

201-137



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“EL AUTOREGISTRO COMO FACTOR DETERMINANTE EN EL INCREMENTO DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DENTRO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD IMPLEMENTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARIA DE SALUD DE MEXICO, D. F.”

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

**MARIA LILIAN RODRIGUEZ PEREZ
MARIA AZUCENA MONTIEL AMEZQUITA**



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION.	1
I. ENFERMEDAD RESPIRATORIA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA	6
Causas y consecuencias del incumplimiento al tratamiento médico en enfermos agudos	6
Enfermedad crónica neumológica y diferentes tipos de la misma	7
La adherencia terapéutica dentro de los diversos tipos de padecimientos crónicos	8
II. RESEÑA HISTORICA DE LA TERAPIA CONDUCTUAL	12
III. ADHERENCIA TERAPEUTICA	15
¿ Qué es adherencia terapéutica ?	15
Problemas que se presentan en la adherencia a las prescripciones médicas	15
Factores que ayudan a incrementarla o a decrementarla	16
Elementos predictivos en el cumplimiento terapéutico	17
IV. DIFERENTES PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS CONDUCTUALES EMPLEADOS DENTRO DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA	22
Terapia educativa programada	22
Terapia de relajación	22
Desensibilización sistemática	23
Terapia de exposición implosiva	23
Terapia de autocontrol	24
El contrato terapéutico	25
Terapia de reestructuración cognoscitiva	25
V. METODOLOGIA	
Planteamiento del problema	32

Hipótesis de trabajo	34
Objetivos	36
Características de la población	37
Variables	37
Instrumentos	38
Diseño del estudio	39
Procedimiento	41
Procedimiento de análisis de datos	45
Resultados	47
Tabla 1	49
Tabla 2	50
Tabla 3	51
Tabla 4	52
Tabla 5	53
Tabla 6	54
Tabla 7 (1a. sección)	55
Tabla 7 (2a. sección)	56
Discusión	58
Bibliografía	64
Anexos	68

INTRODUCCION.

Para el sector salud, así como para todo aquel prestador de servicios de este tipo, el incumplimiento y deserción por parte de los pacientes a sus tratamientos médicos y prescripciones terapéuticas, representa un grave problema personal, familiar y social. Esto ha sido objeto de estudio, reportado en la bibliografía por Blackwell, 1976 (1); Mason, Forrest, Forrest and Butler, 1963 (2); Franks and Wilson 1979 (3); Cicero, 1984 (4); Marchmer, 1984 (5); López, 1984 (6); Ruiz, 1984 (7).

La falla en el cumplimiento de las indicaciones van desde el fracaso en la toma de medicamentos (1), hasta en aquellos casos en los cuales se requiere de tratamientos y programas para control de padecimientos crónicos, donde este problema tiene aún mayor trascendencia, como se hace notar por diversos autores. En México, López (6), por ejemplo menciona la existencia desde hace más de 25 años, de un índice sumamente alto de deserción en pacientes oncológicos. Asimismo Ruiz (7), presenta datos aportados por investigadores extranjeros (8,9), con respecto al incumplimiento e interrupción de tratamientos en pacientes hipertensos; indicando el cálculo de más del 50 %.

Datos de gran importancia a tal respecto, son los presentados por Cicero (4), el cual de acuerdo a la observación y experiencia

2.

tenida en un hospital nacional público, reporta el nivel o porcentaje de abandono e incumplimiento al tratamiento en varios tipos de padecimientos neumológicos. Este nivel viene a ser variable, ya que por ejemplo, se indica que para pacientes tuberculosos recuperables, el abandono del tratamiento supervisado puede llegar a menos del 10 %, - mientras que en enfermos asmáticos el cumplimiento es casi nulo.

Las necesidades derivadas de estos tipos de problemas presentados en padecimientos crónicos, sólo reflejan en forma particular, - las necesidades fundamentales y básicas del Sector Salud. Dichas necesidades se refieren a la elaboración de programas que faciliten o ayuden a conseguir los objetivos estipulados en los diseños de los tratamientos en el menor tiempo posible, tratando además de provocar efectos deseables que sean duraderos y que logren repercutir sobre las condiciones de salud e incluso de estilo o calidad de vida, empleando el mínimo de recursos.

Siendo aumamente difícil alcanzar dichos objetivos, se ha considerado de suma importancia crear programas que faciliten el apego y cumplimiento adecuado, por parte del paciente a sus tratamientos, ya - que con ello se pretende atacar a aquellos factores que impiden lograr los niveles antes mencionados.

De todo ello, ha surgido un nuevo campo relativamente joven

de investigación en países como Inglaterra y E.U.A. y recientemente - en México, el cual ha sido ubicado dentro del campo de trabajo de la psicología de la salud y se le ha venido denominando, Adherencia Terapéutica.

Ahora bien, al considerar que el problema de no cumplimiento a los regímenes médicos debe ser abordado como un problema conductual (10), la adherencia terapéutica encuentra por tanto un importante apoyo en la investigación psicológica. Investigación sobre la cual se basan los programas y técnicas que se analizarán en el presente estudio.

Dichos procedimientos son la técnica de autoregistro utilizada dentro de los métodos de Educación para la Salud y Reestructuración Cognoscitiva que forman parte de los programas que actualmente se aplican dentro del proyecto de investigación llevado a cabo en forma conjunta por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Hospital General de la S.S., con pacientes adultos que presentan enfermedades crónicas neurológicas relacionadas con el hábito de fumar tabaco. "Población que plantea adicionalmente un enorme problema económico a las Instituciones de Salud del País." (11) Por lo que requiere de especial atención ya que como mencionamos en líneas anteriores, la poca adherencia de estos pacientes a sus tratamientos provocan gastos económicos innecesarios que causan serios daños a la economía del País. Que como se-

fla Jaques Attali (12). El costo de la salud es uno de los factores primordiales de la crisis económica de la sociedad occidental, ya que su mantenimiento cuesta caro, más aún que la misma producción de medicinas. Por lo que el empleo de artículos que ayuden o apoyen la auto-vigilancia y el autocontrol crearán en la población un mayor deseo de conservar la salud y prevenir las enfermedades. Resultando de gran valor para los estudiosos de la salud el empleo de dichos artículos.

