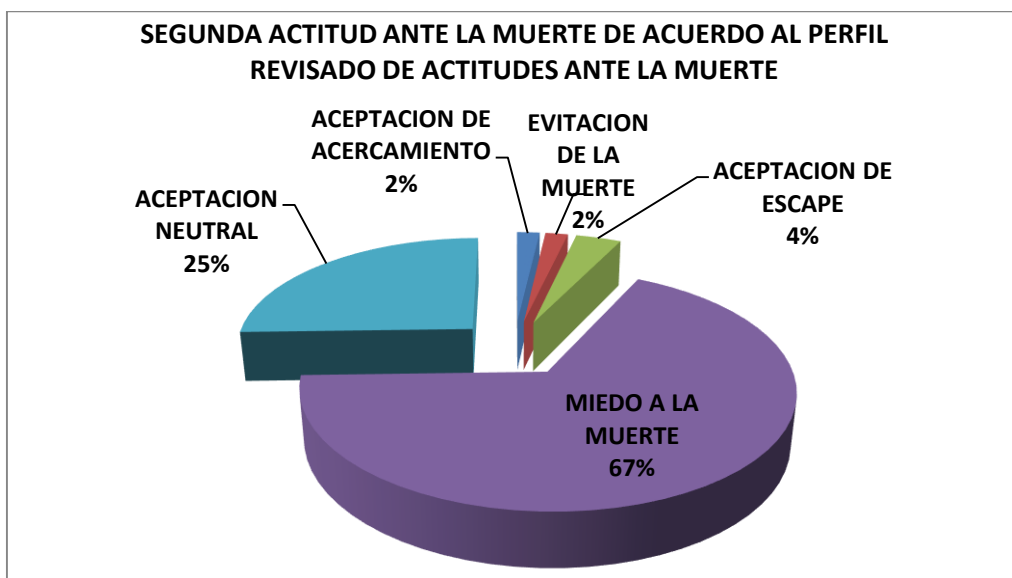
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en relación a la actitud de miedo a la muerte según el instrumento del Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte de Wong, Reker y Gesser.

ACTITUD DE MIEDO A LA MUERTE DE LOS PACIENTES CON IRC EN DPCA SEGÚN EL PERFIL REVISADO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE		
ACTITUDES ANTE LA MUERTE	Frecuencia	Porcentaje
ACEPTACION DE ACERCAMIENTO	1	1.8
EVITACION DE LA MUERTE	1	1.8
ACEPTACION DE ESCAPE	2	3.6
MIEDO A LA MUERTE	37	67.3
ACEPTACION NEUTRAL	14	25.5
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICA NÚMERO 14.

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en relación a la actitud de miedo a la muerte según el instrumento del Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte de Wong, Reker y Gesser.



Fuente: Tabla 14

TABLA NÚMERO 15.

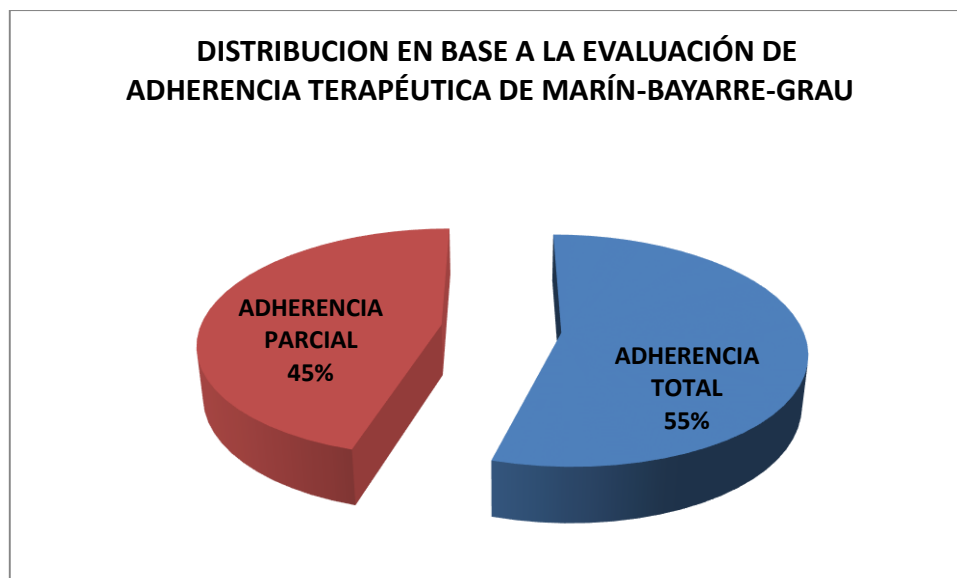
Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en base a la Evaluación de Adherencia Terapéutica de Marín-Bayarre-Grau.

PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS EN BASE A LA EVALUACIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE MARÍN-BAYARRE-GRAU		
GRADO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA	Frecuencia	Porcentaje
ADHERENCIA TOTAL	30	54.5
ADHERENCIA PARCIAL	25	45.5
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICO NÚMERO 15.

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en base a la Evaluación de Adherencia Terapéutica de Marín-Bayarre-Grau.



Fuente: Tabla 15

TABLA NÚMERO 16.

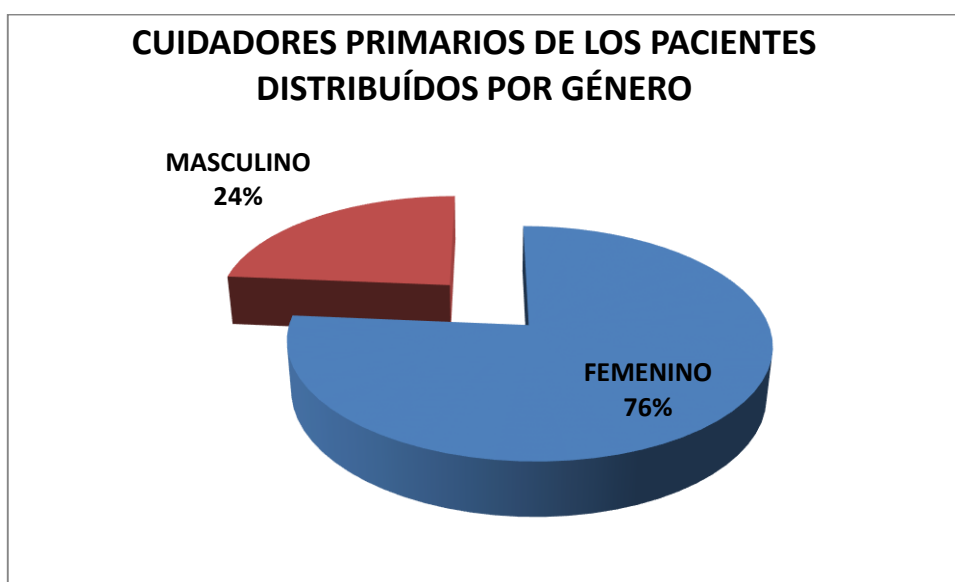
Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, clasificados por género.

CUIDADORES PRIMARIOS DE LOS PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUÍDOS POR GÉNERO		
GÉNERO	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	42	76.4
MASCULINO	13	23.6
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICO NÚMERO 16.

Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, clasificados por género.



Fuente: Tabla 16

TABLA NÚMERO 17.

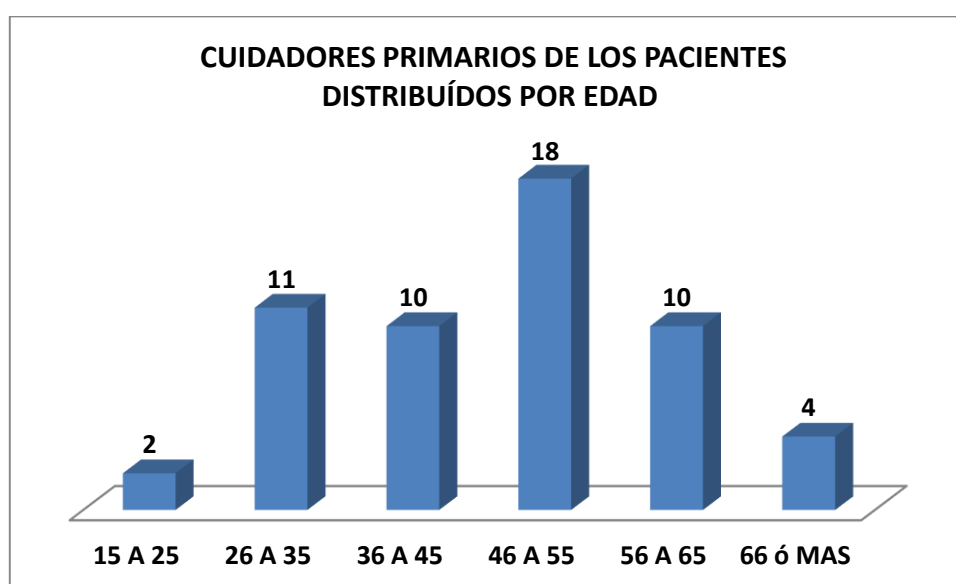
Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por edad.

CUIDADORES PRIMARIOS DE LOS PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS POR EDAD		
EDAD EN AÑOS	Frecuencia	Porcentaje
15 A 25 AÑOS	2	3.6
26 A 35 AÑOS	11	20.0
36 A 45 AÑOS	10	18.2
46 A 55 AÑOS	18	32.7
56 A 65 AÑOS	10	18.2
66 AÑOS O MÁS	4	7.3
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos .

GRAFICO NÚMERO 17.

Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por edad.



Fuente: Tabla 17

TABLA NÚMERO 18.

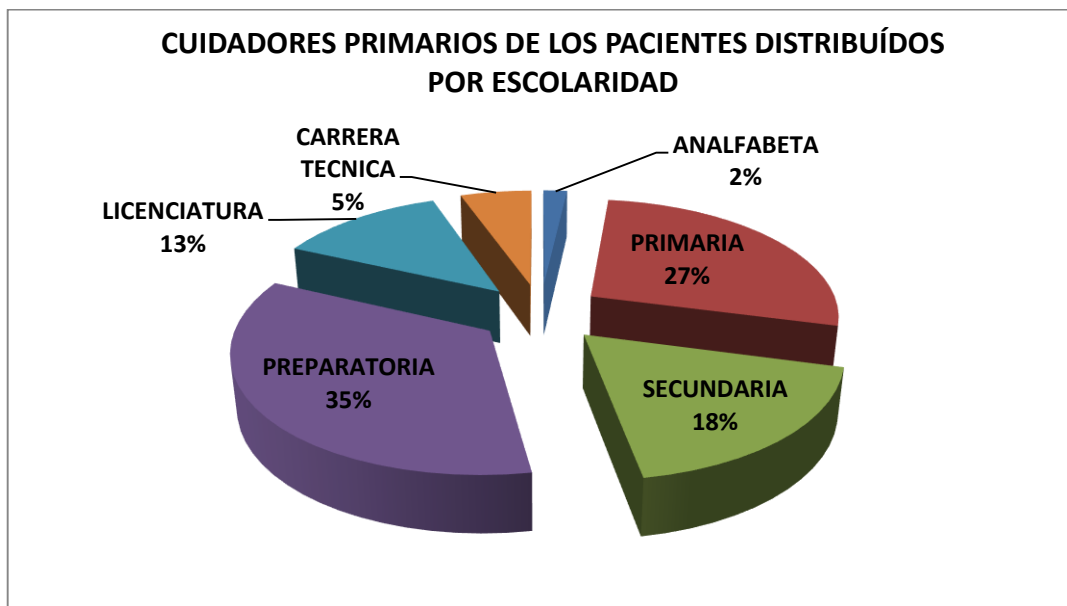
Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por escolaridad.

