

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA

PRESENTADO POR ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

ESTE FORMATO DEBERÁ REQUISITARSE EN ESTRICTO APEGO AL INSTRUCTIVO CORRESPONDIENTE SIN DEJAR NINGÚN APARTADO EN BLANCO.

1.- Título del Proyecto: Se deberá señalar el tema central de la investigación u objeto de estudio relacionado con uno de los cinco temas prioritarios señalados en la convocatoria, deberá ser claro, breve y preciso, así como delimitar el marco espacio temporal.

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y SUS FAMILIARES, EN LA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES “LEONARDO Y NICOLÁS BRAVO”, DURANTE EL PERIODO JULIO A DICIEMBRE DE 2015: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO.

2.- Tema prioritario que abordará y componentes a través de los cuales se desarrollará el proyecto de investigación: En este apartado deberá seleccionar en primera instancia, uno de los cinco temas prioritarios, como tema principal del Proyecto para posteriormente elegir un apartado de cada uno de los cuatro componentes, mediante los cuales se abordará el tema principal, a fin de contribuir a la mejora de la calidad.

| | | TEMAS PRIORITARIOS | | | | |
|--|--|---|---|--|--|---|
| | | Mejora de la calidad en la atención materna y perinatal | Mejora de la calidad en la atención al paciente con síndrome metabólico | Mejora de la calidad en la atención al paciente con Cáncer Cervico Uterino | Mejora de la Calidad en la atención al paciente con Cáncer de Mama | Mejora de la Calidad en la salud mental |
| COMPONENTES | | | X | | | |
| 1.- Dimensión Técnica de la Calidad | 1.- SEGURIDAD DEL PACIENTE | | | | | |
| | Metas Internacionales (modificado de Joint Commission): | | | | | |
| | <i>1.1. Identificar correctamente a los pacientes</i> | | | | | |
| | <i>1.2. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales</i> | | X | | | |
| | <i>1.3. Mejorar la seguridad de los medicamentos</i> | | X | | | |
| | <i>1.3.1 Uso Racional de Medicamentos</i> | | | | | |
| | <i>1.3.2 Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo</i> | | | | | |
| | <i>1.3.3 Disminución de riesgos por alergia a medicamentos</i> | | | | | |
| | <i>1.3.4 Prevención de errores en las etapas del proceso de medicación</i> | | | | | |
| | <i>1.4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto</i> | | | | | |
| | <i>1.5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica</i> | | | | | |
| | <i>1.5.1 Bacteriemia Zero: Reducción de infecciones asociadas a catéter</i> | | | | | |
| | <i>1.5.2 Reducción de Neumonía asociada a ventilador</i> | | | | | |
| | <i>1.5.3 Reducción de infecciones asociadas a vías urinarias</i> | | | | | |
| <i>1.5.4 Reducción de infecciones asociadas a herida quirúrgica</i> | | | | | | |
| <i>1.6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas</i> | | | | | | |
| Gestión de riesgos. | | | | | | |
| 2.- MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA A TRAVÉS DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA | | | | | | |
| 3.- PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | | | | |
| <i>3.1 Clínica de heridas y ostomías</i> | | | | | | |
| 4.- CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA | | | | | | |
| 5.- CUIDADOS PALIATIVOS | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|
| 2.- Dimensión Interpersonal de la Calidad | 6.- PARTICIPACIÓN CIUDADANA: AVAL CIUDADANO | | | | | |
| | 7.- SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN A LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD | | | | | |
| | 8.- CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA | | X | | | |
| 3.-Efectividad Clínica | 9.- CONTROL DE DIABETES | | X | | | |
| | 10.- CONTROL DE HIPERTENSIÓN | | X | | | |
| | 11.- DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCER DE MAMA, CÁNCER CERVICO UTERINO | | | | | |
| | 12.- DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE ENFERMEDADES MENTALES | | X | | | |
| 4.- Acceso Efectivo | 13.- REDES DE ATENCIÓN | | X | | | |
| | 14.- RED DE URGENCIAS | | X | | | |
| | 15.- EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO Y DE CALIDAD | | | | | |
| | 16.- APOYO A LA ACREDITACIÓN | | | | | |
| | 17.- MODELO DE GESTIÓN PARA LA CALIDAD TOTAL | | | | | |

3.- Introducción: Deberá sintetizar de manera precisa y discursiva sin necesidad de abundar a fondo, y solo mencionar los siguientes elementos que intervienen en la investigación: tema u objeto de estudio, relevancia, metodología, resultados, así como sus alcances espacios temporales; lo anterior a fin de contar con un panorama general de la investigación.

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y SUS FAMILIARES, EN LA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES “LEONARDO Y NICOLÁS BRAVO”, DURANTE EL PERIODO JULIO A DICIEMBRE DE 2015: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO.

I. OBJETO DE ESTUDIO: La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis y sus familiares.

II. OBJETIVOS GENERAL.

A. Brindar elementos biopsicosociales, basados en información y conocimiento, para incidir en la calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, en tratamiento de hemodiálisis y sus familiares.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Evaluar los elementos biopsicosociales con los que, pacientes y los familiares, enfrentan su realidad.
2. Consolidar el grupo participante de pacientes y familiares a los talleres programados para la intervención.
3. Construir estrategias de intervención multidisciplinaria para que los pacientes y familiares tengan los elementos necesarios para vivir con calidad de vida.

III.MÉTODO.

Esta investigación se realizará bajo los lineamientos de la “Investigación Acción” (Kurt Lewin), Además de ser un estudio mixto.

A. Hipótesis.

1. Si el paciente-familiar tienen la información y conocimientos sobre la insuficiencia renal crónica, su tratamiento y el proceso sobre la aceptación de la enfermedad, los pacientes tendrán una mejor calidad de vida.
2. La información y el conocimiento sobre la insuficiencia renal crónica, su tratamiento y el proceso de aceptación de la enfermedad no influyen en la calidad de vida.

B. Población

30 Pacientes con insuficiencia renal cuyas edades fluctúan entre 40 y 70 años con insuficiencia renal crónica y que actualmente están en tratamiento de hemodiálisis y sus familiares que desempeñan la función de cuidadores.

C. Unidades de análisis.

1. Biológica:

a. Medicina

Conocimiento esencial del proceso de evolución de la enfermedad, complicaciones más frecuentes y alternativas para su manejo básico oportuno.
Identificación de situaciones de urgencia y medidas básicas para atención.

2. Enfermería:

- a. Cuidados básicos de enfermería para la atención de pacientes: toma de la temperatura.
- b. Tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria niveles de glucosa.
- c. Técnicas de movilización y traslado de pacientes.
- d. Técnicas para el aseo adecuado del paciente.
- e. Técnicas para la administración de medicamentos subcutánea e intramuscular.
- f. Bitácora simplificada para el registro del control realizado por el cuidador.
- g. Orientación la realización de ejercicios físicos adecuados al paciente.
- h. Reflexionar sobre la importancia del ejercicio físico de los cuidadores.

3. Nutrición:

- a. Conocimiento sobre los alimentos pertinentes y acordes a la salud del paciente.
- b. Guías para la preparación rápida, fácil, variada, sabrosa y apetitosa de los alimentos del Paciente y cuidador.
- c. Fomentar la elaboración de menús apropiados al estado de salud del paciente.
- d. Reflexionar sobre la importancia de la alimentación de los cuidadores.

4. Trabajo social:

- a. Elaborar una guía de procedimiento sobre los trámites administrativos más frecuentes que deben seguir pacientes y familiares durante su estancia en la Unidad.
- b. Elaborar un protocolo a seguir en caso de defunción del paciente en la Unidad.
- c. Elaborar una guía del procedimiento de traslado, que deben de realizar los cuidadores, en caso de una situación de urgencia, estando en su domicilio.

5. Psicológica:

- a. Responsabilidad de sí mismo.
- b. Autoconcepto.
- c. Asertividad.
- d. Comunicación.
- e. Ansiedad, depresión y estrés.
- f. Organización del tiempo.
- g. Solución de conflictos.
- h. Toma de decisiones.

- i. Elaboración de duelos.
- j. Apoyos para nuevas formas de vivir: Ceguera, sordera, parálisis, pérdida de alguna parte del cuerpo.
- k. Organización de los proyectos de vida y de muerte.

D. Recursos Humanos:

Equipo multidisciplinario médicos, enfermeras, nutriólogos, trabajadoras sociales, psicólogos y prestadores de servicio.

E. Procedimiento:

Fase 1. Diagnóstico de necesidades biopsicosociales sobre la insuficiencia renal de los pacientes y familiares y de la calidad de vida.

Se elaborará un instrumento que se aplicará a pacientes y familiares para determinar el nivel de conocimientos y la escala de Quintanar sobre "Evaluación de la Calidad de Vida".

Fase 2. Intervención

- a. Organización de pláticas, cursos y talleres para que pacientes y familiares tengan la información necesaria sobre el significado de la insuficiencia renal y el impacto en el paciente y familiares.
- b. Asesorías individuales y grupales para conocer e incidir en los obstáculos que dificultan el proceso de aceptación de la enfermedad.

Fase 3. Evaluación Final

Se aplicarán los cuestionarios iniciales.

IV. RESULTADOS

A. Cuantitativos:

Los resultados obtenidos en la evaluación inicial se capturarán en una base de datos en el programa Excel con el cual se obtendrán frecuencias y porcentajes, para posteriormente compararlos con los datos obtenidos en la post evaluación.

Cualitativos:

Se darán en función de las unidades de análisis a través del análisis del discurso, observaciones Y opiniones de los interesados.