Cabe mencionar que para lograr cambios en las conductas relacionadas con la salud en general es necesario aumentar la adherencia terapéutica en áreas como las enfermedades crónicas degenerativas y las conductas adictivas, para así lograr producir y mantener cambios de la conducta humana. (13)

La ausencia de adherencia terapéutica tiene una implicación importante de carácter negativo, sobre el costo-beneficio dentro del sector salud.

El desarrollo de tecnología encaminada a incrementar la adherencia, no favorecerá a la misma, si ésta es costosa y sobre todo si no es fácil de aplicar. (14) Se ha observado que países desarrollados con una educación superior a la nuestra, también, presentan en forma considerable dicho problema.

5.

El autoregistro como forma de autoobservación y como elemento promotor de cambios en el estilo de vida, plantea una forma efectiva de incrementar la adherencia terapéutica, recurriendo a este instrumento de bajo costo y fácil aplicación, sin importar el nivel socio-cultural del paciente.

I. ENFERMEDAD RESPIRATORIA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA.

El incumplimiento y deserción a los tratamientos y prescripciones médicas, es un problema, que como se ha observado, se presenta en diversas áreas del sector salud, pero aquella que reviste mayor interés para el presente estudio, es la referida a las enfermedades respiratorias. Cicero (4), reporta que el cumplimiento a las indicaciones terapéuticas, en este tipo de padecimientos, posee dos modalidades, el de las enfermedades agudas y el de las crónicas.

De acuerdo al mismo autor, las enfermedades respiratorias - agudas, se caracterizan porque: Frecuentemente el enfermo con problema respiratorio agudo, era un sujeto sano hasta presentarse la sintomatología en el curso de 24 ó 48 horas, aparece tos, expectoración, fiebre, disnea y frecuentemente astenia.

Este grupo se divide a su vez, en aquellos en los que:

- a) La enfermedad se cura.
- b) La enfermedad progresa, generalmente se complica, presentándose infecciones respiratorias y provocando, con ello, la muerte.

Afortunadamente en el primer grupo, la enfermedad se cura en el 80 % de los casos, debido al cumplimiento de la prescripción médica. (4)

El otro tanto por ciento corresponde al segundo grupo, en el que se ha encontrado, que el incumplimiento o abandono al tratamiento, es una de las principales razones por las cuales la enfermedad avanza.

Cuando los enfermos agudos pasan a ser enfermos crónicos por las complicaciones presentadas, al no haberse llevado adecuadamente - las indicaciones médicas, el tratamiento deberá cambiarse por otro que requiere la empleación de una adherencia terapéutica+, de mayor costo, al hacerse necesaria la hospitalización del paciente, trayendo ésto - último a su vez, grandes complicaciones para el correcto cumplimiento del tratamiento, pues por un lado, el alto costo del mismo, impide - que los parientes del enfermo puedan favorecer la atención de éste, - sobre todo cuando son tratados en hospitales privados, además de la - ya anterior complicación económica que ocasiona el abandono del tra- bajo por parte del convaleciente. También se indica (4), que la hospi- talización del paciente, única forma de llevar adecuadamente el trata- miento en estos casos, es rechazada por la ignorancia de la gravedad y otras veces incluso por irresponsabilidad. Reacción frecuentemente encontrada en madres que no desean separarse de sus niños.

Como podemos darnos cuenta, cuando un enfermo agudo pasa a ser enfermo crónico, la principal causa de dicha complicación es el incumplimiento al tratamiento.

+ Concepto que trataremos en el transcurso del presente trabajo.

La segunda modalidad de las enfermedades respiratorias, - serían los padecimientos crónicos.

Se ha señalado (4), que existen diversos casos en este tipo de modalidad, hallándose en ésta aquellos enfermos que:

- a) Podrán curarse a largo plazo (tuberculosos)
- b) No podrán curarse, pero un tratamiento correctamente cumplido, podrá ofrecerles una importante recuperación (bronquíticos - emfisematosos).
- c) El tratamiento únicamente podrá brindarles una relativa paliación (padecimiento neoplásitos avanzados, tuberculosos avanzados).

Además de poder incluir un cuarto tipo, referido a pacientes con padecimiento de fibrosis intersticial difusa (enfermedad fatalmente progresiva), en los cuales el tratamiento que puede dárseles sólo les proporcionará una mejoría periódica y logrará prolongarles la vida.

En todos estos casos, la Adherencia Terapéutica es muy variable, como en el caso de enfermos tuberculosos recuperables, se reporta que el abandono del tratamiento supervisado, puede llegar a menos del 10 % cuando los programas de control son estrictamente cumplidos y el

Éxito del tratamiento, es decir la recuperación del paciente, puede llegar a ser hasta de un 100 %, sobre todo en el tratamiento con duración de seis meses.

Se ha observado (4), que aún en aquellos casos en los que el enfermo recibe los medicamentos en forma directa, por medio del personal de salud, muchas veces, el paciente al ver que se siente mejor, se cree curado y abandona el tratamiento, volviendo únicamente al hospital cuando sus síntomas aparecen de nuevo, teniendo que ser sometido a un retratamiento que generalmente es de mayor costo y duración - (doce meses). Cabe señalar, que es de lamentar la pérdida de recursos, debido también al gasto de medicamentos de alto costo, inutilmente empleados.

El abandono al tratamiento en el tuberculoso conlleva otras consecuencias importantes, ésta vez de carácter epidemiológico, puesto que la enfermedad puede reactivarse pudiendo volver a ser infectante y propagarse o diseminarse dentro de la comunidad a la que pertenece el enfermo. Siempre que un tuberculoso abandona el tratamiento sigue enfermo presentando diversos problemas como lo constatan las observaciones realizadas en una muestra obtenida en el Hospital General de México, en donde en 44 enfermos que habían abandonado el tratamiento pero que regresaron nuevamente a consulta se encontró además de la aparición de nuevos casos (catorce casos entre los familiares de los

pacientes) la desintegración familiar al haber tenido que dejar el - trabajo y al representar el enfermo un problema económico por la implicación que tiene el mantener a un enfermo crónico.