CUIDADORES PRIMARIOS DE LOS PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS POR ESCOLARIDAD		
ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETA	1	1.8
PRIMARIA	15	27.3
SECUNDARIA	10	18.2
PREPARATORIA	19	34.5
LICENCIATURA	7	12.7
CARRERA TECNICA	3	5.5
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICO NÚMERO 18.

Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por escolaridad.



Fuente: Tabla 18

TABLA NÚMERO 19.

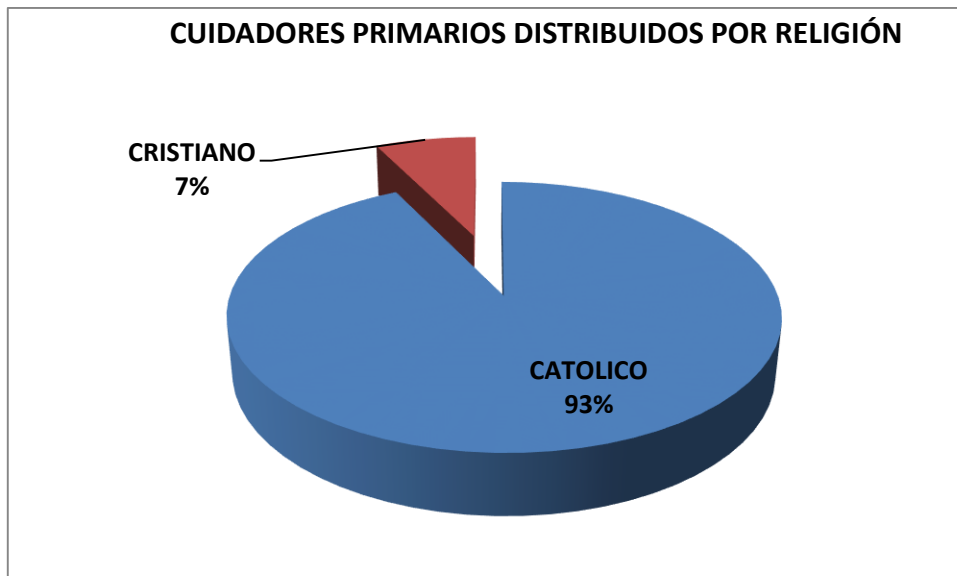
Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por religión.

CUIDADORES PRIMARIOS DE LOS PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS POR RELIGIÓN		
RELIGIÓN	Frecuencia	Porcentaje
CATOLICO	51	92.7
CRISTIANO	4	7.3
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos .

GRAFICO NÚMERO 19.

Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por religión.



Fuente: Tabla 19

TABLA NÚMERO 20.

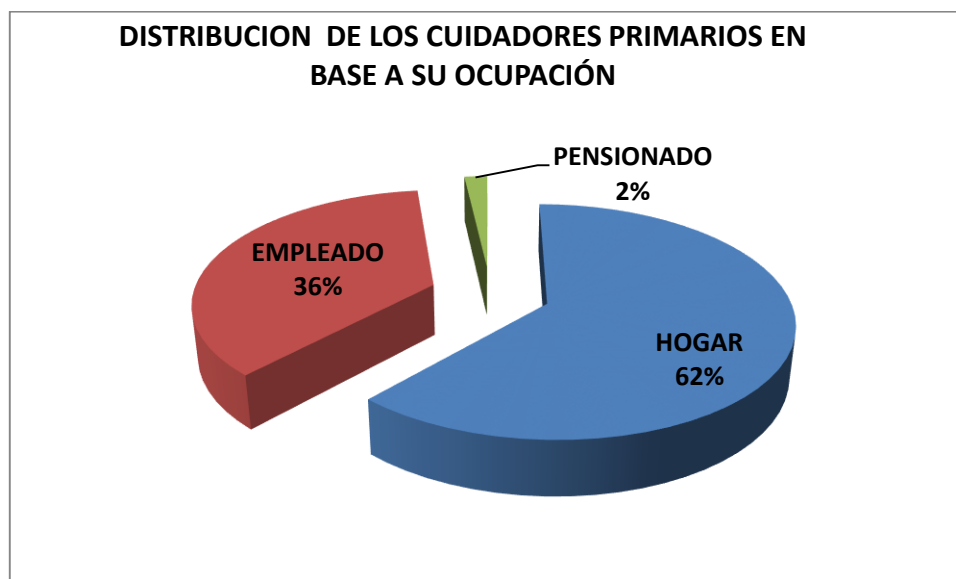
Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por ocupación

CUIDADORES PRIMARIOS DE LOS PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS EN BASE A SU OCUPACIÓN		
OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
HOGAR	34	61.8
EMPLEADO	20	36.4
PENSIONADO	1	1.8
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos Marzo-Agosto 2012.

GRAFICO NÚMERO 20.

Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por ocupación



Fuente: Tabla 20

TABLA NÚMERO 21.

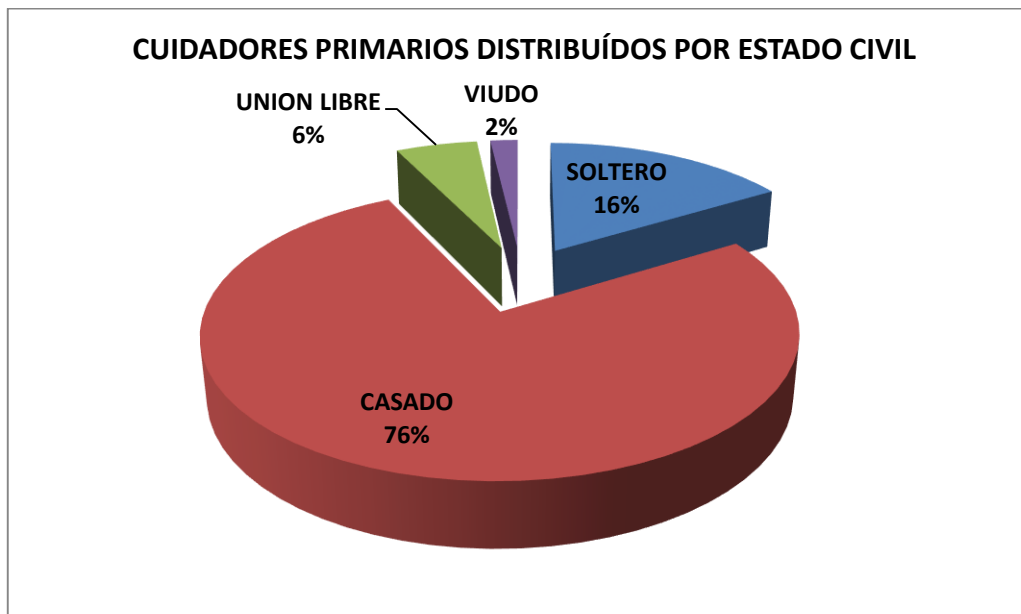
Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por estado civil.

CUIDADORES PRIMARIOS DE LOS PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS POR ESTADO CIVIL		
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	9	16.4
CASADO	42	76.4
UNION LIBRE	3	5.5
VIUDO	1	1.8
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos .

GRAFICO NÚMERO 21.

Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos por estado civil.



Fuente: Tabla 21

TABLA NÚMERO 22.

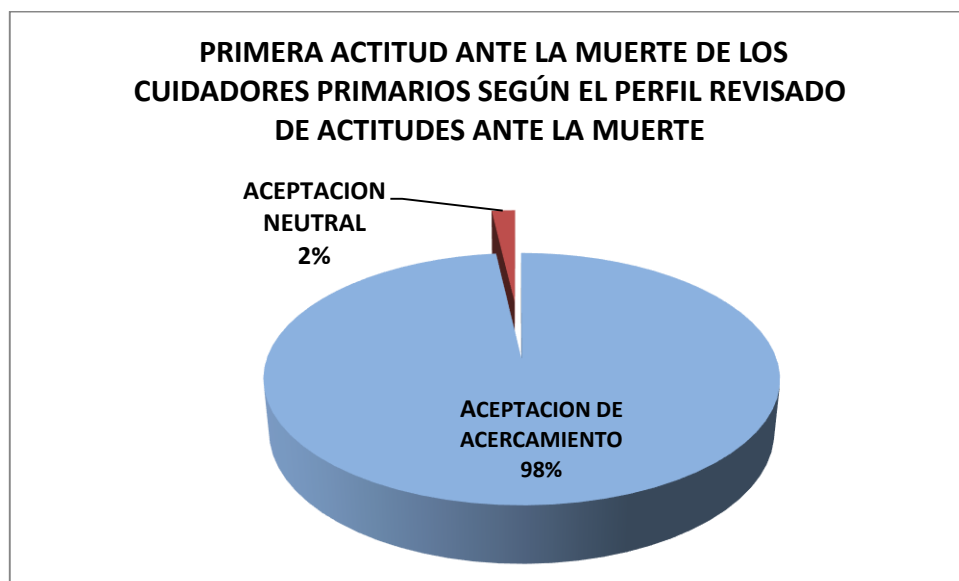
Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en relación a la primera actitud ante la muerte según el instrumento del Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte de Wong, Reker y Gesser.

ACTITUD DE ACEPTACION DE ACERCAMIENTO ANTE LA MUERTE DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE LOS PACIENTES CON IRC EN DPCA SEGÚN EL PERFIL REVISADO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE		
ACTITUD ANTE LA MUERTE	Frecuencia	Porcentaje
ACEPTACION DE ACERCAMIENTO	54	98.2
ACEPTACION NEUTRAL	1	1.8
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos .

GRAFICO NÚMERO 22.

Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en relación a la primera actitud ante la muerte según el instrumento del Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte de Wong, Reker y Gesser.