IV. METAS

- **Aplicar el instrumento sobre Calidad de Vida de Flores y Sánchez, al 90% de los pacientes y familiares, en tratamiento de hemodiálisis, en la Clínica de Especialidades "Leonardo y Nicolás Bravo", durante el periodo de julio a diciembre de 2015.**
- **Alcanzar el 90% de asistencia a talleres dirigidos a familiares y pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. De septiembre a diciembre del 2015. En la Clínica de Especialidades "Leonardo y Nicolás Bravo".**
- **Incrementar un 50% la información y conocimientos, de los pacientes y familiares, acerca de la Insuficiencia Renal Crónica, en el servicio de Hemodiálisis de la C.E "Leonardo y Nicolás Bravo"**

Elaboración de:

- Guía simplificada de manifestaciones de complicaciones que ameritan atención médica urgente.
- Manual para el paciente con insuficiencia renal y su familia.
- Guía de grupos de alimentos apropiados para los pacientes.
- Implantar en el servicio de hemodiálisis un procedimiento multidisciplinario para la atención integral de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

4.- Antecedentes: Síntesis de las investigaciones o trabajos realizados sobre el tema, con el fin de dar a conocer cómo ha sido tratado y qué se sabe del mismo. Son el punto de partida para delimitar el problema, en la medida en que permite aclarar la problemática en que se ubica la investigación propuesta.

La disciplina y profesión de la psicología ha crecido tanto en las últimas décadas que tendemos a perder de vista sus límites al trabajar en problemas específicos, cuando realmente es una disciplina que abarca múltiples objetos (Arrivillaga; 2008). Lo que une a los distintos objetos de las Psicologías es su carácter individual y privado, en contraste con lo colectivo o lo público. La inadecuada integración entre la psicología y la salud pública, han ocasionado que esta disciplina solo se concentre en acciones psicoterapéuticas, en intervenciones centradas en los estilos de vida individuales (Albee & Fryer, 2003 citado en Arrivillaga, 2008) o en el análisis e intervenciones desde la Psicología Social en sus distintas ramas, con alcance únicamente en el nivel grupal y comunitario. Todo esto resulta insuficiente cuando se trata de Salud Pública pues ninguna de estas formas toca elementos de la estructura y la composición social, que constituyen lo colectivo y determinan el bienestar, la salud y la enfermedad.

Por ello es importante que la psicología comprenda que los procesos de salud- enfermedad no pueden entender la actividad humana abstraída de las relaciones sociales y de la vida en sociedad, con todas sus peculiaridades. Por el contrario, debe reconocer que la actividad humana en relación con la salud depende del lugar que se ocupa en la sociedad; que no reduzca lo psicológico a un conjunto de propiedades aisladas de las conexiones y relaciones objetivas de los individuos con el medio, sino que las comprenda en función de las condiciones concretas y materiales de la vida (Arrivillaga, 2008).

Hablando específicamente de la salud, si bien es considerada como el estado de completo bienestar físico y mental del hombre, constituye a su vez un elemento esencial en el desarrollo socioeconómico de cualquier país, ya que las condiciones de salud de la población en general están íntimamente vinculadas al nivel de vida de la sociedad, (Méndez; 2008). La creciente “globalización” habla de que la industria ha creado comida chatarra barata accesible para el consumo de la clase media trabajadora en la que la imitación de patrones de consumo excesivo reforzando las concepciones individualistas y creando expectativas de vida no acordes con la realidad, lo que llaman la cultura del “úselo y tírelo” Istúriz (2003). Además del modo de vida acelerado que llevan las personas y que según la industria, les facilita este modo de vida creando comidas instantáneas a la orden del día en todos los lugares.

Ante este panorama de la globalización en las sociedades posindustriales, los problemas que preocupan no son exclusivamente la escases de recursos para los más pobres, sino el estilo de vida que prevalece en nuestros días, como el ritmo acelerado de vida producido por las grandes distancias que hay que recorrer diariamente entre el trabajo y la casa, el estrés, el sedentarismo, el abuso de comida rápida elaboradas a base de exceso de carbohidratos ya que todos estos factores han impactado brutalmente en la salud, provocando enfermedades severas como la obesidad, hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, entre otras.

Dentro de estas enfermedades la insuficiencia renal, es uno de los padecimientos que actualmente presenta elevadas tasas de mortalidad en la población mundial, sin embargo no se tienen registros que permitan explorar las implicaciones que tiene para la calidad de vida de los pacientes y personas que los rodean.

Esta enfermedad implica de acuerdo con Alarcón 2005; en Herrera, Nobles, Escandón y Acuña (2011) la pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para excretar desechos, concentrar la orina y conservar sustancias en la sangre; como es progresiva, puede llegar a ser terminal cuando la capacidad renal se reduce a un 10%; aunque nadie se encuentra exento de esta enfermedad, existen factores predisponentes médicos/genéticos como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y alteraciones en el aparato genitourinario.

Los pacientes con esta enfermedad se someten a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes, los cuales involucran altos costos a nivel físico, psicológico, social y económico para el paciente y su familia. El tratamiento de hemodiálisis es indispensable para que el paciente permanezca vivo por más tiempo, ocasionando efectos físicos adversos producto de la no eliminación de desechos entre ellos insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, etc. Lo anterior llega a tener implicaciones en la vida del paciente porque el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de

manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida, como por ejemplo en las relaciones sociales, familiares, laborales, vinculándose esto con la aparición de trastornos emocionales, lo que afecta en la calidad de vida relacionada con la salud, (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo, 2006).

La enfermedad, hace que exista una alteración en los conflictos, vínculos y redes de comunicación según menciona Pichón (1990), debido a que la imagen interna que tiene el paciente de su grupo familiar se distorsiona por alguna situación ocurrida, haciendo que la comunicación sea nula o deficiente, a causa de la desarticulación de las imágenes que tiene la familia y el paciente, instalándose la locura. Es entonces cuando el enfermo se convierte en un portavoz de las ansiedades del grupo y su rol es el depositario de las tensiones y conflictos grupales, opera como denunciante de la situación conflictiva.

Desafortunadamente la mayor parte de los tratamientos son estrictamente médicos, que si bien son muy importantes, también son insuficientes, lo que provoca un desconocimiento general de las otras áreas involucradas. Ante esta situación, Flores y Cols (2011) realizaron un estudio que tuvo como objetivo conocer las características biopsicosociales de los pacientes con insuficiencia renal crónica y sus familiares para determinar las áreas problemáticas. Posteriormente en el 2013, estos autores indagaron sobre el momento de las etapas de duelo en que se encontraban derechohabientes de la Clínica Leonardo Bravo, se encontró que el 80% estaba en la fase de negación lo que obstaculiza la adherencia al tratamiento y el ser responsables ellos mismo.

5.- Planteamiento del problema: Es la exposición detallada del tema de investigación y de los elementos que lo constituyen, así como su relación e interacción; es recomendable que en la redacción de este punto se dé respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Qué? El Hecho
- ¿Cómo? El modo
- ¿Por qué? La causa
- ¿Dónde? Lugar
- ¿Cuándo? Periodicidad

De acuerdo con estadísticas del Observatorio de Desempeño Hospitalario (2011) la hemodiálisis es una modalidad terapéutica aplicada mundialmente a cerca de un millón de pacientes con insuficiencia renal avanzada. En las tres principales instituciones de salud mexicanas en el 2010, se contaba 461 unidades de hemodiálisis, cifra que se traduce en una razón de 4.3 equipos por millón de habitantes. El IMSS concentró 64% de estas unidades, el ISSSTE 25% y la Secretaría de Salud 11%. Cabe resaltar que no cuentan con unidades de hemodiálisis los estados de Baja California, Chiapas, Coahuila, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí, Yucatán y Zacatecas. A su vez, Garza (2013) menciona que 11 estados de la República Mexicana son los que presentan altas tasas de mortalidad debido a la Insuficiencia Renal siendo más de 10 fallecidos por cada 100.000 habitantes, algunas de las entidades son: Distrito Federal, Veracruz, Jalisco, Hidalgo y Guanajuato; de 169 personas con IRC censadas 84 de ellas son mayores de 65 años de edad y 42 enfermos oscilan entre las edades de 45 a 64 años. La enfermedad trastorna la rutina diaria, propicia diferentes grados de sufrimiento y perjudica la capacidad de programar el futuro y controlar las actividades. Estar enfermo es tener envidia de los que están bien o incluso del pasado sano; se espera poder volver a disfrutar de buena salud. Esto puede ser imposible si uno tiene una enfermedad crónica, los pacientes se olvidan de tener proyectos y una vida que englobe más allá de la enfermedad. Es por esto que a menudo los enfermos llegan a retirarse del mundo o de su círculo social porque se sienten mal y no son capaces de mantener sus relaciones sociales normales, porque ellos mismos y a la vez impuesto por la sociedad no se consideran normales.

En términos generales el tratamiento es fundamentalmente médico, pero como se ha expresado en párrafos pasados, la IRC está acompañada por procesos psicológicos muy importantes por enfrentarse a muchas pérdidas. Es en este punto donde se vuelve importante la introducción del trabajo del psicólogo social en el área de salud con pacientes y

familiares, pues brinda elementos necesarios para elaborar el proceso de perder la salud, el trabajo, su rol social y familiar; para posteriormente aceptar su situación actual, hacerse responsables de su vida, adhiriéndose al tratamiento y realizando acciones que reditúan en una mejor calidad de vida, para ellos y su familia. Asimismo el apoyo del psicólogo social para aceptar la cercanía de la conclusión de su vida es fundamental porque permite la externalización de emociones y acciones pendientes, para cerrar círculos y de esta formar sentir que está listo para partir.