Por lo que se refiere a los bronquíticos efisematosos, se - dice (4), que generalmente tienen una pobre adherencia terapéutica al sólo ir a consulta cuando presentan un resurgimiento de su sintomatología o al presentar una infección respiratoria severa.

En cuanto a aquellos sujetos que tienen padecimientos neoplásicos se reporta que el 80 % de los casos desean recibir su tratamiento completo pero este deseo es obstaculizado por la frecuente falta de drogas que son de alto costo. El resto abandona el tratamiento por diversas razones como por los efectos secundarios de las drogas - antineoplásicas y radiaciones así como por que otros desean morir a corto plazo.

En enfermos con fibrosis intersticial difusa se dice que - muestran gran interés por su tratamiento y tienen una buena adherencia terapéutica, pero debido a la invalidez que presentan, la cual es progracada por una insuficiencia respiratoria progresiva, impide que asistan frecuentemente a consulta, aunque si continúan tomando sus medicamentos, encontrándose que muchos tienen que ser de nuevo hospitalizados.

Con respecto a los asmáticos, la investigación al respecto ha demostrado en un grupo de 32 casos complicados y de larga evolución que habían acudido a diversos servicios, la adherencia terapéutica es casi nula, ya que el asmático toma los medicamentos sólo hasta que se siente bien o abusa de ellos. El costo del tratamiento es muy alto, - pues se señala que el sujeto cae en una insuficiencia respiratoria aguda, difícilmente reversible (estado asmático), que requiere una estancia hospitalaria de alto costo, al necesitar la mayoría cuidados intensivos.

Si consideramos que el tipo de padecimientos tratados aquí, tienden a la cronicidad, la importancia de la adherencia terapéutica, aumenta aún más, pues ésto hace necesario, no sólo el temprano tratamiento de la enfermedad, sino su correcto cumplimiento.

II. RESEÑA HISTORICA DE LA TERAPIA CONDUCTUAL.

El desarrollo de la terapia conductual surge desde diversas tendencias relativamente distintas.

La primera a través de los estudios sobre condicionamiento, realizados por Pavlov en Rusia, y de la teoría del aprendizaje de Hull sobre la que Shapiro y Eysench, realizaron su labor clínica en el Hospital Maudsley en Londres, entre 1950 y 1955, además de los trabajos presentados por Joseph Wolpe en la década de 1950. Estos investigadores intentaron generalizar a partir de experiencias llevadas a cabo - con animales de laboratorio; en los que se provocaba neurosis experimental, la que posteriormente se eliminaba y después, los mismos principios se aplicaron a los seres humanos, utilizando la capacidad humana para imaginar situaciones y hacer presentes situaciones temibles para la persona en el consultorio. Por lo que inicialmente Wolpe (1964) - denominó " terapia conductista " a " los métodos terapéuticos del condicionamiento de las neurosis humanas desarrolladas sobre la base de - experiencias con neurosis experimentales ". Dando así cabida a técnicas importantes como lo son la desensibilización sistemática y la de entrenamiento asertivo. La primera " constituye un buen ejemplo del intento de aplicar en la situación clínica lo que parecen ser los principios - establecidos del aprendizaje, obtenidos en el laboratorio experimental". (Golfried and Davison, 1981) (15). La segunda desarrollada por Andrew

Salter en E.E.U.U. en 1949, el cual fundamentaba su marco teórico en la teoría pavloviana.

Arnold Lazarus a diferencia de Joseph Wolpe, menciona que no se pueden hacer analogías entre el ser humano y los animales ya que aunque " es probable que existan algunos principios del aprendizaje establecidos en los laboratorios donde se trabaja con animales, pero en lo que se refiere a su aplicabilidad al comportamiento humano hay muchos aspectos cuestionables ". (16)

Una segunda tendencia es en gran parte norteamericana de orientación operante, que pone énfasis en las consecuencias de la conducta, la cual surge en 1953 con el trabajo de N.R. Lindsley y B.F. Skinner con pacientes mentales en un hospital de Massachusetts, E.E.U.U. En esta orientación operante, había un alto grado de control experimental y se intentaba reducir al máximo alguna actitud tendenciosa que pudiera haber en el observador.

Y por último la realizada por los investigadores soviéticos Vygotsky (1962) y Luria (1961) en la que explican la relación entre lenguaje, pensamiento y conducta.

Dicha explicación se basa en la socialización de los niños. Luria propuso tres estadios para el cual la iniciación e inhibición -

de conductas motoras voluntarias viene bajo el control verbal. Durante el primer estadio, el lenguaje de otros, usualmente de adultos, controla y dirige la conducta del niño. En el segundo estadio, el lenguaje abierto del propio niño, se convierte en un efectivo regulador de su conducta y finalmente el lenguaje interno o cubierto del niño asume un papel de autogobierno. (17)

Este enfoque es también ampliamente empleado en adultos, con respecto a la relación que existe entre el lenguaje y la conducta; como por ejemplo, cuando se está empezando a dominar un acto motor voluntario, el lenguaje sirve como un apoyo útil y funciona como guía y es solamente a base de repetición como se desarrolla la habilidad y es cuando la verbalización desaparece.

III. ADHERENCIA. TERAPEUTICA

En su forma más reducida, la adherencia terapéutica es concebida sin gran divergencia de opiniones por varios autores, como el proceso por medio del cual el paciente cumple adecuadamente con las indicaciones o prescripciones que dá el terapeuta (3,7,18,19), pero su alcance o implicación no es limitada a su definición, sino que, como se añadió anteriormente, abarca un campo bastante amplio que promueve la investigación, ya sea detectando las razones por las cuales los pacientes no cumplen con sus prescripciones o aquellas por las cuales si lo hacen; creando programas que ayuden a incrementar una adecuada adherencia y evaluando dichos programas a través de las características de los mismos.