Fuente: Tabla 22

TABLA NÚMERO 23.

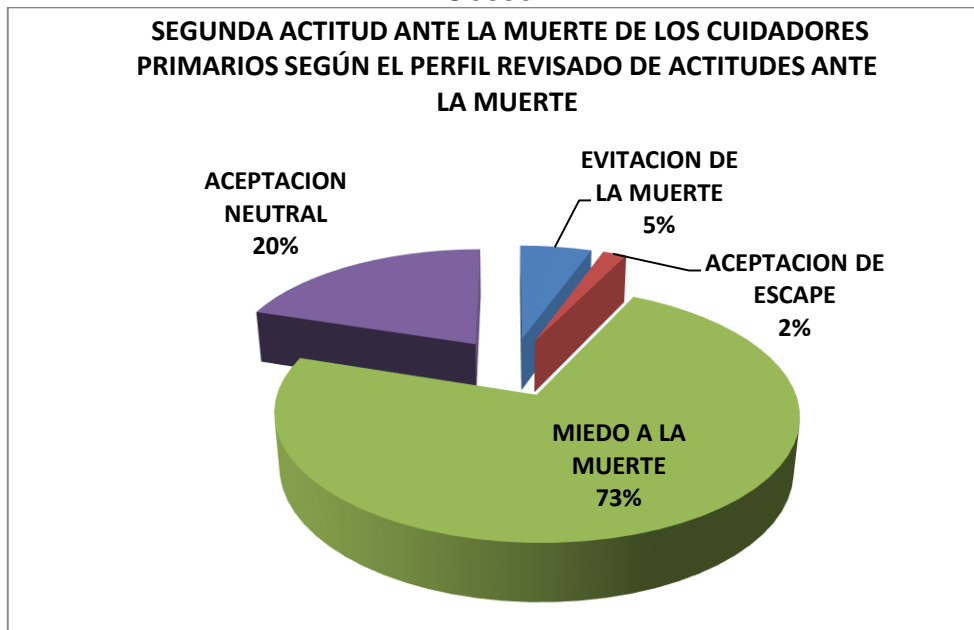
Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en relación a la segunda actitud ante la muerte según el instrumento del Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte de Wong, Reker y Gesser.

ACTITUD DE MIEDO A LA MUERTE DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE LOS PACIENTES CON IRC EN DPCA SEGÚN EL PERFIL REVISADO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE		
ACTITUD ANTE LA MUERTE	Frecuencia	Porcentaje
EVITACION DE LA MUERTE	3	5.5
ACEPTACION DE ESCAPE	1	1.8
MIEDO A LA MUERTE	40	72.7
ACEPTACION NEUTRAL	11	20.0
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

GRAFICO NÚMERO 23.

Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en relación a la segunda actitud ante la muerte según el instrumento del Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte de Wong, Reker y Gesser.



Fuente: Tabla 23

TABLA NÚMERO 24.

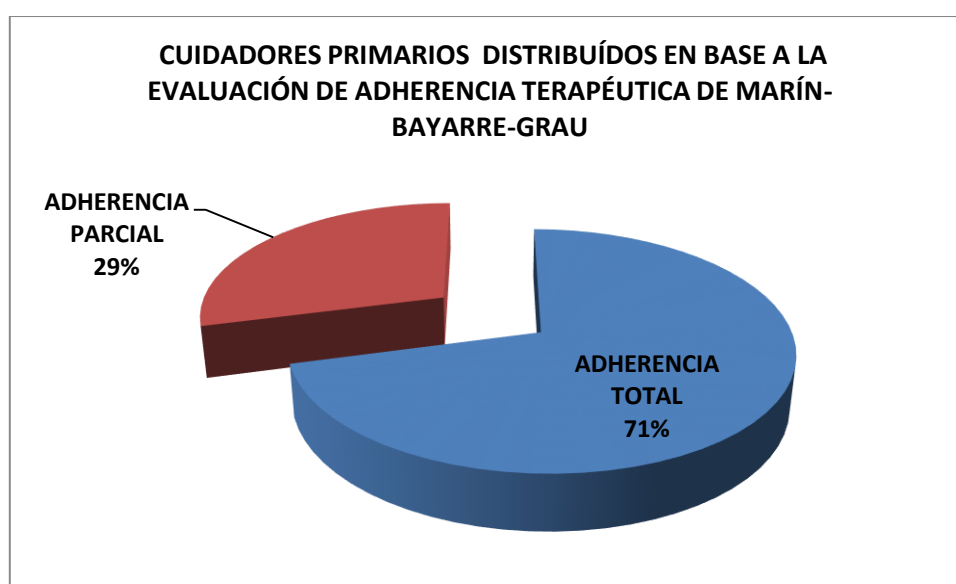
Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en base a la Evaluación de Adherencia Terapéutica de Marín-Bayarre-Grau.

CUIDADORES PRIMARIOS DE LOS PACIENTES CON IRC EN DPCA DISTRIBUIDOS EN BASE A LA EVALUACIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE MARÍN-BAYARRE-GRAU		
GRADO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA	Frecuencia	Porcentaje
ADHERENCIA TOTAL	39	70.9
ADHERENCIA PARCIAL	16	29.1
Total	55	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos Marzo-Agosto 2012.

GRAFICO NÚMERO 24.

Cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal entrevistados en la UMF 64, distribuidos en base a la Evaluación de Adherencia Terapéutica de Marín-Bayarre-Grau.



Fuente: Tabla 24

TABLA 25. VARIABLES ASOCIADAS CON EL GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE MARTÍN-BAYARRÉ-GRAU DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE DIÁLISIS PERITONEAL

VARIABLE	MODALIDAD	ADHERENCIA TOTAL	ADHERENCIA PARCIAL	TOTAL
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DESDE EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	MENOS DE 6 MESES	5	5	10
	MAS DE 6 MESES PERO MENOS DE 1 AÑO	0	1	1
	DE 1 A 3 AÑOS	13	11	24
	DE 3 A 5 AÑOS	4	6	10
	DE 5 A 10 AÑOS	6	0	6
	MAS DE 10 AÑOS	2	2	4
DURACIÓN CON EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA	MENOS DE 6 MESES	9	12	21
	MAS DE 6 MESES PERO MENOS DE 1 AÑO	1	2	3
	DE 1 A 3 AÑOS	10	5	15
	DE 3 A 5 AÑOS	5	6	11
	DE 5 A 10 AÑOS	5	0	5
	2 A 3 VECES	8	6	14
	4 VECES O MÁS	13	9	22
NINGUNA	2	0	2	
TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ÚLTIMO INTERNAMIENTO HOSPITALARIO	MENOS DE 1 MES	16	18	34
	DE 1 A 3 MESES	5	2	7
	DE 3 A 6 MESES	1	2	3
	DE 6 MESES A 1 AÑO	3	1	4
	DE 1 A 3 AÑOS	4	2	6
	NINGUNO	1	0	1

Fuente: Ficha de datos socio-demográficos.

TABLA 26 ACTITUD ANTE LA MUERTE DE ACEPTACIÓN DE ACERCAMIENTO EN RELACIÓN A LA RELIGION, EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL

ACTITUD ANTE LA MUERTE	RELIGION			Total
	CATOLICO	ATEO	CRISTIANO	
ACEPTACION DE ACERCAMIENTO	48	1	3	52
MIEDO A LA MUERTE	1	0	0	1
ACEPTACION NEUTRAL	1	1	0	2
TOTAL	50	2	3	55

Fuente: Ficha de datos socio-demográficos.

TABLA 27. EDAD EN AÑOS DE LOS PACIENTES CON IRC EN DPCA EN RELACIÓN AL GRADO DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

VARIABLE	MODALIDAD	EDAD EN AÑOS						TOTAL
		15 A 25	26 A 35	36 A 45	46 A 55	56 A 65	66 ó MÁS	
GRADO DE ANSIEDAD DE ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE TEMPLER	ANSIEDAD MÍNIMA	10	8	6	3	10	2	39
	ANSIEDAD MODERADA	1	1	2	2	2	3	11
	ANSIEDAD MAXIMA	1	0	0	2	2	0	5

Fuente: Ficha de datos socio-demográficos.

TABLA 28. RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y EL GÉNERO DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS

GENERO	HOGAR	EMPLEADO	PENSIONADO	TOTAL
FEMENINO	34	8	0	42
MASCULINO	0	12	1	13
TOTAL	34	20	1	55

Fuente: Ficha de datos socio-demográficos .

XII.- CONCLUSIONES

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis se caracterizan por haber enfrentado a la muerte; y haber tomado la decisión de querer vivir con la responsabilidad que esto implica. El aceptar el tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal, el estar dispuesto a cambiar el estilo de vida: alimentación la cual es un pilar indispensable y se caracteriza por múltiples restricciones que en lo personal se me hace mucho muy difícil y sin embargo necesaria ya que es determinante para su bienestar; para darnos una idea observamos un ejemplo en los anexos, también el realizarse las diálisis con el tiempo que implica, la laboriosidad, el material, el llevar un orden en el cuaderno de registro de volúmenes de entrada, salida, fechas, etc., los cuidados propios del catéter así como el exhaustivo cuidado en la higiene personal, lo que implica el aceptar el catéter como parte de mí cuerpo, y el que me acepte mi pareja y tenga los cuidados que se requieren; los cambios necesarios para acondicionar la casa: el cuarto únicamente con su cama, su mesa, el hornito; la ausencia de animales o mascotas; la toma de medicamentos, la asistencia a las citas médicas, la asistencia a laboratorio para las muestras de control y seguimiento; y además el costo del tratamiento o el material requerido, además considerar la comorbilidad preexistente ya que se favorecen internamientos hospitalarios que conllevan deterioro físico, emocional, desgaste individual y familiar así como ausencia laboral lo que se refleja en la estabilidad económica del paciente.

Todo lo que implica física y emocionalmente el hecho de permanecer internado en un hospital desde permanecer en una silla múltiples horas hasta pasar a piso para continuar la atención necesaria; aquí se hace consciente el dolor, el sufrimiento; y toma importancia el apoyo de la familia; ya que el desenlace puede ir desde un manejo para Peritonitis hasta un cambio de catéter, cambio de manejo a Hemodiálisis, Trasplante renal y en casos desafortunados incluso la misma muerte.

Es por eso que la vida y la salud son los más grandes tesoros que podemos tener; sin embargo hay que estar conscientes de que la muerte implica la vida, no se puede entender una sin la otra y el olvido de la muerte es la deserción de la vida misma. Las actitudes ante la muerte, la ansiedad que condiciona, la adherencia terapéutica, el apoyo familiar, el aceptar la Insuficiencia Renal Crónica junto con el tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal, el enfrentar a la muerte, decidir vivir, pasar por las etapas del proceso de duelo y terminar por aceptar la enfermedad y adaptarse a ella es un proceso que requiere una atención integral multidisciplinaria, donde interviene el Médico Familiar, el Médico Nefrólogo, el Médico Internista, el personal de Enfermería, la Trabajadora Social, la Nutrióloga, el Psiquiatra y el Psicólogo, la institución de Salud, el paciente mismo y su familia.