De acuerdo a lo anterior se considera fundamental la formación de un equipo multidisciplinario (medicina, nutrición, enfermería, tanatología, trabajo social, gestor de calidad) que, construya estrategias viables para incrementar la calidad de vida los pacientes y familiares.

6.- Diagnóstico situacional: Es la identificación y análisis descriptivo de la situación actual de la problemática que se pretende solucionar. Dicha descripción deberá estar sustentada con datos, cifras o herramientas que permitan la detección de las causas que la originaron, así como su prioridad de solución frente a otras problemáticas de la organización.

A continuación se presentan los resultados obtenidos del estudio preliminar realizado con los pacientes y familiares. Sobre el estado de los factores multidisciplinarios y cómo afectan en su calidad de vida en las áreas biológica, psicológica y social.

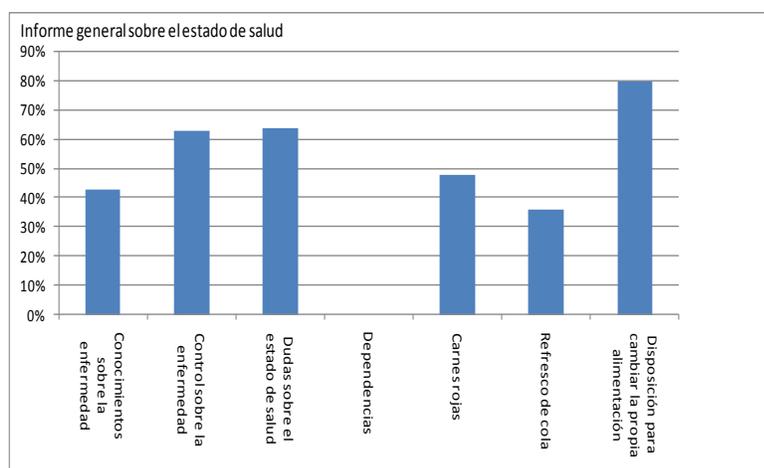


Figura 1. Informe general sobre el estado de salud

En esta figura se muestra el informe general del estado de salud de los pacientes; se observó que el 42 % de la población poseía cierto conocimiento acerca de su enfermedad, mientras que un 62% un control adecuado sobre su enfermedad, sin embargo el 63% tenía dudas sobre su estado de salud. Estos datos se contrastaron al realizarles preguntas sobre su dieta a lo que el 49 % de los pacientes dijo comer carnes rojas, el 37 % mencionó que ingería refresco y el 80 % de la población estaría dispuesto a cambiar su alimentación.

Esta figura nos muestra claramente cómo es que existe una gran resistencia a aceptar la enfermedad y al no reconocerla, no permite que haya una adecuada adherencia al tratamiento médico, ya que aunque esta tabla reporta que más del 40% de la población tiene dudas sobre su enfermedad y sobre los alimentos que puede y no ingerir, el personal hospitalario al principio del ingreso del paciente a la clínica le explica a grandes rasgos las consecuencias de la enfermedad así como algunas características, además a cada uno de los pacientes se les diagnostica un plan nutricional en el que reciben información de que no pueden comer sales, disminuir la ingesta de líquidos etc., como lo menciona Gutiérrez Avalos (2005), sin embargo al aceptar estas condiciones del tratamiento no solo implica llevar una dieta diferente si no aceptar la enfermedad en sí y las consecuencias de la misma, dependerá mucho de la fase en que el paciente se encuentre para poder asimilar estas condiciones, además el nivel cultural de cada paciente puede

ser otro factor que contribuya a tener mayor conocimiento acerca de las enfermedades crónicas y lo que conlleva. A la vez esta falta de negatividad o no aceptación de la enfermedad por parte de los pacientes se debe a que el personal médico aún no es capaz de reconocer que la salud depende de muchos factores, no solo los biológicos y por esta razón la medicina debe de ser integral en cuanto a la atención del paciente sino también en el sentido de la necesidad de analizar los factores de una buena salud, relacionando esta con la íntima correlación de los estilos de vida y el medio donde viven las personas, (Jaramillo Antillan, 2001), ya que esto les permitirá una mejor armonía con el tratamiento médico y la vida diaria.

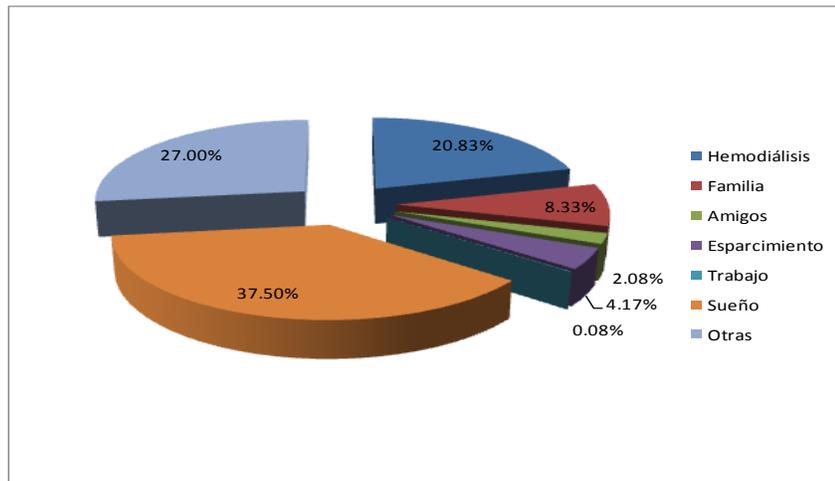


Figura 2. Actividades que realizan

En la figura 2 se muestran las actividades que realizan los pacientes el 37.50 % de su tiempo lo ocupan durmiendo, el 27 % en otras, el 20.83 % se la pasan en el hospital en tratamiento de hemodiálisis, el 8.33% con su familia, el 4.3% de esparcimiento, el 2.08% con sus amigos y el 0.08 % en el trabajo.

Tal y como lo mencionaba Ibarra Mendoza y Siles González (2006) los enfermos crónicos también experimentan un sentido negativo del yo, debido a que su enfermedad limita sus actividades en algunos casos, aislándose de los demás, es muy claro en esta figura como existen personas con enfermedades terminales, en este caso IRC dedican la mayor parte de su tiempo al tratamiento médico y el que les resta en dormir, esto habla de un estado de constante depresión y aislamiento social, siendo este un factor determinante para no poseer redes de apoyo con las cuales les sea más fácil la aceptación de la enfermedad.

En muchas ocasiones también tiene que ver las discapacidades físicas y el grado de avance de la enfermedad en cada uno de los pacientes, asimismo es muy común observar a los pacientes hablar de su pasado, su trabajo, amistades, actividades, viajes etc., de todas aquellas prestezas que solían hacer y ya no realizan, o incluso a fantasear con volver a innovar las mismas a pesar de saber que su enfermedad ira en acrecentamiento, esto se debe a que como mencionaban Ibarra Mendoza y Siles González (2006) es muy común envidiar el pasado sano y a las personas a su alrededor con aparentemente buena salud.

Sin embargo en algunos casos no es únicamente que los pacientes se aislen de los demás, si no que cuando un enfermo crónico pierde algunas de sus capacidades físicas que le permitan desplazarse, muchas veces quedan al cuidado de algún familiar los cuales los forman dependientes de ellos, olvidándose de su autonomía, todos estos factores crean impacto típicamente en la percepción que la persona tiene de su cuerpo, su orientación en el tiempo y espacio, acontecimientos de la vida, su autoestima, sentimientos de motivación y dominio personal.

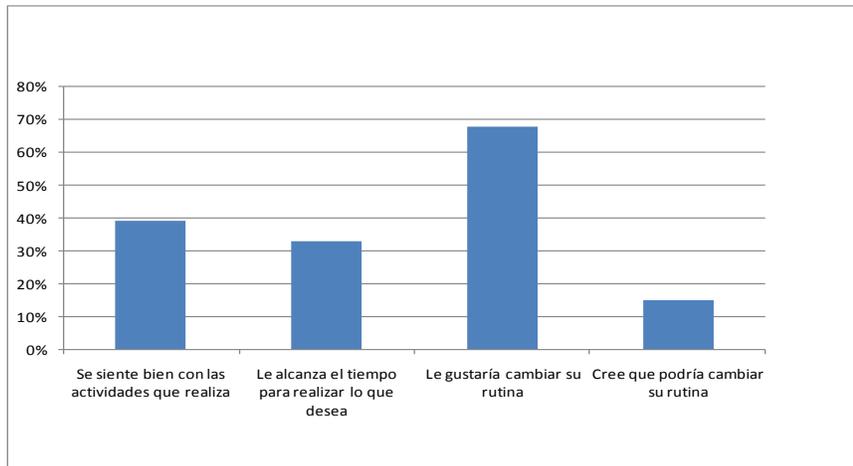


Figura 3. Actitud ante las actividades que realiza

Respecto a la actitud que los pacientes tienen en base a las actividades que realizan mostradas en la figura anterior se describe en la figura 3 como es que se sienten respecto a su organización de tiempo y dinamismo, al 68 % le gustaría cambiar su rutina, mientras que al 30 % se siente bien con las prestaciones que realiza, a un 32 % le alcanza el tiempo para realizar las diligencias que quiere hacer y un 16 % cree que podría cambiar su rutina.