Por lo que resulta importante mencionar que la investigación sobre la adherencia ha podido ser posible gracias al trabajo - que realizan conjuntamente especialistas médicos y psicólogos. Dicho campo de trabajo es conocido como "Psicología de la Salud" o "Medicina Conductual" en la que se reconoce que las metas de los actuales programas terapéuticos médicos, implican cambios en las conductas y acciones de los pacientes, es decir, implican cambios en sus "estilos de vida" (11). Por lo que se reconoce la importancia de la relación terapéutica entre el especialista y el paciente, al menos en tres niveles:

En el primero se refiere a " la cooperación o relación - inicial, que puede ser simplemente un saludo

En el segundo, más complejo que el anterior, se refiere al cumplimiento; etapa necesaria para obtener un conocimiento más amplio del paciente y entre otras cosas, elaborar un adecuado diagnóstico.

Y por último, el nivel de la adherencia, que es establecido siempre y cuando se aplique un tratamiento bien definido." (11).

Existen varios estudios (1,4,6,7), orientados a detectar aquellos factores que disminuyen o aumentan el cumplimiento terapéutico, aspecto practicamente esencial para el mejor entendimiento y abordaje del área de estudio que ahora tratamos.

Estos estudios podríamos dividirlos en aquellos que se refieren:

- a) De manera específica a los problemas que se presentan en la adherencia a las prescripciones medicas.
- b) A los diversos tipos de factores que ayudan a incrementar o decrementar la adherencia terapéutica.
- c) Al estudio de los factores como elementos predictivos en el cumplimiento terapéutico.

Respecto al primer punto, se han reportado principalmente

los problemas que hay en cuanto a la adherencia con medicamentos, en donde gran número de pacientes presentan errores en relación a la dosis, omisión, tiempo, propósito y auto-administración de los mismos.

Domínguez, 1984 (19), por otra parte, menciona que la falta de adherencia a las prescripciones médicas y la no cooperación, se puede manifestar a través de una falla al :

- a) Entrar o continuar dentro de un programa de tratamiento.
- b) Acudir a las citas de seguimiento.
- c) Tomar los medicamentos prescritos.
- d) Restringir o cambiar las actividades de la persona (fumar, dieta, ejercicio).
- e) El diagnóstico es incorrecto.
- f) La proporción entre riesgo/beneficio no favorece al paciente.
- g) El paciente no está ampliamente informado (enfermedad o tratamiento).

En relación al segundo punto, se ha planteado la posibilidad de que diversos elementos ya sean de tipo psicológico, social, fisiológico e incluso administrativo, pueden favorecer o desfavorecer un correcto cumplimiento.

Por ejemplo, respecto a los factores sociológicos muy fre-

cuentemente se mencionan el nivel de educación, la clase social, la edad, el sexo, los valores y creencias manejados por el paciente, como elementos que pueden influir a una adecuada o inadecuada adherencia (4,5,6,7, 18)

En los fisiológicos encontramos, el grado de severidad, duración, afectación, daño, ilimitación de los síntomas. (4,7,18).

Entre los psicológicos se tienen la existencia y magnitud de la disonancia, dependiendo de ésta, la toma de decisión del paciente, con ello se quiere decir, que del grado de disonancia surgida entre el consejo terapéutico y los valores, creencias, costumbres y actitudes del paciente, surgirá una resultante de la disyuntiva entre seguir y completar o no el tratamiento, y de ello, dependerá por una parte, su decisión y por la otra, representará un factor para el cálculo de la probabilidad de adherencia. (7, 18)

Al hablar de probabilidad, nos referimos ya al tercer punto, el cual guarda una estrecha relación con los aspectos previamente tratados.

Ruiz, 1984 (7), de acuerdo a lo que Blackwell, (1), denomina "factores de riesgo" es decir variables cuya presencia afectan la conducta del paciente hacia el esquema terapéutico, clasifica diversos factores en tres grandes categorías.

a) Factores inherentes al usuario

I. Psicológicos: percepción de la condición psicológica, -
carácter, actitudes, conducta, niveles de ansiedad, etc.

II. Socio-económicos: nivel educativo, creencias, valores, -
ingresos, etc.

III. Fisiológicas: cronicidad, complicaciones, gravedad, tipo
de manifestaciones clínicas del padecimiento, etc.

b) Factores que derivan del esquema terapéutico y de la relación médico-paciente (comprendidos en el ámbito del uso de los servicios):

I. Duración del tratamiento.

II. Número y frecuencia de las dosis.

III. Indicações que pueden alterar el estilo de vida, como
dietas, actividad física, tabaquismo, etc.

IV. Efectos colaterales y gravedad de los mismos.

V. En la relación médico-paciente se ha encontrado que a:

- Mayor satisfacción del paciente con el terapeuta, mayor y mejor cumplimiento a los programas del tratamiento, por lo tanto, a mayor satisfacción del paciente una menor probabilidad de deserción.

- Mayor duración y continuidad en la relación terapeuta-paciente, un mejor cumplimiento.

- Una actitud más abierta y comunicativa del terapeuta

una mayor probabilidad de dárse una adherencia correcta.

c) Factores que resultan de la organización de servicios de salud :

- I. Recursos Humanos.
- II. Capacidad de las instalaciones.
- III. Naturaleza de los programas.
Y otras características del proceso administrativo para la prestación de los servicios como:
- IV. Nivel educativo, motivación y experiencia de los prestadores de servicios.
- V. Grado de congruencia y adecuación a los programas de salud con respecto a sus destinatarios.
- VI. Accesibilidad de los usuarios a los servicios.
- VII. Modernización y eficacia de los sistemas administrativos.

Haynes y Sackett (20), ofrecen otra clasificación de los "factores de riesgo", de carácter predictivo.

Dentro de los que aumentan la adherencia se encuentran:

- 1. La consideración y el reconocimiento del paciente acerca de la gravedad de su padecimiento.
- 2. El grado de estabilidad familiar.
- 3. El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida.

4. El nivel de satisfacción del paciente respecto a los resultados obtenidos con el tratamiento.
5. Supervisión cercana del médico o terapeuta.