La capacidad de adaptación del paciente puede optimizar su calidad de vida infundiendo una actitud más favorable y probablemente una mejor resistencia al deterioro físico y psicológico, dado que el sentido de vivir hace el camino

más transitable, ya que las actitudes que tenemos ante la muerte dan muestra de lo que pensamos, lo que sentimos y por lo tanto lo que actuamos sobre la muerte.

La hipótesis se cumple parcialmente ya que la primera actitud ante la muerte tanto del paciente como de su cuidador primario encontrada fue la actitud de aceptación de acercamiento en la que ambos esperan una vida feliz después de la muerte y ésta actitud no fue contemplada en nuestra hipótesis. La segunda actitud encontrada en ambos grupos fue la de miedo a la muerte la cual sí se esperaba, sin embargo la actitud de evitación no fue significativa; lo cual hace notar que tanto los pacientes como los cuidadores primarios en su mayoría se encuentran en una etapa en la que han aceptado y se han adaptado a su enfermedad; sin embargo la adherencia encontrada es baja, ya que dadas las características de la etapa terminal de la Nefropatía se esperaría un apego terapéutico total el cual no fue encontrado, sin embargo es compatible con lo reportado en la bibliografía en relación a que las enfermedades crónicas tienen una baja adherencia terapéutica.

En nuestro estudio se encontró que la distribución de prevalencia por género de los pacientes es similar; la edad de 15 a 25 años implicó un 21.8% de la muestra reflejando el aumento en la incidencia de Nefropatía Terminal a edades más tempranas, la escolaridad predominante en la muestra fue nivel Primaria, el 96.4% de los pacientes fueron creyentes predominando la religión católica, la ocupación de empleado se encontró en 40% y de los pacientes de 15 a 25 años únicamente el 25% se reportó como estudiante. El 58.1% de los pacientes pertenece a un subsistema conyugal y 40% fueron solteros. El cuidador primario en relación a su parentesco predominó el familiar directo: conyugue 32.7%, madre 30.9%, hijo (a) 21.8%.

El tiempo de diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica predominante fue de 1 a 3 años con 43.6%, y únicamente el 7.3% correspondía a más de 10 años de evolución, el tiempo de tratamiento con Diálisis Peritoneal predominante fue menor de 6 meses con 38.2% seguido de 1 a 5 años con 47.3%; el número de internamientos hospitalarios posterior al inicio del tratamiento de Diálisis Peritoneal fue de 4 o más ocasiones en el 40% y sólo 3.6% se encontraron sin ningún internamiento.

En relación al tiempo del último internamiento hospitalario llama la atención que el 87.3% de los pacientes se ha internado en el último año, únicamente 1.8% se ha mantenido sin internamiento hospitalario posterior al inicio de la diálisis. El número de veces en que se ha realizado cambio de catéter fue ningún cambio con 43.6%, seguido de un cambio con 36.4% y presentando más de 3 cambios únicamente el 1.8%.

En relación al Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte la primera actitud ante la muerte de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis fue la Actitud de Acercamiento implicando la creencia de una vida feliz después de la muerte del 94.5% y sólo 3.6% manifestó

Aceptación Neutral de la Muerte. La segunda actitud fue Miedo a la Muerte con 67.3% seguida por la Actitud de Aceptación Neutral con 25.5%.

La evaluación de Adherencia Terapéutica de Martín Bayarré-Grau mostró 54.5% adherencia total y un 45.5% adherencia parcial en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis.

En relación a los Cuidadores primarios predominó el género femenino con 76.4%, con mayor prevalencia de 46 a 55 años con 32.7%, con escolaridad preparatoria con 34.5%, creyentes en 92.7%, dedicados al hogar en 61.8%, pertenecientes al subsistema conyugal el 81.9%, La Primera Actitud en el Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte 98.2% presentó actitud de acercamiento, y 1.8% Aceptación Neutral, como segunda Actitud Miedo a la Muerte en 72.7% seguida por Aceptación Neutral 20%. La Escala de Adherencia Terapéutica de Martín-Bayarré-Grau en relación al Cuidador Primario presentó adherencia total 70.9% y parcial 29.1%.

Conforme aumenta el tiempo de evolución del Diagnóstico de IRC de 1 a 3 años se observa mayor adherencia terapéutica. Cuando el paciente tiene menos de 6 meses dializándose predomina la adherencia parcial probablemente por el periodo de adaptación y aceptación. El número de internamientos hospitalarios no está relacionado con el grado de adherencia terapéutica ya que influye tiempo de evolución, edad, enfermedades concomitantes, etc.

Los pacientes que tienen menor tiempo transcurrido de su último internamiento hospitalario presentan menor grado de adherencia terapéutica y los pacientes con fecha más lejana del último internamiento presentan adherencia total. Los pacientes que no presentan ningún cambio de catéter predomina la adherencia total así como en aquellos que presentan más de tres cambios

La primera actitud ante la muerte del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis fue la Actitud de Acercamiento independientemente del resto de las variables, la actitud de miedo se relaciona con mayor número de pacientes con ansiedad moderada y máxima. La Actitud de Acercamiento se relaciona directamente con los pacientes creyentes. En los pacientes jóvenes edad de 15 a 25 años predomina la ansiedad mínima en comparación con los pacientes de 66 años o más en quienes predomina la ansiedad moderada.

El miedo a la muerte como segunda actitud predominó en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis independientemente del rango de edad. En pacientes de 15 a 35 años el cuidador primario predominante es la madre y de 36 a 65 años predomina el conyugue. En los hijos como cuidador primario predomina una menor adherencia terapéutica, en comparación con los demás parentescos.

En los cuidadores primarios con ocupación hogar tiene predominio la adherencia total. En los cuidadores primarios con ansiedad mínima y moderada predomina la adherencia total y en los cuidadores primarios de ansiedad máxima predomina adherencia parcial.

La segunda actitud ante la muerte de los cuidadores primarios fue Miedo a la muerte predominando la adherencia total, los que presentan aceptación neutral presentan en su mayoría adherencia parcial. A mayor escolaridad del cuidador primario mayor índice de adherencia total, menor escolaridad mayor adherencia parcial. A la edad de 46 a 65 años del cuidador primario mayor adherencia total del mismo.

La adherencia total predomina en los que presentan miedo a la muerte en relación a los que presentan aceptación neutral quienes manifiestan en su mayoría adherencia parcial.

El morir es un hecho social ya que el hombre con la muerte involucra a varias personas: al que muere y a los que se quedan, ya que la familia del paciente y las personas cercanas a él sufren dolor, angustia y estrés por lo que es importante intervenir en la crisis para superar el duelo. Es por eso que enfocamos al paciente renal junto con su cuidador primario, ya que ambos son un equipo, a parte de la familia que es un pilar de apoyo fundamental en la adaptación y aceptación de las Enfermedades Crónicas.

El miedo a la muerte es universal y su ausencia puede reflejar negación de la misma. Se teme a la muerte por diferentes razones, la pérdida de sí mismo, lo desconocido más allá de la muerte, el dolor y el sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia, el fracaso para llevar una vida significativa, es decir, del fracaso a la hora de encontrar significado personal a la propia vida y a la propia muerte. Sin embargo la falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor.

En lo personal el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social significa un enorme costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse además del deterioro de la calidad de vida del paciente y su familia.

La conducta de cumplir el tratamiento médico está mediada, entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, así como sus actitudes hacia la vida y la misma muerte. El padecimiento de una enfermedad ya implica una

carga estresante en el desenvolvimiento de la vida de las personas, a la que se añade el cumplimiento riguroso de un régimen de indicaciones que implica la realización de esfuerzos encaminados a garantizar el cumplimiento de aquéllas. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes del mismo son aspectos psicológicos muy importantes para la adherencia, es necesario aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables a partir de la interacción del enfermo y el personal de salud.

XIII.- RECOMENDACIONES

Favorecer la educación temprana y continua del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal y su cuidador primario, así como su familia para mejorar la calidad de vida del mismo, con conocimientos sobre la enfermedad como son aspectos básicos del cuidado y la dieta, así como el aspecto farmacológico, favoreciendo la comunicación entre éstos y el personal de salud así como evitando complicaciones.

Sugiero la mejor capacitación del personal médico así como la educación preventiva para evitar un mal manejo de patologías que pueden favorecer el desarrollo de la Insuficiencia Renal Crónica, y concientizar a cada médico para proporcionar el mejor tratamiento a cada paciente formando una alianza para favorecer la calidad de vida del paciente y su familia favoreciendo una Medicina Preventiva.

Asimismo propongo que el envío al servicio de Psicología o Psiquiatría del paciente nefrópata y su cuidador primario para proporcionar apoyo sobre el manejo del proceso de Duelo al inicio del tratamiento con Diálisis y posteriormente durante su evolución para favorecer el manejo de la ansiedad evitando la Depresión y favoreciendo la aceptación y adaptación de su enfermedad.

Ofrecer programas de educación sobre la muerte basada en la Tanatología, donde se dé la oportunidad de examinar los sentimientos personales sobre la muerte propia y de seres amados de manera que permita adaptarse a cualquier malestar o preocupación que se pueda tener. Además a nivel profesional el tratamiento de enfermos terminales y personas en proceso de duelo no es tan humano y confortante como debería ser; los cuidadores primarios tampoco están preparados para tratar estos asuntos por lo que así se mejoraría el afrontamiento a la muerte de manera más efectiva a nivel personal y/o profesional, ya que también se incluiría al personal de salud. Es decir educar al paciente, a su cuidador primario, a su familia y a todo el personal de salud, las escuelas de Medicina y Enfermería, así como otras disciplinas, Psicología, Trabajo Social.

Se propone a partir de los resultados encontrados hacer intervención con programas que les ayuden a los cuidadores primarios a tener un mayor autoconocimiento y control sobre sus emociones para disminuir el cansancio emocional y su tendencia a la depresión.

Sugiero continuar con el apoyo multidisciplinario de trabajo social, nutrición, el personal médico y de enfermería para complementarse y proporcionar así la mejor atención en calidad al paciente y su cuidador primario.

Sugiero continuar con la capacitación previa a la Diálisis proporcionada por el servicio de Diálisis del HGZ 57 del IMSS, en el cual participan las Médicas del Servicio de Nefrología: Dra. Fabiola Resendiz Gómez y Dra. Estela Elizabeth Pérez Peña, Nutrición y Trabajo Social para plantear los conocimientos básicos sobre la enfermedad, las recomendaciones de prevención, los aspectos de nutrición básicos y el acondicionamiento del hogar para poder dializar al paciente en casa.