El padecer una enfermedad crónica como lo veníamos revisando a pesar de sus limitaciones, en algunos casos, es importante reconocer que la configuración de los roles de enfermo tiene mucho que ver en como manejen su enfermedad y el que ellos se autolimiten a realizar muchas actividades, Twaddlecitado en Ibarra Mendoza y Siles González (2006), mencionaba que dependía en parte de los valores culturales y de si una persona se definía como "enferma". No sólo existían diferentes definiciones personales respecto a "estar enfermo", sino que no todos los entrevistados decían que esperaban recuperarse, y no cualesquier colaboraban con el médico. Y esto lo podemos ver claramente también en la Figura 1, ya que a pesar de su enfermedad y de las restricciones alimenticias que sabían que tenían muchos de los pacientes seguían ingiriendo alimentos que sabían que les eran dañinos para su salud y que a la vez les causaría complicaciones en el tratamiento, esto los limita realizar algunas actividades ya que se sienten fatigados, adoloridos etc. Es aquí donde uno se pregunta hasta qué punto el considerarse enfermo ante la sociedad te permite ser aún esa persona que planea y que vive, y solo un enfermo que no puede tener un plan de vida que ya no le interesa cuidarse y colaborar con el régimen médico para intentar darse la mejor calidad de vida posible, y a su vez poder darse la oportunidad de realizar todas las actividades posibles y gozar de las cosas buenas que aún podemos hacer o simplemente sentarse a desear tener otra vida, y aspirar a los viejos recuerdos.

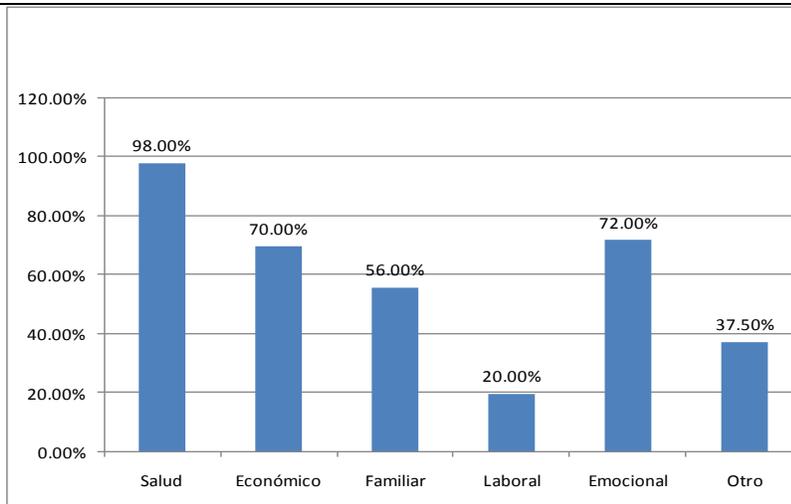


Figura 4. Problemas actuales

De los principales problemas que consideran que tienen los pacientes con Insuficiencia Renal son 98 % de salud, seguido por el aspecto emocional con un 72 %, 70 % el aspecto económico, 56 % la familia, 37.5 % otros y un 20 % el aspecto laboral.

Evidentemente el principal problema que les aqueja es su estado de salud, aunado a la mayor parte de ellos su estado económico ya que la mayor parte de la población es jubilada, pensionada o sus ingresos provienen de la familia, y casi todos se ven en la necesidad de dejar de trabajar por su estado de salud. Además es importante recordar que el tratamiento es costoso y a pesar de contar con el seguro, el tener que acudir dos o tres veces a la semana al tratamiento médico implica un gasto económico, de igual forma se le involucra a un familiar como acompañante del paciente para asistir al tratamiento por si se presentara alguna complicación. Todos estos factores y otros más repercuten seriamente en su estado emocional de los pacientes, y es que son muchas problemáticas que les aquejan a diario, por un lado su enfermedad, los gastos en casa y los problemas familiares y el estrés que esto genera.

Sin embargo a pesar de que su segunda problemática que les aqueja después de su estado de salud es el emocional, la mayor parte por no decir todos los pacientes no suelen buscar ayuda psicológica y solo se conforman con seguir recibiendo el tratamiento médico indispensable para subsistir. Y esto se debe a la nula conciencia y educación de las personas a interesarse en su estado de salud emocional, porque en muchos de los casos los pacientes desconocen la función del psicólogo en área de la salud, y es por obvias razones, porque hasta ahora sigue siendo casi nula su introducción en este campo.

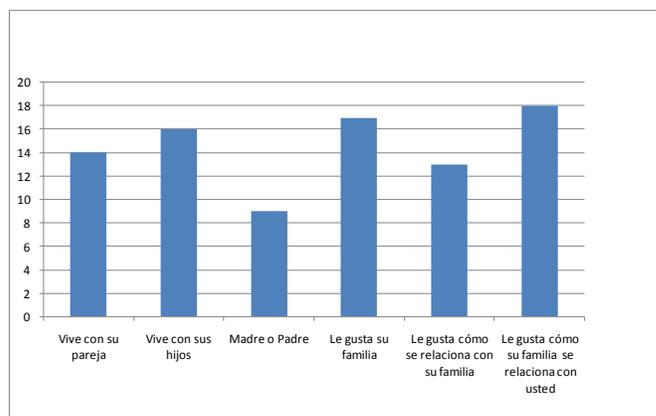


Figura 5. Familia

La figura 5 muestra que el 16 % de la población vive con sus hijos, el 14 % con su pareja y el 9 % con su madre o padre. Por otro lado el 18 % de la población dijo que le gustaba como se relacionaba su familia con él, el 17 % dijo que le gustaba su familia y a un 13 % le gusta cómo se relaciona con su familia. Debido al rango de edad de los pacientes que padecen IRC la mayor parte de la población termina al cuidado de algún hijo en su mayoría o su pareja, cuando las personas padecen alguna enfermedad, y más cuando hablamos de enfermedades crónico degenerativas siempre los pacientes necesitaran algún familiar que se haga cargo de sus cuidados.

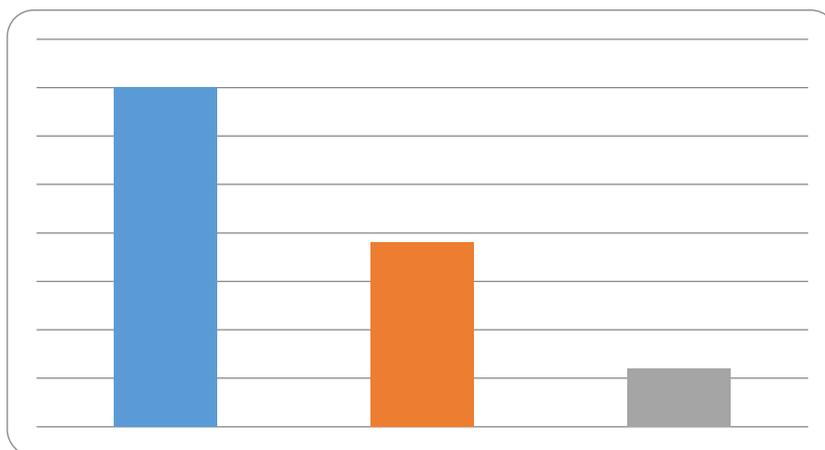


Figura 6. Amistades

Respecto a su círculo social de amistades en la figura 6 se muestra que el 70 % dice tener amistades, sin embargo solo el 39 % las frecuenta y solo un 11 % realiza actividades con ellos.

Debido al padecimiento los pacientes van reduciendo paulatinamente su círculo social, ya que las citas médicas, dejan de trabajar o realizar las actividades acostumbradas limita el contacto y convivencia con sus amistades, por lo que al final su familia ya sean sus hijos o pareja se convierten prácticamente en su único círculo social del paciente como lo demuestra la figura anterior.

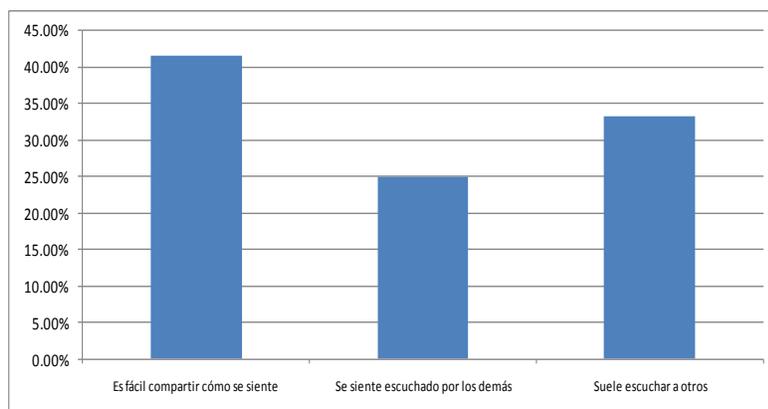


Figura 7. Comunicación

En la figura 7 el 42 % de la población menciona que es fácil compartir cómo se siente, el 25 % se siente escuchado por los demás, y el 33 % suele escuchar a otros. Evidentemente la mayoría de la población cree que no es tan difícil compartir cómo se siente, más bien lo difícil es encontrar quien lo escuche, ya que solo la cuarta parte de la población considera ser escuchado, pero que sucede con el resto de ellos, alguien escucha sus necesidades y sus emociones, o solo se limita en que su cuidador lo lleve a su tratamiento médico y se quede postrado sin hacer ni decir nada. Muchos de estos pacientes debido a los malestares de la enfermedad y las propias limitaciones que genera la IRC se alejan y aíslan de las demás personas, su círculo social se reduce y por lo tanto la comunicación también, por ejemplo

dentro del procedimiento de hemodiálisis a pesar de que son de tres a cuatro horas continuas de tratamiento la mayor parte de la población por no decir toda prefiere dormir o escuchar música, algunas veces si hay y si está encendida miran un poco el televisor y rara vez hablan con alguna enfermera pero sobre todo por cuestiones del tratamiento. Este panorama es el que viven día a día muchos de los enfermos con alguna enfermedad crónica degenerativa, y esto no solo afecta sus relaciones personales si no que interviene también en su estado emocional como se muestra a continuación.