Y según estos mismos autores, los factores que tienden a disminuir la adherencia son:

1. Complejidad del tratamiento.
2. Grado requerido de cambio de conducta.
3. Tiempo de espera para la consulta.

Por otro lado, es importante que dentro del incumplimiento terapéutico, se distingan entre el tipo de paciente que sólo asiste a consulta y aquel que realmente cumple con lo que le ha dicho su terapeuta (18), además de ser necesario diferenciar entre los varios tipos de deserción que se dan, ya que algunas veces ésta se presenta al inicio del tratamiento; otras como derivadas de un tratamiento aplicado en forma incorrecta y otras cuando el tratamiento es interrumpido.(7)

Varios de los factores antes mencionados se refieren o pueden traducirse en problemas conductuales, que como lo señalan Frank y Wilson (3), demandan, por tanto, una solución conductual.

IV. DIFERENTES PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS CONDUCTUALES EMPLEADOS DENTRO DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA.

Los programas conductuales son entonces, el tipo de "solución " (3) requeridos en una buena parte de los problemas a los que hicimos mención en líneas anteriores.

Puente, 1979, (21), menciona los programas de este tipo que se emplean en la adherencia terapéutica, siendo éstos:

La terapia educativa programada o educación para la - salud.- Que es aquella cuyo principal objetivo es informar y concientizar a los pacientes a través de la exposición de diversos temas que han sido especialmente elaborados para la población a la cual se dirige dicha información. Los medios más comúnmente empleados son video-cassette y diaporamas que permiten el empleo de ilustraciones o de - material didáctico en una forma ágil y amena, que permite captar el interés de los espectadores.

Terapias de relajación.- Hay varios tipos de terapias de relajación y muchas veces éstas son empleadas en forma conjunta y complementaria a otras técnicas, en las cuales dicho elemento es prec

ticamente básico, ya que se ha demostrado de manera evidente, que la relajación muscular reduce de manera significativa la ansiedad y al parecer este decremento es favorable en el marco de los diversos procedimientos de la terapia conductual. (15)

La desensibilización sistemática.- Un método desarrollado por Joseph Wolpe (1958), cuya finalidad es reducir la excesiva ansiedad y la rehuída (temor neurótico) que experimenta una persona ante una situación a la que en realidad sería capaz de responder en forma adecuada, tratando de que el individuo, cuando esté intensamente relajado (para lo cual se le entrenará previamente), imagine una serie de situaciones cada vez más avaralvas, es decir, el sujeto recrea mentalmente cada situación en condición de relajación muscular profunda, - permitiéndole tolerar niveles cada vez más pronunciados de ansiedad.

Terapia de exposición implosiva.- Es una técnica diseñada para eliminar las conductas de evitación por medio del proceso de extinción. La evitación de situaciones y conductas generadoras de ansiedad es el objeto del tratamiento, y se basa en el supuesto de - que dichas conductas de evitación son aprendidas porque libra a la persona de experimentar ansiedad.

Para que ocurra la extinción de respuestas de evitación es preciso tratar que el paciente no efectúe esta conducta, así sea

sólo en su imaginación y que se le obligue a experimentar la ansiedad intensa en la ausencia de las consecuencias aversivas reales. Cuando se experimenta ansiedad sin el suceder de ésta última, dichas consecuencias dejan de ser anticipadas y la ansiedad tiende a desaparecer, se disipa.

Las escenas de conductas evitadas y estímulos se presentan en forma jerárquica, comenzando por aquellas que provocan menor ansiedad y se requiere que las imágenes se presenten durante lapsos largos, para disipar la reacción de ansiedad.

Terapias de auto-control.- Terapia de auto-control a través del auto-registro.

Generalmente los problemas de auto-control se deben a - que la persona se involucra en un patrón de auto-derrota o de daño - (comer, beber, fumar en exceso) o porque se involucra de manera infrecuente en ciertas conductas (incapacidad para estudiar, para iniciar contactos sociales, inactividad sexual). En términos muy simplistas, el auto-control requiere que el paciente haga o deje de hacer algo. (3)

Uno de los procedimientos que permite de manera sencilla, llevar a cabo dicho objetivo, es el entrenamiento en el uso de cédulas de auto-registro, en donde de manera esencial se le pide al sujeto,-

reportar si realiza o no la conducta previamente especificada.

Los términos de auto-control, auto-observación y auto-registro o auto-monitoreo tienen una estrecha relación entre sí.

Para saber lo que actualmente constituye el auto-monitoreo (factor de gran importancia en el presente estudio), sería conveniente mencionar lo que Thoresen y Mahoney (22) han discutido de la auto-observación en relación a las estrategias de auto-control, cuya base está constituida de la recopilación sistemática de datos. De dicha discusión, estos autores han analizado a la auto-observación diferenciando tres fases o componentes. La primera fase es la de discriminación, aquí la persona puede decidir si una conducta ha ocurrido o no y puede darse esta discriminación en respuesta a varios estímulos interoceptivos o exteroceptivos. La segunda fase que ellos describen, consiste en registrar y graficar el comportamiento específico que está siendo observado. Esto puede ser visto como dos pasos diferentes en los procedimientos de auto-observación, puesto que a los individuos se les puede pedir que realicen sólo uno de los dos pasos, es decir registrar el propio comportamiento sin graficarlo, lo cual puede ser referido de manera apropiada como la fase de auto-registro o auto-monitoreo en la auto-observación, fase en la que la persona simplemente se involucra en algunas acciones que producen un registro de su propio comportamiento o conducta; o la acumulación o graficación de los comportamientos.

tamientos que han sido registrados, lo que puede ser visto como otro paso separado, al que se le ha denominado auto-graficación. La fase final en la concepción que Thoresen y Mahoney sustentan de la auto-observación es la del análisis de los datos, en la que la persona evalúa su conducta, la cual es representada por los datos del auto-registro, en relación a los parámetros que el individuo se ha fijado a si mismo.

De este análisis se desprende de forma clara que el auto-registro es sólo un componente del proceso total de la auto-observación (14).

De acuerdo a Ciminerio A.R. y colaboradores (14), tres usos comunes de la auto-observación pueden ser delineados.