Sugiero que continúe la capacitación personalizada al paciente y su familiar para dializarse, me es grato conocer que la forma de capacitar al paciente favorece la autosuficiencia del mismo, para evitar la dependencia de la familia dentro de lo posible.

Sugiero que continúe la orientación nutricional personalizada de los pacientes llevando un seguimiento de acuerdo a los exámenes de laboratorio de control solicitados.

Extiendo una sincera felicitación y agradezco el arduo esfuerzo, el tiempo y la dedicación de las Dras. Fabiola Reséndiz Gómez y la Dra. Estela Elizabeth Pérez Peña del HGZ 57 del IMSS quienes proporcionan una atención de calidad y se preocupan y ocupan así como se interesan por la salud de sus pacientes renales proporcionándoles una excelente atención de calidad donde además se ocupan de la educación del paciente así como el hecho de que se les exija y concientice de la importancia de que acepten tener una actitud responsable y autosuficiente dentro de lo posible para aceptar, adaptarse y aprender a vivir con su enfermedad.

Sugiero el realizar y validar un instrumento para evaluar la adherencia terapéutica en el paciente con Insuficiencia Renal en tratamiento sustitutivo de Diálisis abarcando el apego farmacológico, cambios en el estilo de vida incluyendo la alimentación así como hábitos higiénicos, cuidados específicos del catéter y realización de la diálisis así como el reporte de las mismas; control de azoados y electrolitos así como que el instrumento también refiera su opinión sobre la indicación del personal médico.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1, 118 Schmidt Rio-Valle, J. Validación de la versión española de la Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte y del perfil revisado de actitudes hacia la muerte. Granada: Universidad de Granada; 2007. 228p. Tesis.
- 2, 144 Joaquim Timoteo, Limonero García. Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. 1994. 57p. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología.
- 3 Sataver, F. Los requisitos de la tolerancia. El País, 1995, 22 de abril, p. 13.
- 4, 7, 9, 10, 11, 24 Fabiana Siracusa, Claudia. Educación para la muerte: estudio sobre la construcción del concepto de muerte en niños de entre 8 a 12 años de edad en el ámbito escolar. Propuesta de un programa de intervención. Granada: Universidad de Psicología; 2010. 193p. Tesis Doctoral.
- 5 Myers, D. G. Psicología. 1988. Editorial Médica Panamericana.
- 6 Hernández Sampieiri, R et. al. Metodología de la investigación. México: McGraw Hill, 1991, cap. 9.,
- 8 Samarel, N. (1995). The dying process. En H. Wass y R. A. Neimeyer, (eds.) Dying. Facing the facts. (3º ed. Pp. 89-116), Washington: Taylor & Francis.
- 12 Gómez, M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Ed. Arán. Madrid, 1998.
- 13 Aries, P. El hombre ante la muerte. Ed. Taurus. Madrid, 1987.
- 14 Caracuel, M. Actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en los estudiantes de Enfermería de la Escuela Universitaria de Córdoba. Tesis de licenciatura. Univ. De Córdoba, 1983.
- 15 De Unamuno, M. Del sentimiento trágico de la vida. (Obras completas). Ed. Escelicer. Madrid, 1996.
- 16 Terradillos, J. Entre los límites personales y penal de la Eutanasia (Prólogo). Serv de publicaciones de la Univ de Cádiz. Cádiz, 1990.
- 17 Bayés, R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona, 2001: Martínez Roca.
- 18 Grau A. J., Llantá, A. M. C., Massip, P. C., et al. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. 2008. Pensamiento Psicológico.

- ¹⁹ Josmar, A. La gracia de jugar con la muerte. 2005. Consulted on 30 August, 2007 from Todos@cicese, No. 91. <http://gaceta.cicese.mx>.
- ²¹ Allué Martínez, M. (1993). La antropología de la muerte. Revista Rol de Enfermería, 1993; 179-180. 33-39.
- ²² Morgan, J. D. Attitudes Toward Death. 1988. En <http://www.wwdc.com/death/attitudes.html>
- ²³ F. J. Gala León et. al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense 2002:30:39-50.
- ²⁵ Alvarez, Echeverri, T. Aproximación al trabajo de la muerte. Revista IATREIA, 1999:12, (2), 61-69.
- ²⁶ Aranguren, J. L. La muerte en Ética. Alianza univ. Madrid, 1987.
- ²⁷ Barraza, M., y Uranga, R. Reflexiones de una vida: Guía de orientación para familiares y amigos del adulto mayor en su fase terminal. Septiembre 9, 2006 de <http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/Revista>
- ²⁸ Viguera, V. (2005). Los miedos en los adultos mayores. Enero, 8, 2007 de [http://www.isalud.org/htm/pdf/pdfLazos/212LOS%20miedos%20EN%20LOS%](http://www.isalud.org/htm/pdf/pdfLazos/212LOS%20miedos%20EN%20LOS%20)
- ²⁹ Vilches, L. Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educacional superior: Chile: Departamento de psicología, Universidad de Chile.
- ^{30, 145} Limonero, J. T. Ansiedad ante la muerte. Ansiedad y Estrés. 1997: 3, 37-47.
- ^{31, 120, 180} Neymeyer, R. Métodos de evaluación de la ansiedad ante al muerte, Paidós, Barcelona. 1997.
- ³² Yauri, R. Aspectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad. 2005. [http://www.ilustrados.com/publicaciones\(EpyyAApAyukWMoifWN](http://www.ilustrados.com/publicaciones(EpyyAApAyukWMoifWN).
- ³³ Fortner, B. V, & Neimeyer, R. A. Death anxiety in older adults: a quantitative review. Death Studies, 1999; 23, 387-411, <http://dx.doi.org/10.1080/074811899200920>
- ³⁴ Osadolor Osademwigie, I. Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte. México, D. F.: Universidad Iberoamericana Santa Fe, México; 2005. 164p. Tesis para obtener el grado de Doctor en Investigación Psicológica.
- ^{35, 38, 117} Robert A. Neimeyer. Métdos de Evaluación de la Ansiedad ante la muerte. Paidós. Barcelona, 1997. P.132.

- ³⁶ Marshall, V. W. Death and dying. En D. Mangen y W. Peterson. Research instruments in social gerontology. 1981. p. 303-381, Minneápolis, University of Minnesota Press.
- ³⁷Buttler, R. N. Why survive? Being old in América, Nueva York, 1975 Harper & Row.
- ⁴⁰ Elizalde, G. C. & Flores, G. A. Escala de ansiedad ante la muerte para ancianos mexicanos. En R. A. L. M. González-Celis, (Ed.) Evaluación en psicogerontología. México: 2009. Manual Moderno.
- ^{41, 39} Rivera-Ledesma, A., & Montero-López, M. Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte, de Templer en sujetos mexicanos. *Diversitas – Perspectivas en Psicología*, 2010: 6 (1), 135- 140
- ⁴² Kastenbaum, R. The psychology of death. New York: 1992: Springer Publishing Company.
- ⁴³ Uribe Rodriguez, Ana et. al. Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*. 2007: 3(8), 109-120.
- ^{44, 177} Pollack, J. M. Correlates of death anxiety: a reiew of empirical studies. *Omega: Journal of Derath an Dying*, 1979: 10, 97-121, <http://dx.doi.org/10.2190/4KG5-HBH0-NNME-DM58>
- ⁴⁵Bayés, R., Limonero, J. T., Barreto, P., & Comas, M. (1997) A way tos creen for suffering in palliatie care. *Journal of Paliatie Care*; 1997; 13, 22-26.
- ⁴⁶ Ángela Magaz Lago. Efectos psicológicos de la Insuficiencia Renal Crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos. Tesis doctoral. Universidad de Deusto. Bilbao Vizcaya. Junio de 2003.
- ^{47, 48-62} Dominguez Mondragón, G. La Tanatología y sus campos de aplicación. *Horizonte Sanitario* 2009;8:28-39
- ^{63-68,72} Dehesa López Edgar. Enfermedad Renal Crónica; definición y clasificación. *Medigraphic*. Vol. III. Número 3-2008:73-78.
- ⁶⁹ Soriano C.S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo para enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2004; 24, Suplemento 6:27-34.
- ^{70, 160} Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana. México; Secretaría de Salud, 2009.

⁷¹ Amato D, Álvarez AC, Castañeda LR, Rodríguez E, Ávila DM, Arreola F et al. Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican population. *Kidney Int* 2005; 68: Suppl 97:S11-S17.

^{73, 75} Rivera Ledesma Armando, Montero López y Sandoval Ávila. Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer: Propiedades psicométricas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. Noviembre 2010:2(2)83-91.

^{74, 161} Medeiros, Mara, Muñoz Arizpe, Ricardo. Enfermedad renal en niños. Un problema de salud pública. *Bol. Med. Hosp. Infant. Méx.* 2011;68(4):259-261.

⁷⁶ Salgado, A., & Guillen, F. *Manual de Geriátría*, Salvat Editores, Barcelona, España. 1990.

⁷⁷ OMS. Adherencia de los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Geneva: OMS; 2004.

⁷⁸ Macía D. Mendez Fx. Evaluación de la adherencia al tratamiento. En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC, editores. *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI; 1996.

^{79, 80} Libertad Martín Alfonso et. al. Validación del cuestionario Martín-Bayarré-Grau para evaluar la adherencia terapéutica en Hipertensión Arterial.

⁸¹ Síntesis del documento de la OMS y algunas cosas más. 16-10-2008. (13)912.

⁸² Libertad Martín Alfonso y Grau Abalo Jorge A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*. Ene-Jun. 14(1). Universidad Veracruzana. Jalapa, México. 2004. P. 89-99.

^{83, 191} Rodríguez Marín, J. Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En J. Rodríguez-Marín (ED.): *Psicología social de la salud* (pp. 151-160). Madrid: Síntesis. 1995.

^{84, 188} Dumbar, J. M. y Agras, W. S. Compliance with medical instructions. En J. M. Ferguson y C. B. Taylor (Eds.): *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine* (vol. 1). Lancaster, 1980.

^{85, 188} Organización Mundial de la Salud. La OMS alerta sobre riesgos de incumplimiento de tratamientos médicos. 2003. Disponible en línea: www.infomed.sld.cu Fuente: Ginebra, julio.

^{85, 190} Ginarte, Y. La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2001;17(5):502-505.