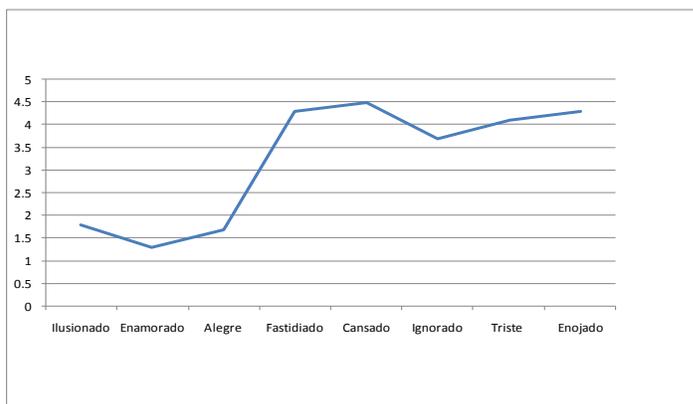


Figura 8. Perfil emocional

Respecto a su perfil emocional el 4.5 % dice estar cansado, el 4.3 % se siente fastidiado, el 4.2 se siente enojado, un 3.7 % se siente ignorado, 1.8 % está ilusionado, 1.6 % esta alegre y un 1.4% está enamorado. Es fácil comprender estas cifras, ya que el factor emocional en los pacientes crónicos degenerativos después de sufrir tantos cambios en su vida como la pérdida de su salud que implica no solo la IRC si no otros padecimientos como ceguera, amputaciones etc. Lógicamente esto afecta en su círculo social, llámese trabajo, amigos o conocidos, los lleva a aislarse, sentirse fastidiados y cansados de su rutina y de su situación de la cual no hay marcha atrás, les espera como única opción de conservar por más tiempo su vida, el asistir periódicamente a un tratamiento de hemodiálisis, y el depender de estar conectado dos o tres veces a la semana a una máquina que realice la función renal.

La enfermedad y más aún cuando se trata de enfermedades crónicas, transforman la rutina diaria, propicia diferentes grados de sufrimiento y perjudica la capacidad de programar el futuro y controlar las actividades. El estar enfermo es tener envidia de los que están bien o incluso del pasado sano, usualmente cuando se pierde la salud las personas llegan a sentir ira y melancolía de recordar como era su vida antes de la enfermedad y en algunos casos llegan a enfascarse en esa situación lo que ocasiona que no se permitan a sí mismos enfrentar y asumir su enfermedad y en vez de negarla y recordar su pasado sano, puedan afrontar y buscar formas en hacer más llevadera la enfermedad y su tratamiento.

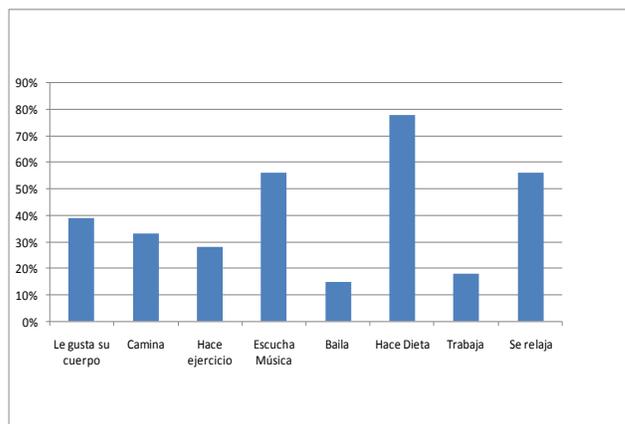


Figura 9. Sobre su cuerpo

Por último en la figura 9 se muestra que el 39 % de los pacientes les gusta su cuerpo y lo que hacen para mantener su cuerpo sano es el 79 % hace dieta, un 57% escucha música, un 56 % se relaja, 32 % camina, el 29 % hace ejercicio, el 19 % trabaja y un 15 % baila.

Si observamos bien las cifras solo a menos de la mitad de los pacientes les gusta su cuerpo y el 79% de la población que dice hacer dieta para estar sano es más bien porque es un requerimiento médico para que el procedimiento de hemodiálisis tenga lo menos posible de complicaciones, sin embargo aún así no todos siguen las indicaciones es por esto que en este porcentaje a pesar de ser alto no es del 100% de la población. Además pasatiempos o actividades que disfruten son realmente pocos el número de pacientes que lo hacen y esto se debe a que el transcurso de enfermar es un proceso crónico que hace impacto en la percepción que la persona tiene sobre su cuerpo, su autoestima y sus sentimientos de motivación personal Kathy charmz (1983, 1991) citado en Ibarra Mendoza y Siles González (2006) sugieren que los enfermos crónicos experimentan un sentido negativo del yo porque su enfermedad les aísla de los demás, les desacredita porque reduce su sentido de valor personal, de hecho algunas personas pueden sentirse estigmatizadas como consecuencia de su enfermedad, como se ve en casos de personas con impedimentos físicos. Efectos como estos son los que parecen colocar a los enfermos en una situación de desviación respecto a su sentido del yo, con mayor frecuencia las personas afectadas por enfermedades crónicas y sobre todo los discapacitados físicos tienen que enfrentarse a problemas adicionales de movilidad, una imagen corporal negativa y el estigma social, además su imagen corporal afecta también el ámbito sexual y de pareja por lo que finalmente termina por ocasionarles mayor depresión, menos autoestima y una relación distante con la pareja.

Como hemos podido observar a través de los porcentajes que muestran las figuras, las enfermedades crónicas repercuten en su mayor parte de manera negativa en la vida de las personas, sin embargo la capacidad del individuo para sobrellevar una situación límite tiene relación muy estrecha con las experiencias de socialización, que le habrán enseñado la forma en que debe de afrontar las nuevas situaciones, esta es la principal variable por la cual un enfermo acepte y conlleve mejor su enfermedad, pero esto no quiere decir que si las experiencias de socialización y la forma en que se aprendió a afrontar las situaciones negativas fueron incorrectas el paciente no pueda ser capaz de aprenderlo, y fue precisamente una de las aplicaciones de este trabajo, descubrir los aspectos negativos que afectan el estado físico y emocional, así como la forma de interactuar socialmente y desarrollar estrategias que les permitan desplegar las habilidades necesarias para afrontar este proceso.

7.- Justificación del proyecto: Describir las razones que fundamentan la metodología utilizada para la ejecución del proyecto, así como los argumentos que justifiquen la elección de los componentes a través de los cuales se dará atención al tema prioritario.

Ahora bien, cabe recordar que la enfermedad renal crónica es progresiva, generalmente no existe cura y sigue un patrón constante que depende de su etiología y del propio paciente, dándole un giro drástico a la vida no solo de los pacientes, sino también de su familia pues se dan cambios en la rutina familiar por las constantes visitas al tratamiento médico, cambio de alimentación, en algunos casos dejar de trabajar pues estas enfermedades van degenerando el funcionamiento del organismo hasta perder la visión, la movilidad entre los más relevantes, hasta llegar a depender de algún familiar y alejándolos de todo círculo social; lo que les genera depresión, ira, ansiedad, negación ante el proceso de su enfermedad. Los enfermos crónicos también experimentan un sentido negativo del yo, porque su enfermedad limita sus actividades, los aísla de la sociedad, reduciendo su sentido de valor personal y haciendo que se conviertan en una carga para otros. De hecho, algunas personas pueden sentirse estigmatizadas a consecuencia de su enfermedad, como se ve en casos de personas con impedimentos físicos. Estos efectos parecen colocar a los enfermos en una situación de desviación respecto a su sentido del yo, asimismo en las relaciones con otras personas y en el desempeño de su papel social, también se pueden volver sobre sí mismos y mostrarse infantiles indefensos, dependientes hasta el punto de pensar exclusivamente en ellos e ignorar el mundo exterior.

La enfermedad trastorna la rutina diaria, propicia diferentes grados de sufrimiento y perjudica la capacidad de programar el futuro y controlar las actividades. Estar enfermo es tener envidia de los que están bien o incluso del

pasado sano; se espera poder volver a disfrutar de buena salud. Esto puede ser imposible si uno tiene una enfermedad crónica, los pacientes se olvidan de tener proyectos y una vida que englobe más allá de la enfermedad. Es por esto que a menudo los enfermos llegan a retirarse del mundo o de su círculo social porque se sienten mal y no son capaces de mantener sus relaciones sociales normales, porque ellos mismos y a la vez impuesto por la sociedad no se consideran normales.

En términos generales el tratamiento es fundamentalmente médico, pero como se ha expresado en párrafos pasados, la IRC está acompañada por procesos psicológicos muy importantes por enfrentarse a muchas pérdidas. Es en este punto donde se vuelve importante la introducción del trabajo del psicólogo social en el área de salud con pacientes y familiares, pues brinda elementos necesarios para elaborar el proceso de perder la salud, el trabajo, su rol social y familiar; para posteriormente aceptar su situación actual, hacerse responsables de su vida, adhiriéndose al tratamiento y realizando acciones que reditúan en una mejor calidad de vida, para ellos y su familia. Asimismo el apoyo del psicólogo social para aceptar la cercanía de la conclusión de su vida es fundamental porque permite la externalización de emociones y acciones pendientes, para cerrar círculos y de esta forma sentir que está listo para partir.