Puede ser usada durante las etapas preliminares del avludo de la conducta para obtener las frecuencias de la línea base de los comportamientos específicos propuestos y para explicar la relación funcional del comportamiento elegido, con los antecedentes y consecuentes medio ambientales. Si el auto-monitoreo es usado en las etapas preliminares de la evaluación de la conducta que está siendo valorada, la persona no sólo tendrá que registrar la ocurrencia del comportamiento específico, sino también los eventos que anteceden y siguen al comportamiento, ya que análisis de la relación del comportamiento y sus variables que lo controlan, es generalmente, un prerrequisito para

desarrollar una estrategia de tratamiento exitosa.

Va una vez que el comportamiento ha sido seleccionado y un programa de tratamiento implementado, el auto-monitoreo se emplea para llevar a cabo el segundo propósito que es el de comparar los datos obtenidos durante la fase de línea base con los obtenidos durante la fase de tratamiento con el fin de evaluar los efectos de éste último.

En ambos casos la utilidad primaria de auto-monitoreo se encuentra tal como lo señala Cimminero A.R. y colaboradoras (14) -- sobre la valoración o la función de recolección de datos.

Un tercer propósito del auto-monitoreo es el producir cambios en el comportamiento, varios estudios (23,24,25,26) han demostrado que el acto de registrar el propio comportamiento es reactivo en la medida que produce cambios en la frecuencia del mismo, es decir, "según, el individuo va recopilando información acerca de sus propios actos, dicha información puede influir sobre el mismo acto que está siendo observado." (22)

La autoobservación o el auto-registro pueden constituir uno de los elementos más activos de algunos tipos de auto-control e incluso se ha llegado a demostrar la efectividad del uso del auto-re-

gistro para el tratamiento de determinadas conductas, comparado con otras técnicas terapéuticas. (14,22)

Iniciar y mantener la conducta de auto-monitoreo es importante y para ello hay que entrenar y preparar a la persona en el uso de técnicas o estrategias de auto-registro, ya que el individuo no es una persona experta en auto-observación y puede por ello, presentar problemas en el uso de dichas estrategias, en el registro de los datos a observar y en el desarrollo de la auto-observación como habilidad o capacidad aprendida (14,22). Asimismo es importante que la persona reciba retroalimentación (feedback) y que el método de auto-registro que vaya a emplearse sea fácil de usar, accesible, no aparatoso, y de bajo costo.

Estas últimas son características muy importantes que hacen del auto-registro una posible técnica de amplio alcance y utilización en el campo de la Medicina Conductual, ya que el uso de equipos tecnológicamente muy sofisticados para el auto-registro de datos, no siempre garantiza varios de los factores antes mencionados, limitando por ello su aplicación.

Por otra parte, como lo indica Cimniero y cols. (14) no todos los estudios que emplean el auto-registro indican cambios debidos a la reactividad referida en líneas anteriores, puesto que existen

variables que ejercen influencia sobre la misma, como por ejemplo, la motivación, las expectativas, la retroalimentación y reforzamiento (ya vistos anteriormente como factores importantes para la implementación y mantenimiento del auto-monitoreo), la naturaleza del comportamiento a modificarse o estudiarse, el momento y la forma de la auto-observación, entre los más importantes. Estas variables deben de considerarse cuando el auto-monitoreo va ser empleado como técnica terapéutica con el objetivo de maximizar sus efectos reactivos.

El contrato terapéutico, también es un programa de auto control, pero éste se da de manera implícita entre el terapeuta y el paciente. Tales contratos suponen un intercambio recíproco de recompensas contingentes en relación a ciertas acciones por ambas partes.

La terapia de Reestructuración Cognoscitiva.- Es uno de los procedimientos más importantes que se emplean para modificar aspectos cognitivos (sentimientos y acciones), a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento del paciente.

Este procedimiento se basa en el supuesto de que varias emociones y conductas desadaptadas son consecuencia de expectativas poco realistas. (27)

Ellos además de sostener que las reacciones emocionales

están influidas por oraciones internas, afirma que las respuestas emocionales desadaptadas, reflejan la rotulación indiscriminada y automática de las situaciones, y que en un momento dado, la reacción emocional aunque sea adecuada al rótulo que uno le impone a la situación, no será adecuada con respecto a la situación real, pues es rótulo fundamentalmente equivocado. Para explicar de que manera funciona ésto, se emplea el modelo A.B.C..

" Estos rótulos y juicios se derivan de un diálogo interminable que cada uno de nosotros sostiene y matizan la experiencia con significados privados o particulares....los pensamientos son constantes y rara vez nos percatamos de ellos pero son lo suficientemente poderosos para crear las emociones más intensas. " (26)

Ellis (27), argumenta que en el proceso de socialización muchas personas desarrollan un conjunto de ideas o actitudes irracionales que llegan a ser creencias generalmente admitidas, pero erróneas.

Además de él, otros autores, como Lazarus (16) y Domínguez * (28), plantean la existencia de otras actitudes irracionales o pensamientos distorsionantes que deben ser identificados tanto por el terapeuta como por el paciente, con la finalidad de modificarlos o cambiarlos.

* Basado en la experiencia teórica de Beck.

Para poder enseñar a modificar las oraciones internas del individuo, existen varios recursos que facilitan el proceso de reaprendizaje, como por ejemplo ensayo de conducta, imitación e interacción grupal.

Tanto éste, como los otros procedimientos anteriormente descritos, pueden efectuarse en un marco individual, grupal o familiar.

Todos los procedimientos aquí descritos pertenecen al contexto de la terapia conductual, de lo que se concluye, por tanto, que ésta es una opción para la adherencia terapéutica en el marco de los servicios de salud, amplia y extensa, que puede o debe ser aprovechada mediante la capacidad creativa del terapeuta o investigador.

V. METODOLOGIA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México se ha llegado al interés relativamente reciente en la creación de programas que ayuden a aumentar la adherencia terapéutica, debido al alto porcentaje de abandono por parte del paciente a sus prescripciones médicas, encontrándose en pacientes oncológicos un 78 % de deserción, específicamente en aquellos que presentan tumores mamarios (6) y con respecto a enfermos crónicos neumológicos, un 26% en pacientes tuberculosos, 55 % en fibrosis intersticial difusa y un 48 % en bronquíticos emfisematosos. (4)

Al carecer de grupo control en nuestro estudio, estos datos nos permitirán comparar de manera más objetiva, los efectos provocados por el uso de autoregistro, en los diferentes programas terapéuticos, tratados en el presente estudio. Además de permitir una disminución importante en el costo de la investigación, ya que en el caso del empleo de este tipo de programas un grupo control conlleva implicaciones económicas considerables.