- ⁸⁷ Ferrer, V. A. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista de Psicología de la Salud*, 1995;7(1):35-61.
- ⁸⁸ Grau, J. y Martín, M. La Investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. *Psicología y Salud*, 1993; enero-junio: 137-149.
- ⁸⁹ Libertad Martín Alfonso y Grau Abalo Jorge A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*. Ene-Jun. 14(1). Universidad Veracruzana. Jalapa, México. 2004. P. 89-99.
- ⁹⁰ Haynes, R. B. Introduction. En R. B. Haynes, D. W. Taylor y D. L. Sackett Eds.: *Compliance in health care* pp. 1-7. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979.
- ⁹¹ Zaldivar, D. Adherencia terapéutica y modelos explicativos. *Salud para la vida*. 2003. Disponible en línea: www.infomed.sld.cu.
- ^{92, 182} Amigó, I., Fernández C. y Pérez, M. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En I. Amigó Ed: *Manual de psicología de la Salud* cap. 13, pp. 229-270. Madrid: Pirámide, 1998.
- ^{93, 187} Libertad Martín Alfonso y Grau Abalo Jorge A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*. Ene-Jun. 14(1). Universidad Veracruzana. Jalapa, México. 2004. P. 89-99.
- ^{94, 98} Rodríguez-Marin, J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En J. Rodríguez-Marin Ed: *Psicología social de la salud* 1995; pp. 151-160. Madrid.
- ^{95, 189} Peck, C. L. y King, N. J. Increasing patient compliance with prescriptions. *Journal of the American Medical Association*, 1985;248: 2874-2877.
- ^{96, 99} Macía, D. y Méndez, F. X. Líneas actuales de investigación en psicología de la salud. En M. A. Simón (Ed.): *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* 1999; cap. VII, pp. 217-258. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ⁹⁷ Becker, M. H. The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 1974;2:324-473.

- ^{100, 103, 108, 113} Garcia García Carmen Adriana y Otero Venegas Yasmin. Depresión y Burnout en cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Universidad del Valle de México, Campus Tlalpan.
- ^{101, 102, 111,} Lago Canzobre, S. y Debén Sánchez, M., 2001. www.Fisterra.com/guías2/cuidador.asp
- ¹⁰⁴ Larrañaga I. Martín U, Bacigalupe A. Begiristain J. et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gac Sanit 2008;22(5):443-450.
- ¹⁰⁵ Bermejo CC. Martínez MM. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Nure Investigación, dic 04-ene 05;11:1-7. http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Proyectos_Imagenes/PROYECTO11.pdf
- ¹⁰⁶ García-Calvente M. Mateo-Rodríguez I. Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit 2004;18:Suppl 1:132-139.
- ¹⁰⁷ IMSERSO/CIS, 1995^a, 1995b Encuesta Nacional de Salud 1995. Disponible en: http://www.matiaf.net/descarga/articulos/Apoyo_informal2.pdf
- ¹⁰⁹ Rivera Mora Hilda, Dávila Mendoza Rocío, González Pedraza Avilés Alberto. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chavez, ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2011;16(1):27-32.
- ¹¹⁰ Sánchez-Guevara L. Gómez-Gómez C, Gutierrez-Herrera RF, Riquelme-Heras HM, Garza-Elizondo T. Perfil y sobrecarga del cuidador principal informal del adulto mayor (Edición Especial) Rev Salud Publica Nutr 2006;(4). www.respyn.uanl.mx/especiales/2006/ee-04-2006/documentos/gerontologia.htm.
- ^{112, 166, 169} Ángela Magaz Lago. Efectos Psicológicos de la Insuficiencia Renal Crónica: Diferencias en función de los tratamientos médicos. Tesis doctoral. Universidad de Deusto. Bilbao Vizcaya. Junio 2003.
- ^{113, 132, 133, 134, 162, 163, 164, 165} Garcia García Carmen Adriana y Otero Venegas Yasmin. Depresión y Burnout en cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Universidad del Valle de México, Campus Tlalpan.
- ^{114, 147} Feifel, H. y Branscomb, A. B. (1973), Who's afraid of death?, Journal of Abnormal Psychology, 81, 282-288.
- ^{115, 148, 150, 152} Robert A. Neimeyer. Métodos de Evaluación de la Ansiedad ante la Muerte. Ediciones Paidós Ibérica, 1994. Barcelona, España. P. 133.
- ^{116, 149} Lewis, M.I. y Butler, R. N. (1974). Life review therapy: Putting memories to work in individual and group psychotherapy. Geriatrics, 29(11),165-173.

- 119, 151 Butler, R. N. "The life review: An interpretation of reminiscence in the aged" *Psychiatry*, 1963;26, 65-67
- 121, 153 Rivera-Ledesma, A., & Montero-López, M. (2010). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte, de Templer en sujetos mexicanos. *Diversitas*, 6 (1), 135-140.
- 122, 154 OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Geneva: OMS; 2004.
- 123, 126, 128, 146, 155, 159 Libertad Martín Alfonso et. al. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarré-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en Hipertensión Arterial. P. 2
- 124, 156 Bastera Gabarró M. El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care España*. 1999;1:97-10.
- 125, 157 Silva Aycaguer LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos, SA; 1997.
- 127, 158 Moriyama IM. Indicador of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Russell Sage Foundation; 1968.
- 129 "Esperanza de vida aumenta a 75 años en México" . El Mañana. 6 de abril del 2010.
- 130 Secretaría de Salud. "Programa Nacional de Salud 2007-2012" p. 23
- 131 Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. "Mujeres y Hombres en México 2010" p. 5
- 135, 136, 137 Secretaría de Salud "Programa Nacional de Salud 2007-2012" p. 28
- 138, 139 "Tumores malignos, tercera causa de muerte en México: INEGI. El Universal. 3 de febrero de 2009.
- 140 J. C. Ruiz San Millán et. al. Insuficiencia Renal Crónica. p. 5080
- 141 Orellana M y Munguía A. Insuficiencia Renal y Depresión. p. 10
- 142 Burney-Banfield, S. Preparing students for their patients' death. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 1994;11, pp. 24-28.
- 143 López, C. A., & Fernández, E. L. Variables influyentes de la depresión ante la muerte (DDS-R) en estudiantes universitarios, 2010: <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/VIIIcongreso/pdfs/463.pdf>

- ¹⁶⁸ Templer, D. Death anxiety as related to depression and health of retired persons. *Journal of Gerontology*, 1971:26, 521-523.
- ¹⁷⁰ Jeffers, Nichols y Eisdorfer Attitudes of older persons toward death. A preliminary study, *Journal of Gerontology*, 1961:16, 53-56.
- ¹⁷¹ Berman, A. Belief in afterlife, religion, religiosity and life-threatening experiences. *Omega*, 1974;5, 127-135.
- ¹⁷² Hertel, B. R. Inconsistency of beliefs in the existence of heaven and afterlife. *Review of Religious Research*, 21 (primavera), 1980; 171-183.
- ¹⁷³ Peterson, S. A. y Greil, A. L. Death experience and religión. *Omega*, 1990;21, 75-82.
- ¹⁷⁴ Powell, F. C. y Thorson, J. A. Constructions of death among those high in intrinsic religious motivation: A factor-analytic study, *Death Studies*, 1991:15, 131-138.
- ¹⁷⁵ Klenow, D.J. y Bolin, R. C. Belief in an afterlife: A national survey, *Omega*, 1989;20, 63-74.
- ¹⁷⁶ Berman, A y Hays, J. E. Relation between death anxiety, belief in afterlife, and locus of control. *Journal of Consulting an Clinical Psychology*, 1975; 41, 318-321.
- ¹⁷⁸ Stillion, J. M. *Death an tre sexes*, Washington, DC, Hemisphere. 1985.
- ¹⁷⁹ Dattel, A.R. y Neimeyer, R. A. Sex differences in death anxiety: Testing the emotional expressiveness hypothesis. *Death Studies*, 1990; 14, 1-11.
- ¹⁸¹ Erikson, E. *Childhood and society* (2ª ed), Nueva York, Norton. 1963.
- ¹⁸⁸ Ferrer, V. A. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista de Psicología de la Salud*, 1995; 7(1):35-61.
- ¹⁸⁴ Macía, D y Méndez, F. X. Evaluación de la adherencia al tratamiento. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra Eds.: *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI. 1996.
- ¹⁸⁵ Barra, E. *Psicología de la salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2003.
- ¹⁸⁶ Antonio Ochando García, et. al. Adherencia Terapéutica de los Pacientes en una Unidad de Diálisis: Influencia de la satisfacción. *Fundación Hospital de Alcorcón*. Madrid. Febrero-Marzo 2007.

XV. ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACION

Es importante que recuerde que toda la información proporcionada en esta investigación es estrictamente confidencial. Por su cooperación gracias.

Nombre del paciente: _____

Edad² _____ Teléfono _____

Sexo¹

FEMENINO	MASCULINO
----------	-----------

Escolaridad³

ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	LICENCIATURA	CARRERA TECNICA	OFICIO
------------	----------	------------	--------------	--------------	-----------------	--------

Religión⁴

CATOLICO	ATEO	TESTIGO DE GEHOVA	CRISTIANO	JUDIO	OTRAS
----------	------	-------------------	-----------	-------	-------

Ocupación⁵

ESTUDIANTE	HOGAR	EMPLEADO, ESPECIFIQUE:	PENSIONADO	DESEMPLEADO
------------	-------	------------------------	------------	-------------

Estado civil⁶

SOLTERO(A)	CASADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO (A)
------------	-----------	-------------	-----------

Cuidador primario parentesco⁷: _____

Insuficiencia Renal Crónica diagnosticada hace⁸:

MENOS DE 6 MESES	MAS DE 6 MESES PERO MENOS DE 1 AÑO	DE 1 A 3 AÑOS	DE 3 A 5 AÑOS	DE 5 A 10 AÑOS	MAS DE 10 AÑOS
------------------	------------------------------------	---------------	---------------	----------------	----------------

El tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal se realiza desde hace⁹:

MENOS DE 6 MESES	MAS DE 6 MESES PERO MENOS DE 1 AÑO	DE 1 A 3 AÑOS	DE 3 A 5 AÑOS	DE 5 A 10 AÑOS	MAS DE 10 AÑOS
------------------	------------------------------------	---------------	---------------	----------------	----------------

Internamientos Hospitalarios¹⁰

1 OCASIÓN	2 A 3 VECES	4 VECES O MÁS	NINGUNA
-----------	-------------	---------------	---------

Fecha del último internamiento hospitalario¹¹

MENOS DE UN MES	DE 1 A 3 MESES	DE 3 A 6 MESES	DE 6 MESES A 1 AÑO	DE 1 A 3 AÑOS	MAS DE 3 AÑOS
-----------------	----------------	----------------	--------------------	---------------	---------------

Cambios de catéter¹²

NINGUNO	UN CAMBIO	2 CAMBIOS	3 CAMBIOS	MAS DE TRES CAMBIOS
---------	-----------	-----------	-----------	---------------------

Este es un cuestionario que nos permite conocer cuáles son las actitudes personales ante la muerte, para permitirnos favorecer el enfrentamiento a esta crisis, manejándolo de forma abierta y natural como un hecho inevitable que es parte del mismo proceso de la vida; para proporcionarle una atención integral y multidisciplinaria teniendo mayor competencia humana y profesional en la atención médica en relación a la muerte, favoreciendo el afrontar esta crisis con la mejor adaptación posible.