De acuerdo a lo anterior intervenir en la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal y sus familiares, constituye un objeto de estudio complejo. En primera instancia porque está conformado por elementos biopsicosociales, que se encuentran tanto en el individuo como en el ámbito social e institucional, por este motivo se consideró que el método de investigación-acción, definido por Gómez (2010) como “una forma de cuestionamiento auto reflexivo que se utiliza con la finalidad de mejorar la racionalidad de las situaciones en la práctica social, es el medio que permitirá el logro de los objetivos, ya que permite a) identificar las fuerzas sociales y de las relaciones detrás de la experiencia humana, b) la generación de nuevos conocimientos al investigador y a los grupos involucrados; c) la movilización y el reforzamiento de las organizaciones de base, d) en algunos casos, después de la comprobación los resultados en la realidad, cabe la posibilidad de iniciar un ciclo nuevo de la investigación – acción” e) mejorar la comunicación efectiva entre profesionales involucrados en el tratamiento, e) contribuir al conocimiento del manejo de su enfermedad, con la finalidad de incrementar la seguridad en manejo de medicamentos, fortalecer sus redes de apoyo, reconocer situaciones de urgencia, f) Incrementar una cultura de seguridad del paciente en la unidad médica.

En este sentido se trabajará en un primer nivel con la formación del equipo multidisciplinario desde el enfoque de los Grupos Operativos de Pichón Riviere, en él se planearán las estrategias de evaluación-intervención-evaluación y posteriormente se realizarán para finalmente, en un tercer momento analizarlas y elaborar los ajustes necesarios para la intervención.

8.- Marco teórico: En este apartado se deberá presentar el marco de referencia que fundamenta la investigación, en donde se analice y exponga los enfoques teóricos y metodológicos que se consideren pertinentes para abordar el objeto de estudio y argumenten la adopción de algún enfoque particular.

En la psicología social existen varias formas de intervención, dos de las más relevantes son las que se realizan a nivel individual y grupal.

A nivel individual:

Terapia Narrativa

La terapia Narrativa planteada por Michael White es una técnica psicoterapéutica que consiste en la “externalización del problema” es decir propone una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente, lo cual le permitirá tomar iniciativas más efectivas a fin de rehuir la influencia que el problema ejerce sobre su vida. El medio por el que se llega a ese objetivo está en función del uso del lenguaje dentro de la conversación terapéutica.

El proceso de externalización del problema es progresivo, un proceso continuo de co-elaboración de una “nueva realidad” en la que se lleva a cabo una separación del problema con la percepción que la persona tiene de sí mismo en función de los atributos, ideas, supuestos, creencias, hábitos, actitudes, pues el problema tiende a recaer en la

identidad o la personalidad del paciente; debido a ello externalizar el problema es una técnica terapéutica muy útil que abre un espacio que permite deshacer algunos de los efectos negativos de la rotulación social, tales como el supuesto "la persona que tiene el problema es el problema" (White, 1994). Esta técnica es muy útil con los pacientes que tienen IRC ya que la mayor parte de ellos tienden a verse siempre en conjunto con la enfermedad y no ven otras posibilidades más que la muerte como único destino, y al utilizar esta técnica les permitirá elaborar o plantearse nuevas actitudes ante el proceso de enfermar, que les permitirá a su vez plantearse una "nueva realidad" y un proyecto de vida y muerte que sea sano y sin olvidarse de vivir.

Una vez que el problema ha sido externalizado, el paciente es incitado por el terapeuta en advertir las posibilidades de acción que existen de actuar en contra del problema, lo cual permitirá al paciente encauzar su vida en la dirección que más prefiera. De acuerdo a las cuestiones que el terapeuta presenta al paciente, se instala la idea de que puede elegir y es un agente activo del curso de su propia vida, pues al externalizar el problema no se le excluye de responsabilidad. Una vez enfocado el problema, se le incita al paciente a reconocer las opciones que existen: continuar sometiéndose ante la influencia del problema ya externalizado o dejar de someterse a él (White, 1994).

A nivel grupal:

Diversos son los enfoques que estudian los procesos grupales, uno de ellos está representado por Enrique Pichón Riviere, quién construye una propuesta denominada "Grupos Operativos".

Para este autor, los problemas modernos, son problemas de salud mental, pero el grupo fragmenta esa ansiedad que provoca el estar cerca del objeto, siendo el grupo la unidad de trabajo, para entender un poco más, definiremos al grupo como: "x" número reducido de personas que se reúnen en un tiempo y espacio para lograr una tarea ya sea en forma explícita o implícita." En esta interacción grupal se presencia la transferencia (proceso en el que se transfieren los roles establecidos en cada sujeto, existiendo una adaptación pasiva, decodificándose lo establecido, pasando de lo inconsciente a lo consciente) y la contratransferencia. (Reacciones que son inconscientes por parte del coordinador frente al grupo y a la tarea).

Pichón Riviere, (1990) plantea la definición de grupos operativos como "la des ocultación de lo implícito... búsqueda de la interrelación dialéctica entre el hombre y su medio", teniendo como objeto de estudio: "el desarrollo y la transformación de una relación dialéctica, la que se da entre la estructura social y la fantasía inconsciente del sujeto, asentada sobre sus relaciones de necesidad", uno de los conceptos en esta teoría es la Praxis, siendo resultado del aprendizaje, donde al establecer una relación ambos se transforman.

La finalidad de utilizar los grupos operativos con los pacientes y familiares de los enfermos de IRC es con la intención de desarrollar aptitudes, modificar actitudes de los individuos (estereotipos) a través de un trabajo grupal, es importante mencionar que cada persona llega al grupo con un ECRO individual, a través de él, el individuo piensa y actúa de una manera determinada.

Para ello, el grupo ayuda a que las personas elaboren una historia en conjunto (ECRO grupal) a través de la realización de tareas implícitas y explícitas, para lograr un objetivo en común existiendo la aceptación y comprensión, esto con la finalidad de que se dé un aprendizaje o re-aprendizaje social, en dicho proceso de aprendizaje existen dos tipos de niveles el explícito y el implícito, el primero se refiere a las actitudes o interacciones observables de las personas, ya sean que estas sean conscientes o inconscientes, el segundo trata de indagar el porqué del primer aspecto, llegando al nivel inconsciente del grupo, siendo significativo cuando las acciones del nivel inconsciente se transformen en el nivel consciente, estas dos situaciones proporcionan elementos para el desarrollo del aprendizaje y la meta de la tarea. Cabe mencionar que si se presenta un obstáculo como por ejemplo exceso de ansiedad la tarea puede quedar paralizada.

Según Pichón (en Flores y García, 1996) el trabajo grupal está compuesto de tres elementos llamados PRE-TAREA (confusión y resistencia al cambio), TAREA (reconocimiento y mapeo de las ansiedades para poder producir y ser creativos), en este segundo aspecto encontramos dos tipos de tarea explícita (alcanzar los objetivos de aprendizaje planeados) o manifiesta e implícita o latente (vencer obstáculos que afectan el funcionamiento del grupo) y por último PROYECTO (planificación en dos tiempos: mediano y largo plazo).

La tarea convierte al grupo operativo en terapéutico, esto porque resuelve la ansiedad del grupo aclarando los miedos básicos, aprendizaje, comunicación, existiendo la curación del grupo. La tarea también logra una revelación honesta de sí mismos, la descripción de experiencias significativas y elaboran interpretaciones para comprender las respuestas neuróticas. Su objetivo del proceso terapéutico es disminuir ansiedades psicóticas básicas, es decir miedos de: ansiedades, pérdida y ataque, ya que estos provocan enfermedad porque son manifestados fenomenológicamente, fallando por la utilización de mecanismos defensivos que son estereotipados y rígidos teniendo como finalidad que el sujeto se mantenga en un estado de adaptación activa al medio.

El enfermo es portavoz de las ansiedades del grupo y su rol es el depositario de las tensiones y conflictos grupales, opera como denunciante de la situación conflictiva, este se enferma cuando el estereotipo se configura, además de que el grupo no permite que cree una identidad. La enfermedad, hace que exista una alteración en los conflictos, vínculos y redes de comunicación, debido a que la imagen interna que tiene el paciente de su grupo familiar se distorsiona por alguna situación ocurrida, haciendo que la comunicación sea nula o deficiente, a causa de la desarticulación de las imágenes que tiene la familia y el paciente, instalándose la locura.

En este proceso de la enfermedad se generan dos grupos familiares: epileptoide (familia aglutinada) y esquizofrénico (familia dispersas), estando más presente el primer grupo en una situación de duelo, sin embargo, cuando la comunicación es abierta (comunicación multidireccional y se genera una retroalimentación, siendo así un grupo operativo, en donde existen roles establecidos, pero también existe una flexibilidad que permite asumir otros roles funcionales, asumiendo un proceso de aprendizaje de la realidad, apareciendo un equilibrio en la familia.

Durante el proceso terapéutico llega a surgir un conflicto que todos los miembros de la familia sabían que existía pero lo mantenían en silencio, convirtiéndose este conflicto en un misterio el cual produce ansiedades por la resistencia que se tiene para aclararlo, para ello el terapeuta tiene que aclarar de lo que no se ha hablado en la familia, reconstruyendo los roles de comunicación, a través de replantear los vínculos y reestructurar el inter juego de roles, surgiendo confusión y perturbación de la comunicación, logrando vivenciar una lectura de la realidad, además de liberar inseguridad e incertidumbre siendo la base de los trastornos.