Otro factor importante en la ausencia de grupo control es el manejo ético del estudio, ya que el negarle a los pacientes el servicio asistencial otorgado a los sujetos pertenecientes a los gru-

pos experimentales, da como resultado que los pacientes del primer grupo no cuenten con las mismas posibilidades de mejoría que de antemano sabemos se les puede brindar, a través de los programas utilizados en los otros grupos.

Por otra parte el hecho de que tanto en las sesiones - como en los seguimientos se haya obtenido un elevado nivel de significancia entre los dos tipos de tratamiento, se debe al tipo de población con la cual se trabajó, siendo esta población de bajo nivel socioeconómico y cultural, lo que dificulta obtener un control riguroso, - como el que generalmente se pretende alcanzar en experimentos de laboratorio.

HIPOTESIS DE TRABAJO

El uso de técnicas de autoregistro en diferentes programas contribuyen al aumento de la adherencia terapéutica, sin provocar diferencias significativas entre ellas.

Walter, F. Baile and Bernard, T. Engel, (1979) trabajaron durante un período de seis meses con nueve pacientes (del servicio de la Unidad de Cuidados Coronarios) que eran considerados como de alto riesgo, porque no cumplían con el medicamento. El programa incluía tres fases:

1. La evaluación de la entrevista y la introducción a el programa.
2. El establecimiento del programa y
3. La implementación del programa

Se obtuvieron los siguientes resultados: dos pacientes se refusaron a participar en el programa, debido a que fueron incapaces de comprender la naturaleza de la infartación al miocardio o de las complicaciones que pueden resultar de una conducta inapropiada, sin embargo, los otros pacientes que aunque en un principio se mostraban rehusantes a participar, comenzaron a planear sus actividades habiendo mayor disponibilidad. El propósito de este estudio fue describir estrategias de tratamiento que pueden ser efectivas en relación con -

35.

el problema del incumplimiento de los pacientes a sus tratamientos -
médicos. (3)

OBJETIVOS.

Evaluar la técnica de autoregistro en la promoción del aumento de la adherencia terapéutica en los programas empleados en el Hospita General.

Evaluar la importancia del nivel socio-económico y cultural para el correcto cumplimiento de la adherencia terapéutica.

METODO.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

La población bajo estudio estuvo integrada por pacientes diagnosticados médicamente con daño neurológico serio⁺ que estuvieron asistiendo a consulta externa en el Hospital General de la Secretaría de Salud y que fueron incluidos⁺⁺ en los diferentes programas (Educación para la Salud y Reestructuración Cognoscitiva). De los cuales participaron en este estudio, dos grupos uno de cada programa.

VARIABLES

V.D. Adherencia Terapéutica

V.I.₁ El uso de autoregistro en los diferentes programas terapéuticos

V.I.₂ El método de Educación para la Salud

V.I.₃ El método de Reestructuración Cognoscitiva

+ Diagnóstico realizado por los neumólogos de dicho Hospital, relacionados directamente con el proyecto de investigación interinstitucional Hospital General-Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP). Entendiéndose por "daño neurológico serio", la presencia de enfermedad crónica, es decir, algún daño neurológico irreversible.

++ Incluidos por los psicólogos a cargo del proyecto, para formar grupos y darles tratamiento.

INSTRUMENTOS

Cuestionario socioeconómico

Tarjetas de autoregistro +

+ Ver anexo. página

DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio de carácter evaluativo, que de acuerdo a las características que presenta, se considera una investigación ex post-facto. Ya que no es posible manipular ni asignar nuestras variables, porque éstas ya habían ocurrido. Sin embargo se recabó dicha información y con ella se realizaron interpretaciones y comparaciones. Resulta importante mencionar que dentro de la investigación ex-post-facto existen cuatro grandes deficiencias:

- 1) La incapacidad de manipular las variables independientes.
- 2) La impotencia para hacer la asignación aleatoria.
- 3) En comparación con la investigación experimental, ésta carece de control sobre las variables independientes y
- 4) Además de que se corre el riesgo de hacer interpretaciones impropias, ésto es debido a que existen muchas explicaciones de eventos complejos. (29)

Sin embargo el uso de este tipo de investigación se utiliza en psicología simplemente porque en esta disciplina existen muchos problemas que no pueden ser investigados experimentalmente, como importantes variables, que son: inteligencia, aptitud, ambiente familiar, clase social, violencia o agresividad, etc., puesto que son variables que no se pueden manipular. De este tipo de estudios son los de Piaget sobre el pensamiento infantil que son estudios sólidos e importantes

para apoyar o descartar teorías en la ciencia de la conducta.

Alper, Blane y Adams (1955), estudiaron las reacciones de niños de distintas clases sociales ante la experiencia de pintar con los dedos. Se hicieron dos grupos de preescolares (18 de clase me dia y 18 de clase baja) fueron introducidos a las tareas que consistían en pintar con los dedos. Los procedimientos empleados por los dos grupos fueron distintos. Se obtuvieron reacciones y diferencias signi ficativas. Este estudio es ex-post-facto porque no fué posible manipu lar la variable independiente y porque los sujetos llegaron a él con sus reacciones ya propias. (30)

Lipinski, Black, Nelson y Ciminero (1975) pidieron a fumadores que querían o que no querían dejar de fumar que auto-regis traran sus razones de consumo de cigarro. Ellos observaron un decremento en el fumar sólamente entre aquellos sujetos que reportaron querer de jar de fumar. Este estudio también es de tipo ex-post-facto porque al igual que en el anterior la variable independiente no es manipulable y porque los sujetos no fueron elegidos aleatoriamente. (31)

PROCEDIMIENTO

Se eligieron dos grupos de pacientes, formados por nueve y siete personas. Cada uno contaba con un programa terapéutico diferente.