ANEXO 1. PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE PRAM¹⁴ de Wong, Reker y Gesser, escala de 32 reactivos.
MARQUE CON UNA CRUZ SI USTED ES EL PACIENTE O EL CUIDADOR PRIMARIO, ASIMISMO MARQUE CON UNA CRUZ EL RECUADRO CON EL QUE ESTÉ DE ACUERDO

ENCUESTA REALIZADA POR EL PACIENTE	ENCUESTA REALIZADA POR EL CUIDADOR PRIMARIO
------------------------------------	---

1.- Creo que la muerte es sin duda una experiencia desagradable

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

2.- La perspectiva de mi propia muerte me produce ansiedad

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

3.- Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

4.- Creo que iré al cielo cuando muera

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

5.- Pienso que la muerte pondrá fin a todos mis problemas

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

6.- Considero que la muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

7.- Me preocupa saber que tengo que llegar a la muerte

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

8.- Creo que la muerte es la entrada a un lugar de completa satisfacción

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

9.- Considero que la muerte proporciona un escape de este mundo terrible

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

10.- Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

11.- Pienso que la muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

12.- Intento pensar en otra cosa antes que en la muerte

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

13.- Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

14.- Creo que la muerte es un aspecto natural de la vida

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

15.- Pienso que la muerte es la unión con Dios y la gloria eterna

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

16.- Creo que la muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

17.- Siento que no le temo a la muerte ni le doy la bienvenida

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

18.- Tengo un miedo intenso a la muerte

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

19.- Evito totalmente pensar en la muerte

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

20.- El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

21.- Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo lo que conozco

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

22.- Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

23.- Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

24.- Considero que la muerte es simplemente una parte del proceso de la vida

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

25.- Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

26.- Evito hablar sobre el tema de la muerte

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

27.- Creo que la muerte ofrece una maravillosa liberación del alma

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

28.- Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

29.- Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

30.- Considero que la muerte no es buena ni mala

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

31.- Espero la vida después de la muerte

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

32.- Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte

TOTALMENTE EN DESACUERDO	DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
--------------------------	------------	------------	-----------------------

Este cuestionario me permitirá conocer cuál es el grado en que mi comportamiento: el tomar medicamentos, el seguir un régimen alimentario, el realizar cambios en mi estilo de vida se corresponde con las recomendaciones indicadas por el médico, donde me implico activa y voluntariamente para mejorar mi calidad de vida y el pronóstico de mi padecimiento.

ANEXO 2. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ADHERENCIA TERAPEUTICA: MBG MARÍN-BAYARRE-GRAU¹⁶, escala de 12 reactivos PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIO DE DIÁLISIS

MARQUE CON UNA CRUZ EL RECUADRO CON EL QUE ESTÉ DE ACUERDO:

1.- Toma los medicamentos en el horario establecido

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

2.- Se toma todas las dosis indicadas

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

3.- Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

4.- Realiza los cuidados del catéter indicados

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

5.- Asiste a las consultas de seguimiento programadas

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

6.- Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

7.- Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

8.- Puede cumplir el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

9.- Puede llevar a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

10.- Usted y su médico deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

11.- Usted y su médico conversan acerca de cómo cumplir el tratamiento

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

12.- Tuvo la posibilidad de manifestarla aceptación del tratamiento prescrito por su médico

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

Este cuestionario me permite conocer cuál es el grado en que mi comportamiento como cuidador primario me involucra activa y voluntariamente para favorecer que mi paciente tome sus medicamentos, siga su régimen alimentario, realice cambios en su estilo de

vida correspondiéndose con las recomendaciones indicadas por el médico para mejorar el pronóstico de mi paciente mejorando su calidad de vida y el de nuestra familia.

ANEXO 3. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ADHERENCIA TERAPEUTICA: MBG MARÍN-BAYARRE-GRAU¹⁶, escala de 12 reactivos, ADAPTADA PARA EL CUIDADOR PRIMARIO del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento Sustitutivo de Diálisis Peritoneal.

MARQUE CON UNA CRUZ EL RECUADRO CON EL QUE ESTÉ DE ACUERDO:

1.- Proporciona a su paciente los medicamentos en el horario establecido

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

2.- Se asegura de que su paciente tome todas las dosis indicadas

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

3.- Se asegura de que su paciente cumpla las indicaciones relacionadas con la dieta

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

4.- Se asegura de que su paciente realice los cuidados del catéter indicados

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

5.- Asiste junto con su paciente a las consultas de seguimiento programadas

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

6.- Acomoda los horarios de medicación de su paciente, a las actividades de su vida diaria

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

7.- Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento de su paciente

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

8.- Se asegura de cumplir el tratamiento de su paciente sin que nadie lo supervise a usted

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

9.- Puede llevar a cabo el tratamiento de su paciente sin realizar grandes esfuerzos

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

10.- Usted, su paciente y su médico deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

11.- Usted, su paciente y su médico conversan acerca de cómo cumplir el tratamiento

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

12.- Tuvo la posibilidad de manifestar la aceptación del tratamiento prescrito por su médico conjuntamente con su paciente

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Actitudes ante la muerte y adherencia terapéutica, del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento Sustitutivo de Diálisis Peritoneal y su cuidador primario en la Unidad de Medicina Familiar 64
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 64, localizada en Avenida de los Bomberos s/n , Colonia Tequesquahuac, 5 de julio del 2012.
Número de registro:	1408
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer las actitudes ante la muerte y la adherencia terapéutica, del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal y su cuidador primario en la UMF 64 del IMSS para que el Médico Familiar desarrolle habilidades necesarias para entender al paciente y su familia en relación al manejo de la muerte para enfrentarla abiertamente proporcionando una atención integral en forma multidisciplinaria favoreciendo el proceso de aceptación a lo largo del proceso de enfermedad terminal y muerte.
Procedimientos:	Se utilizará la técnica de tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia encuestando a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de diálisis y su respectivo cuidador primario, con los criterios de selección establecidos serán invitados a participar en el llenado previo del Consentimiento Informado por escrito y posteriormente se les solicitará responder el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte de Wong, Reker y Gesser, la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer y el Cuestionario para la evaluación de adherencia terapéutica: Martín-Bayarré-Grau, recolectando, procesando y analizando la información obtenida para redactarlo en el trabajo de tesis.
Posibles riesgos y molestias:	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se recibirá una atención más integral mejorando la competencia humana y profesional del Médico Familiar en relación al manejo de la enfermedad terminal y la muerte, para favorecer la aceptación por parte del paciente, el cuidador primario y la familia, proporcionando un manejo multidisciplinario, proporcionando opciones de calidad de vida informando sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, proporcionando un trato digno, orientando en aspectos tanatológicos permitiendo niveles aceptables de ansiedad favoreciendo el proceso de aceptación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se establece el compromiso de proporcionarme la información actualizada sobre tratamientos alternativos actuales o que surjan durante la investigación que pudieran serme útiles como paciente y/o cuidador primario.
Participación o retiro:	El Investigador Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

Privacidad y confidencialidad:

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Se proporcionará un volumen de la Tesis realizada para consultar los resultados de la misma al Servicio de Diálisis del Hospital General de Zona 57 así como en el Departamento de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar 64, y se fomentará la mejor formación del Médico en el Instituto en relación a la enfermedad terminal y la muerte.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Teresa González Gómez, Médico Residente de Medicina Familiar de tercer año, Matrícula: 98153241, Teléfono: 55654200 extensión 51372 y 51373.

Colaboradores:

Dr. Luis Rey García Cortés, Jefe de Enseñanza del curso de especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 64. Teléfono: 55654200 extensión 51372 y 51373 e Investigador asociado: Ricardo Díaz Castillo, Licenciado en Psicología y Metodología de la Investigación de la Universidad Autónoma del Estado de México.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

GUIA DE ALIMENTACIÓN DIARIA DIÁLISIS

DESAYUNO

ALIMENTO	NUMERO DE RACIONES
ATOLE SIN LECHE O TÉ	200ML
CARNE	2 RACIONES= 60GR.
VERDURA	1 RACIÓN
FRUTA	1 RACIÓN
CEREAL	2 RACIONES
GRASA	2 RACIONES

PLAN DE ALIMENTACIÓN

NOMBRE: EJEMPLO
 FECHA: SEP. 2010 EDAD _____
 PESO ACTUAL _____ PESO HABITUAL _____
 PESO IDEAL _____ TALLA _____
 EJEMPLO: 1700KCAL 86GR PROTEÍNAS
1700KCAL 34GR PROTEÍNAS

COMIDA

CARNE	4 RACIONES = 120GR
VERDURA	2 RACIONES
FRUTA	2 RACIONES
CEREAL	2 ½ RACIONES
GRASA	2 RACIONES
AGUA	

RECOMENDACIONES

La guía de alimentación diaria solo menciona los grupos de alimentos (grupo de leches, carnes, frutas, etc.) y cada uno de ellos tiene listas de sustitutos para que usted elija el que más le agrade.

Las raciones son el número de alimentos que usted puede tomar de cada uno de los grupos de alimentos.

Todos los alimentos que están incluidos en las listas de sustitutos, corresponden a una ración, si en su guía diaria de alimentación se marca una ración usted puede escoger sólo un alimento, pero si tiene dos puede escoger dos iguales o diferentes de ese grupo.

En cada uno de los grupos de alimentos hay subgrupos que marcan los de bajo, mediano y alto contenido de potasio, revise sus resultados de laboratorio para saber si su potasio se encuentra normal, bajo o alto y seleccionar los alimentos adecuados para su corrección.

SI SU POTASIO SE ENCUENTRA

NORMAL: Puede tomar de cualquier grupo.

BAJO: Tomar alimentos con alto y mediano contenido de potasio.

ALTO: Tomar alimentos con bajo contenido de potasio o media ración de los de mediano contenido.

Todos los alimentos deberán ser preparados y consumidos sin sal, cuando su presión arterial se encuentre elevada y/o cuando tenga retención de líquidos

Puede utilizar toda clase de condimentos naturales como yerbas de olor, cilantro, perejil, cebolla, apio, pimienta, etc.

Cuando su colesterol se encuentre elevado consume carnes sin grasa y leche descremada, evite las grasas de origen animal.