El grupo operativo ve al grupo como un todo, ya que proporciona acciones e interacciones individuales y observaciones microsociológicas, evaluándolo a través de los cambios que tiene el síntoma. La escala de evaluación está constituida por VECTORES del cono invertido estos van desde lo inconsciente hasta lo consciente, estos son: Pertinencia (concentración en la tarea), Capacidad de planificación, Cooperación (contribución a la elaboración de la tarea), competencia (superar obstáculos para la realización de la tarea) Actitud ante el cambio, Pertenencia (sentirse miembro del grupo), TELE (positivo: disposición a trabajar con el otro, negativo: nula o poca disposición por trabajar con el otro), Afiliación (reconocimiento de los otros, manteniéndose una cierta distancia), Aprendizaje (debe existir información, emoción y producción) y Comunicación (acción y afecto a través de palabras, sonidos, gestos, símbolos y miradas para generar un ECRO grupal, decodificando los mensajes).

Cabe mencionar que para que se lleven a cabo tanto la coordinación de grupos y de los talleres en específico es substancial diferencial que existen ciertos roles presentes en los grupos, que si los aprendemos a identificar puede ser benéfico para el grupo, según Pichón son los siguientes:

Chivo emisario (se colocan los aspectos negativos del grupo para mantener el liderazgo), Saboteador (persona que realiza acciones para que la tarea no se cumpla, resistiéndose así al cambio), portavoz o emergente (percibe y denuncia, tensiones y conflictos del grupo), Líder (los aspectos positivos del grupo son puestos a él) y coordinador (ayuda al grupo a través de la reflexión sobre las relaciones que se establecen y la tarea, además de tratar que cada integrante elabore sus ansiedades y obstáculos que presentaron durante la tarea, propiciando el aprendizaje).

Una vez identificado estos roles para la coordinación de grupos en específico pueden trabajar para la coordinación de grupos un Coordinador, Co-coordinador y Observador. La función de cada uno de ellos es la siguiente; el coordinador debe detectar y reflexionar las ansiedades y obstáculos que se presentan, asimismo tiene que elaborar un plan de trabajo, tener en mente los objetivos para que la tarea vaya acorde con ellos, de igual manera es muy importante que sepa manejar el tiempo para enfocar el trabajo del grupo en la tarea siendo esta la líder, también el coordinador debe estar consciente que dentro del grupo existen muchas realidades pudiendo beneficiar el aprendizaje, el discurso puede ser generado a través del desconcierto que genera el silencio, es importante que esté atento a la dinámica grupal para que así pueda hacer reflexionar a los integrantes, sin embargo no deben existir alianzas entre él y algún integrante del grupo, ya que los demás se pueden sentir aislados, también deben mantener una distancia entre los individuos para tratar de que no se genere la transferencia y contratransferencia.

El co- coordinador, por su parte aporta profundidad y amplitud a la evaluación de la sesión, mientras que el observador como su nombre lo dice se encarga de observar y anotar todo lo que ocurre así como lo que se dice, pues todo lo que sucede en un grupo tiene un porqué. Finalmente en otro momento, el equipo del coordinador realizará el análisis de la sesión para organizar la siguiente.

Definitivamente los puntos que se deben considerar para la elaboración del taller, definido por Flores y García 1995, como un espacio para analizar y pensar, donde nada está hecho y todo está por hacer” son las siguientes:

A) objetivo: es aquello que en una forma consciente o inconsciente se pretende cumplir. Dentro de los objetivos específicos se pueden considerar: propiciar la creatividad, la autoreflexión, promover conocimientos, organizar proyectos, encontrar alternativas, promover la comunicación, etc.

B) Resumen: Es un procedimiento que se realiza en el cierre y apertura de cada sesión: Consiste en señalar los aspectos centrales del contenido, con el propósito de propiciar la integración de lo vivido.

C) Encuadre: Es un elemento que se ubica dentro de la apertura del mismo, consiste en construir las pautas en función de las condiciones de cada taller, por ejemplo: hora de entrada y salida, número de sesiones, criterios de evaluación, etc. Ayuda a que los participantes se comprometan con el taller a lo largo del mismo.

D) Instrucciones: Son el conjunto de procedimientos que indican que hacer y cómo hacerlo, deben ser claras para evitar alteraciones en el proceso. Estas son:

1.- Se da a conocer el tiempo de duración de la sesión.

2.- Se preguntan las expectativas del grupo.

3.- Presentación del programa.

4.- Hora en que inicia.

5.- Hora en que termina.

6.- Se a conocer la técnica.

7.- El encuadre se analiza al inicio del taller, no en cada sesión.

E) Tiempo: Orienta la elección de la técnica adecuada al número de integrantes de cada grupo, la profundidad y la extensión del objetivo, así como al proceso grupal.

F) Evaluar: Valora los elementos del taller. Es importante realizar una evaluación global sesión por sesión lo que permite observar y modificar aspectos que pueden mejorar las técnicas y el desarrollo para lograr el objetivo, así como mejorar la empatía y el desarrollo grupal.

G) Preguntas ejes: Nos sirven para orientar el análisis y propiciar la reflexión en el cierre que favorezca el objetivo.

9.- Objetivo general: Es el enunciado que expresa el propósito o intención de la investigación, así como la meta que se pretende lograr y los alcances de la misma. El objetivo general y la pregunta de investigación que da lugar a la hipótesis deberán estar relacionados, por lo tanto deben ser coherentes entre sí.

Brindar elementos biopsicosociales para incidir en la calidad de vida de pacientes con Insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis y sus familiares.

10.- Objetivos específicos: Deberán describir lo que se pretende realizar para lograr el objetivo general, y presentarse en una secuencia lógica y conectada, es decir deberán ser logros parciales que en su conjunto permitan garantizar la consecución de la investigación. Deben ser claros, congruentes, factibles y medibles a través de las metas e indicadores definidos en el apartado correspondiente.

1. Evaluar los elementos biopsicosociales con los que, pacientes y familiares, enfrentan su realidad.
2. Definir e incidir en los *obstáculos psicológicos* que decrementan la calidad de vida de pacientes y familiares.
3. Construir estrategias de intervención multidisciplinaria para que los pacientes y familiares tengan los elementos necesarios para vivir con calidad de vida.

9.- Hipótesis: deberá ser definida como una suposición o conjetura que pretende constituirse como posible respuesta o explicación tentativa del objeto de estudio, permite la relación entre la teoría y la observación, y debe ser formulada como proposición que incluya al menos dos variables.

- Si el paciente-familiar tienen la información necesaria sobre la insuficiencia renal crónica, su tratamiento y el proceso de aceptación de la enfermedad, los pacientes tendrán una mejor calidad de vida.
- La información y el conocimiento sobre la insuficiencia renal crónica, su tratamiento y el proceso de aceptación de la enfermedad no influyen en la calidad de vida.

6.- Metodología: Es el esquema global que indicará cómo se alcanzarán los objetivos, y deberá mostrar de manera precisa, ordenada, sistemática y coherente los procedimientos y técnicas que se utilizarán para alcanzar los objetivos propuestos, así como, se especificará cuál será el diseño experimental y/o método estadístico empleado. La metodología debe reflejar la estructura lógica y el rigor científico del proceso de investigación.

Esta investigación se realizará bajo los lineamientos de la “ Investigación Acción” (Kurt Lewin), Además de ser un estudio mixto.

D. Hipótesis.

- Si el paciente-familiar tienen la información necesaria sobre la insuficiencia renal crónica, su tratamiento y el proceso de aceptación de la enfermedad, los pacientes tendrán una mejor calidad de vida.
- La información y el conocimiento sobre la insuficiencia renal crónica, su tratamiento y el proceso de aceptación de la enfermedad no influyen en la calidad de vida.

E. Población.

30 Pacientes con insuficiencia renal cuyas edades fluctúan entre 40 y 70 años con insuficiencia renal crónica y que actualmente están en tratamiento de hemodiálisis y sus familiares que desempeñan la función de cuidadores.

C. Unidades de análisis.

1. Biológica

a. Medicina

Conocimiento esencial del proceso de evolución de la enfermedad, complicaciones más frecuentes y alternativas para su manejo básico oportuno.
Identificación de situaciones de urgencia y medidas básicas para atención.

2. Enfermería.

- a. Cuidados básicos de enfermería para la atención de pacientes: toma de la temperatura.
- b. Tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria niveles de glucosa.
- c. Técnicas de movilización y traslado de pacientes.
- d. Técnicas para el aseo adecuado del paciente.
- e. Técnicas para la administración de medicamentos subcutánea e intramuscular.
- f. Bitácora simplificada para el registro del control realizado por el cuidador.
- g. Orientación a la realización de ejercicios físicos adecuados al paciente.
- h. Reflexionar sobre la importancia del ejercicio físico de los cuidadores.

3. Nutrición.

- e. Conocimiento sobre los alimentos pertinentes y acordes a la salud del paciente.
- f. Guías para la preparación rápida, fácil, variada, sabrosa y apetitosa de los alimentos del

Paciente y cuidador.

- g. Fomentar la elaboración de menús apropiados al estado de salud del paciente.
- h. Reflexionar sobre la importancia de la alimentación de los cuidadores.

4. Trabajo social.

- a. Elaborar una guía de procedimiento sobre los trámites administrativos más frecuentes que deben seguir pacientes y familiares durante su estancia en la Unidad.
- b. Elaborar un protocolo a seguir en caso de defunción del paciente en la Unidad.
- c. Elaborar una guía del procedimiento de traslado, que deben de realizar los cuidadores, en caso de una situación de urgencia, estando en su domicilio.