CENA

ATOLE SIN LECHE O TÉ	200ML
CARNE	2 RACIONES = 60GR.
VERDURA	1 RACIÓN
FRUTA	1 RACIÓN
CEREAL	1 ½ RACIÓN
GRASA	1 RACIÓN

LISTA DE SUSTITUTOS

LECHES

LECHE ENTERA	1 TAZA	200ML
LECHE EVAPORADA	1/2 TAZA	100ML
LECHE EN POLVO	3CDITAS	16GR
LECHE DESCREMADA	1 TAZA	200ML

CARNES

<u>AVES</u>		<u>QUESOS</u>	
GALLINA	30GRS	COTTAGE	40GRS
PATO	30GRS	PANELA	40GRS
PAVO	30GRS	REQUESÓN	40GRS
POLLO	30GRS		

HUEVO

HUEVO ENTERO 1 PZA: NO CONSUMIR
 CLARA DE HUEVO 2 PZAS
 CONEJO 30GRS

RES

CUETE 30GRS	CHAMBARETE 30GRS
FALDA 30GRS	FILETE 30GRS
RES EN GENERAL 30GRS	TERNERA 30GRS

MARISCOS

CAMARONES 30GRS	VISCERAS
JAIBA 30GRS	CORAZÓN 30GRS
OSTIONES 30GRS	HIGADO DE POLLO 30G
PULPO 30GRS	LENGUA DE RES 30G
	HIGADO DE RES 30G
	MENUDO S/GRASA 30G

PESCADO

~~PESCADO FRESCO 30GR~~
~~ATUN EN AGUA 30GR~~

VERDURAS CON BAJO CONTENIDO DE POTASIO:
DIARIO

CEBOLLA 1 TAZA FLOR DE CALABAZA 1 TAZA
CHAYOTE 1 TAZA NOPALES 1 TAZA
EJOTE 1 TAZA PEPINO 1 TAZA
ESPINACAS 1 TAZA PIMIENTO ROJO 1 TAZA
PORO 1 TAZA

CON MEDIANO CONTENIDO DE POTASIO

ALCACHOFAS 1 TAZA CHICHARO 1 TAZA
APIO 1 TAZA ELOTE 1/2 TAZA
BERRO 1 TAZA ESPARRAGO 1 TAZA
BETABEL 1/2 TAZA JITOMATE 1 TAZA
€BERENJENA 1/2 TAZA LECHUGA 1 TAZA
BROCOLI 1 TAZA NABO 1/2 TAZA
CALABAZA 1 TAZA RABANO 1/2 TAZA
COL 1 TAZA TOMATE 1 TAZA
COLECITAS DE B. 1 TZ ZANAHORIA 1/2 TAZA
COLIFLOR 1 TAZA CAMOTE 1/2 TAZA
CHAMPIÑONES 1 TAZA

CON ALTO CONTENIDO DE POTASIO

ACELGAS 1 TAZA }
VERDOLAGAS 1 TAZA } SOLO UNA V EZ
AGUACATE 1/2 TAZA } POR SEMANA
PAPAS 1 TAZA }
QUELITE 1 TAZA }
YUCA 1/2 TAZA }

FRUTAS CON BAJO CONTENIDO DE POTASIO:
DIARIO

LIMA 2 PZAS MED PERA 1 PEQUEÑA
MANGO 1 PZA MED SANDIA 1 TAZA
MANZANA 1 PZA MED TORONJA 1/2 PZA MED
PIÑA 1 TAZA PERON 1 PZA MED
ZAPOTE AMAR 1 PEQUEÑO

CON MEDIANO CONTENIDO DE POTASIO

CIRUELA ROJA 4 PZAS MED MANDARINA 1 PEQU
CHICO ZAPOTE 1 PZA MED MEMBRILLO 1/2 PZA
DURAZNO 2 PZAS MED NARANJA 1 PZA MED
FRESAS 10 PZAS PEQ UVAS 10 PZAS MED
JICAMA 1 TAZA ZARZAMORA 10 PZAS PEQ

CON ALTO CONTENIDO DE POTASIO

COCO 1/4 TAZA KIWI 1 PZA MED
CHABACANO 3 PZAS MED MELON 1 TAZA
DURAZNO BCO 2 PZAS MED PAPAYA 1 TAZA
NECTARINA 1 PZA MED TUNA 2 PZAS PEQU
GRANADA 1 PZA MED GUAYABA 2 PZAS MED
PLATANO 1/2 PZA MED HIGO 2 PZAS MED

EVITAR AZUCAR, MIEL, MERMELADA, PAN
DULCE, PASTEL, CARAMELOS, REFRESCO,
CAFÉ, CHOCOLATE, NUEZ, CACAHUATE,
PEPITAS, PISTACHES
EVITAR CONSOMÉS DE CUALQUIER TIPO

CEREALES CON BAJO CONTENIDO DE POTASIO

~~GALLETAS MARIAS 8 PZAS
GALLETAS DULCES 6 PZAS
HARINA DE TRIGO 1/2 TAZA
CORN FLAKES 3/4 TAZA
PAN DE CAJA BLANCO 2 REBANADAS
PAN DE CAJA INTEGRAL 2 REBANADAS~~

PAN NEGRO 2 REBANADAS
BOLILLO 1 PZA
CEREALES CON MEDIANO CONTENIDO DE POTASIO

ARROZ PREPARADO 3/4 TAZA
AVENA 1/2 TAZA
HARINA DE ARROZ 1/2 TAZA
MAÍZ ENTERO 1/2 TAZA
TRIGO ENTERO 1/2 TAZA
SOPA DE PASTA PREPARADA 1/2 TAZA
TORTILLA DE MAÍZ 2 PZAS ALTERNAR CON EL
PAN, PAN DE CENTENO 2 REBANADAS

CEREALES CON ALTO CONTENIDO DE POTASIO

~~GERMEN DE TRIGO 1/2 TAZA
CEREALES CON FIBRA 1/2 TAZA
SALVADO DE TRIGO 1/2 TAZA~~

LEGUMINOSAS CON ALTO CONTENIDO DE POTASIO

~~FRIJOL COCIDO 3/4 TAZA
LENTEJA COCIDA 1 TAZA
GARBANZO COCIDO 3/4 TAZA
HABA SECA 3/4 TAZA~~

GRASAS

ACEITE VEGETAL DE MAIZ, GIRASOL, SOYA,
OLIVO 1 CDITA MARGARINA 1 CDITA
CREMA: NO MANTECA VEGETAL: NO

ALIMENTOS NO PERMITIDOS

SUSTITUTOS DE SAL, SAL DE AJO, SAL DE
CEBOLLA, ABLANDADOR DE CARNES,
CONSOMÉ EN POLVO O EN CUBOS, SOPAS Y
VERDURAS ENLATADAS

ADEREZOS COMO: MAYONESA, CATSUP, JUGO
DE MAGGI, SALSA INGLESA, SALSA MIL ISLAS,
SALSA DE SOYA

EMBUTIDOS: JAMÓN, SALCHICHAS, SALAMI,
CHORIZO, MORTADELA, TOCINO, LONGANIZA,
CARNE AHUMADA, PATÉ, MORONGA

CECINA, CHARALES, CAMARÓN SECO,
MACHACA DE RES SALADA

TODA CLASE DE BOTANAS SALADAS:
CACAHUATES, PISTACHES, PEPITAS

AGUA MINERAL, BICARBONATO DE SODIO, SAL
DE UVAS, ALKA SELTZER, REFRESCOS
NORMALES Y DIETÉTICOS

EVITAR JUGOS DE FRUTAS O VERDURAS

AZUCAR

SI SU DIETA NO ES BAJA EN HIDRATOS DE
CARBONO SIMPLES PUEDE USAR:
UNA CUCHARADITA DE AZUCAR, MIEL DE ABEJA
O MERMELADA

CONDIMENTOS

SI NO EXISTEN PROBLEMAS GÁSTRICOS PUEDE USAR:
HIERBAS DE OLOR, PIMIENTA SIN SAL, CEBOLLA, APIO, PORO, YERBABUENA, EPAZOTE, PEREJIL, CILANTRO, CANELA, ORÉGANO, LIMÓN, VAINILLA

RECOMENDACIONES

NO SE DEBE CONSUMIR EL AGUA DONDE SE COCIERON LAS VERDURAS Y LA FRUTA UNICAMENTE SE DEBEN CONSUMIR LOS ALIMENTOS INDICADOS EN LA DIETA
LOS ALIMENTOS INTEGRALES TIENEN MÁS FOSFORO
EL CAFÉ, ELCHOCOLATE, EL ATÚN, LA LECHE, EL YOGURTH, EL FRIJOL, LA LENTEJA, LA TORTILLA, EL REFRESCO, ALIMENTOS CON SOYA, AVENA, PEPITAS, CACAHUATES, PISTACHES Y LAS FRITURAS ELEVAN EL FOSFORO.
LA CARNE DE RES CONSUMIRLA SOLO UNA VEZ A LA SEMANA
EVITAR ALIMENTOS FRITOS, CAPEADOS, EMPANIZADOS Y CONDIMENTADOS
EN VEZ DE TORTILLA COMER PAN BLANCO O TOSTADO.
QUESO DEL TAMAÑO DE LA PALMA DE LA MANO DEL ANCHO DEL DEDO GORDO
POLLO, BISTECK DEL TAMAÑO DE LA PALMA DE LA MANO
QUESO COTTAGE O REQUESON
CARNE DE RES 1/7 PALMA DE LA MANO O 1 ALBONDIGA PEQUEÑA
VERDURAS 1 TAZA DE LA OREJA DE LA TAZA HACIA ABAJO
SE PUEDEN COCINAR VARIAS VERDURAS CON MARGARINA O CILANTRO
SOLO USAR JITOMATE BOLA, EL LARGUITO TIENE MÁS POTASIO, O BIEN, USAR EL PEQUEÑITO
EL TOMATE VERDE EL PEQUEÑITO TIENE MENOS POTASIO. SIEMPRE HERVIR ANTES DE GUIJAR. EL AGUA DONDE SE COCE SE TIRA.
LOS CALDILLOS NO DEBEN SER ESPESOS
SI HAY EDEMA EVITAR LIMA, SANDIA, PIÑA Y JICAMA
EVITAR MANGO MANILA TIENE MÁS POTASIO, SI CONSUMIR MANGO ATAUFLFO
SI SE PUEDE USAR AZUCAR, CANELA, AJO, CEBOLLA, CILANTRO, EPAZOTE, HIERBAS DE OLOR PARA DARLE SABOR A LAS VERDURAS
NO USAR NOR SUIZA, NO MAYONESA, NO JAMÓN, SALCHICHA, JUGOS NI REFRESCOS.