5. Psicológica.

- a. Responsabilidad de sí mismo.
- b. Autoconcepto.
- c. Asertividad.
- d. Comunicación.
- e. Ansiedad, depresión y estrés.
- f. Organización del tiempo.
- g. Solución de conflictos.
- h. Toma de decisiones.
- i. Elaboración de duelos.
- j. Apoyos para nuevas formas de vivir: Ceguera, sordera, parálisis, pérdida de alguna parte del cuerpo.
- k. Organización de los proyectos de vida y de muerte.

12 y 13.- - Metas e Indicadores Deberá registrar la información en la tabla correspondiente para cada indicador, de acuerdo a lo siguiente:

Metas. Deberán ser la expresión cuantitativa de cada uno de los objetivos específicos definidos en el proyecto y que permitirán medir el grado de avance y cumplimiento de los mismos. Deberán ser factibles considerando los plazos, así como los recursos humanos y financieros, por lo que se deberá hacer referencia concreta al cuánto y al cuándo, y mediante su definición se deberá garantizar un avance de las mismas de al menos un 50% de cumplimiento al primer semestre.

Indicadores. El indicador permitirá medir con claridad los resultados obtenidos de las metas planteadas en el proyecto y deberá contener los siguientes elementos para su adecuado seguimiento y evaluación:

- **Nombre del Indicador.**- Deberá señalarse la denominación precisa con la que se distingue al indicador. Debe ser claro, entendible y consistente con el método de cálculo.
- **Definición del indicador:** Se debe explicar brevemente y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador. Debe precisar qué se quiere medir del objetivo al que está asociado (no debe repetir el nombre del indicador).
- **Método de cálculo.** Será la expresión numérica del indicador y determinará la forma en que se relacionan las variables establecidas para el mismo. La fórmula deberá estar compuesta por un numerador que represente los eventos observados y un denominador que describa los factores de referencia; el numerador y denominador se diferenciarán entre sí al momento de su registro con una diagonal (/).
- **Unidad de medida.** Será la forma en que se quiere expresar el resultado de la medición al aplicar el indicador; deberá estar relacionada invariablemente con el método de cálculo y los valores expresados en la línea base y las metas.
- **Frecuencia de medición.** Se hará referencia a la periodicidad con que se realizará la medición del indicador (será importante considerar que los informes de seguimiento solicitados a nivel federal serán de frecuencia trimestral).
- **Sentido del indicador.** Se hará referencia a la dirección que debe tener el comportamiento del indicador para identificar su desempeño. Cuando el sentido es ascendente, la meta siempre será mayor a la línea base y si el resultado es mayor al planeado, representará un desempeño positivo. Cuando el sentido es descendente, la meta siempre será menor a la línea base y si el resultado es menor a la meta planeada, representará un desempeño positivo.
- **Línea base.** Será el valor del indicador que se establece como punto de partida para evaluarlo y darle seguimiento.
- **Parámetros de semaforización.** Deberán establecerse los parámetros de semaforización que identifiquen si el cumplimiento del indicador fue el adecuado o esperado. Mediante los parámetros se indicará cuando el cumplimiento del indicador es: aceptable (verde), con riesgo (amarillo) y Crítico (rojo)
- **Medios de verificación.** Indican las fuentes de información que se utilizarán para medir y verificar el cumplimiento de los indicadores, esta información podrá ser tomada de sistemas de información, reportes diarios, libretas de registro, entrevistas, bitácoras, etc.

Indicador 1

| | | | | | |
|------------------------------|--|---------------|----------------|------------------------|---------|
| Meta | Aplicar el instrumento sobre Calidad de Vida de Flores y Sánchez, al 90% de los paciente y familiares, en tratamiento de hemodiálisis, en la Clínica de especialidades "Leonardo y Nicolás Bravo", durante el periodo de octubre a noviembre de 2015. | | | | |
| Indicador | | | | | |
| Nombre | Porcentaje de aplicación de instrumento "Calidad de Vida". | | | | |
| Definición | Medir factores biológicos, psicológicos y sociales. | | | | |
| Dimensión | Acceso efectivo y Efectividad Clínica. | | | | |
| Método de cálculo | Número de instrumentos programados/Instrumentos aplicados x100. | | | | |
| Unidad de medida | Porcentaje | Sentido | ascendente | Frecuencia de medición | Mensual |
| Línea base | 90 % | | | | |
| Meta | 1er. Trimestre | 2º. Trimestre | 3er. Trimestre | 4o. Trimestre | |
| | 90 % | | | | |
| Parámetros de semaforización | Verde | | Amarillo | | Rojo |
| | 90% | | 70% | | 50% |

Indicador 2

| | | | | | |
|------------------------------|---|---------------|----------------|------------------------|---------|
| Meta | Alcanzar el 90% de asistencia a talleres dirigidos a familiares y pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. De septiembre a diciembre del 2015. En la Clínica de Especialidades "Leonardo y Nicolás Bravo". | | | | |
| Indicador | | | | | |
| Nombre | Porcentaje de asistencia a los talleres dirigidos a familiares con Insuficiencia renal crónica. | | | | |
| Definición | Intervenir en factores biológicos, psicológicos y sociales. | | | | |
| Dimensión | Técnica de la calidad, Interpersonal y de la calidad, Acceso efectivo y Efectividad Clínica. | | | | |
| Método de cálculo | Porcentaje de asistencia a los talleres/ número de familiares totales x 100. | | | | |
| Unidad de medida | Porcentaje | Sentido | Ascendente | Frecuencia de medición | Mensual |
| Línea base | 70% | | | | |
| Meta | 1er. Trimestre | 2º. Trimestre | 3er. Trimestre | 4o. Trimestre | |
| | 70% | 90% | | | |
| Parámetros de semaforización | Verde | | Amarillo | | Rojo |
| | 90% | | 70% | | 50% |

Indicador 3

| | | | | | |
|-------------------|--|---------------|----------------|------------------------|---------|
| Meta | Incrementar un 50% la información y conocimientos, de los pacientes y familiares, acerca de la Insuficiencia Renal Crónica, en el servicio de Hemodiálisis de la C.E "Leonardo y Nicolás Bravo" | | | | |
| Indicador | | | | | |
| Nombre | Comparación de porcentajes obtenidos en la pre evaluación y post evaluación. | | | | |
| Definición | Evaluación de los factores biológicos, psicológicos y sociales antes y después de la intervención. | | | | |
| Dimensión | Técnica de la calidad, Interpersonal y de la calidad, Acceso efectivo y Efectividad Clínica. | | | | |
| Método de cálculo | Máxima calificación inicial/Total de instrumentos aplicados x 100 – máxima calificación final/Total de instrumentos aplicados 100. | | | | |
| Unidad de medida | Porcentaje | Sentido | ascendente | Frecuencia de medición | Mensual |
| Línea base | 15% | | | | |
| Meta | 1er. Trimestre | 2º. Trimestre | 3er. Trimestre | 4o. Trimestre | |

| | | | | |
|---------------------------------|-------|----------|------|--|
| | 30% | 50% | | |
| Parámetros de semaforización | Verde | Amarillo | Rojo | |
| | 50% | 30% | 20% | |

Bibliografía: Es el listado de las fuentes a utilizar en la investigación. Para la redacción de cada tipo de fuente (libro, artículo, documento de archivo, etcétera), se debe elegir un sólo modelo de los varios propuestos en los manuales que tratan acerca de las técnicas de investigación.

Arrivillaga, Q. (2008) *Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos*. Ontificia Universidad Javeriana, Colombia, Cali.

Cantú, G. (2001). Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal.

Contreras, F. Esguerra, G., Espinosa, J., Gutiérrez, C., & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487-500. Recuperado el 07 de mayo de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300005&lng=pt&tlng=es.

Istúriz, F. (2003). *Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente*. Ciencias y salud de colectiva.

Garza M. (2013). *Gaceta Parlamentaria* Núm. 3750-IV. Recuperado de: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/62/2013/abr/20130417-VI/Proposicion-4.html>

Herrera, H Nobles, E. y Acuña, B. (2011). Características psicodinámicas de duelo en pacientes con insuficiencia renal terminal. *Psicología desde el Caribe*, núm. 28, pp. 197-218, Universidad del Norte Colombia.

Ianni, O. (1999). *La sociedad global*. Siglo XXI editores, s.a. de c.v.

Kübler, E. R (2003). *Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico*. España. DEBOLSILLO Clave.

López, C. M (2010) *Enfermedad Renal Crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México*. México Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Méndez D. A., Méndez B. J., Tapia Y. T., Muñoz M. A. y Aguilar S. (2010) *Epidemiología de la insuficiencia renal en México*. Diálisis y Trasplante. Volumen 31 numero 1. Obtenido el día 5 de marzo de 2014 en http://www.sedyt.org/revistas/2010_31_1/epidemiologia_mexico.pdf

Méndez, M. (2008). *Problemas económicos de México*, sexta edición. McGraw-Hill Interamericana.

Núñez, R. (2010). *Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados*. Perspectivas en psicología.

Pichón, R.E. (1990). *Del psicoanálisis a la psicología social*. I Nueva visión Argentina.

Stone (1998). *Psicología de la salud: Una definición amplia*. Revista latinoamericana de psicología volumen 20, Universidad de california, San francisco.

Vergara, Q. (2007). *Tres concepciones históricas del proceso salud – enfermedad*. Hacia la promoción de la salud, vol. 12, Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia.

White, M. (1994) *“Guías para una terapia familiar sistémica”*, Gedisa, Barcelona.