El grupo I utilizó el método de Educación para la Salud, y el grupo 2 el método de Reestructuración Cognoscitiva. Es importante mencionar que en ambos grupos se utilizó de igual forma la técnica de autoregistro. (ver pag.24 donde se describe esta técnica).

Ambos programas constaron de ocho sesiones de noventa minutos cada una, dos veces por semana, durante un mes. Y de seis seguimientos, uno a la semana después de haber terminado el programa, el segundo a las dos semanas, al tercero al mes, el cuarto a los dos meses, el quinto a los cuatro meses y el sexto a los seis meses. Seguimientos en los que se trató de llevar un control de los pacientes, en cuanto al mantenimiento por parte de éstos del nivel de adherencia terapéutica.

Para el objeto de este estudio, se analizaron los resultados del cuestionario socioeconómico que anteriormente a este estudio, se les había aplicado a los pacientes de ambos grupos. Este análisis se realizó con el fin de poder elaborar tablas socioeconómicas y

disponer de información general sobre la población bajo estudio. Además de que se obtuvieron los resultados de las tarjetas de autoregistro de ambos grupos en los cuales se observó si el paciente asistió a su tratamiento terapéutico, si tomó su medicamento y si lo tomó correctamente, si realizó sus ejercicios respiratorios, etc. Esta información se obtuvo de igual forma en ambos grupos.

Para la realización de este estudio, además de los - anterior, se hicieron comparaciones entre las variables independientes 1 y las otras dos variables independientes, para llegar posteriormente a la comparación con la variable dependiente.

Los procedimientos conductuales como se ha mencionado, pueden ser combinados para crear programas empleando la capacidad creativa del investigador, con la finalidad de que se adecuen al tipo de problema y sujeto o sujetos para tratar de obtener mayores y mejores resultados a través de su aplicación.

De la misma forma, sobre la base de procedimientos como el de Educación para la Salud, de Reestructuración Cognoscitiva y Técnicas de autoregistro (elemento de gran importancia para nuestro estudio), se han creado los programas implementados en el Hospital General, con la finalidad de que los pacientes se adhieran y cumplan adecuadamente con sus tratamientos médicos, que por tratarse de enfermos

crónicos respiratorios constan básicamente de tres puntos:

- a) Toma de medicamentos
- b) Realización de ejercicios respiratorios
- c) Abstinencia o disminución del consumo de tabaco

Ambos programas conductuales están conformados de ocho sesiones; dos sesiones a la semana, de noventa minutos cada una durante un mes y después de terminado el curso, se hacen seis seguimientos; uno a la semana, otro a las dos semanas, al mes, a los dos meses, a los cuatro y por último a los seis meses después de haber terminado - el curso.

El programa de Educación para la Salud⁺ está formado por diaporamas de temas médicos y psicológicos, relacionados con enfermedades que generalmente provoca el consumo de tabaco e información para el correcto manejo de enfermedades de tipo crónico (por parte - del paciente) y el control de hábito tabáquico.

En el transcurso de cada sesión el terapeuta además de llevar un registro asistencial de los miembros del grupo, proyecta - para posteriormente comentar, dos diaporamas correspondientes a los

+ Ver anexo página 70

temas antes referidos.

En el programa cognitivo conductual⁺ para el cumplimiento del tratamiento médico en pacientes fumadores con padecimientos respiratorios, el terapeuta valiéndose de un instructivo que especifica objetivo, técnicas y procedimientos para llevar a cabo en las sesiones, intenta reestructurar las cogniciones de pacientes respecto a la identificación y modificación de sus estilos distorcionantes del pensamiento. En este programa también se lleva un registro asistencial de los miembros del grupo.

Los autoregistros⁺⁺ empleados en ambos programas consistieron en una tarjeta en donde el paciente debía marcar con una cruz (X) él o los círculos de diferentes colores correspondientes a la cantidad y tipo de medicamento que debía tomar (sólo se iluminaron de antemano aquellos círculos que le indicaban al paciente las medicinas -recetadas por el médico). Igualmente debían de marcar con una cruz si habían realizado o no los ejercicios recomendados (representado por un muñequito haciendo ejercicio) y por último el paciente debía de -indicar el número de cigarrillos fumados en el lugar donde aparecían una cajetilla. Estas tarjetas eran repartidas a los pacientes en cada sesión pidiéndoles que las entregaran al terapeuta en la próxima cita.

⁺ Ver anexo pag. 72

⁺⁺ Ver anexo pag. 24

PROCEDIMIENTO DE ANALISIS DE DATOS.

El trabajo de cómputo consistió básicamente en el manejo de los datos provenientes de las tarjetas de autoregistro. Por el gran número de información a manejar en esta fase del estudio fué necesario emplear la microcomputadora Apple IIe con Sistema Operativo CP/M-80.

Se empezó por crear un archivo de datos con la información de los autoregistros, después se estructuraron una serie de programas de cómputo en el lenguaje propio del sistema de manejo de bases de datos relacional, llamado Base II, capaces de generar reportes con los porcentajes de los factores evaluados en las tarjetas de autoregistro tanto en forma individual como grupal.

Por otra parte, se elaboró en forma manual una tabla (1) incluyendo los porcentajes grupales obtenidos mediante el programa de cómputo, para cada uno de los aspectos evaluados en la tarjeta de autoregistro, de esta tabla se obtuvo la prueba t de Student (tabla 2) teniendo como objetivo determinar las diferencias de ambos tratamientos y encontrar si esta diferencia resultaba significativa.

A través de los porcentajes obtenidos en el cómputo antes referido, se elaboró una tabla (tabla 4), que incluye los datos referentes al llenado de la tarjeta de autoregistro y de las asistencias

obtenidas tanto en sesiones como en seguimientos de ambos grupos, de lo cual se calculó el coeficiente de correlación de rango de Spearman y el ensayo de hipótesis nula con el objeto de saber si existía una correlación entre estos dos factores. (tabla 5)

Asimismo se elaboró una tabla donde aparecan aquellos pacientes que cumplieron más de aquellos que cumplieron menos con el llenado de sus tarjetas, al mismo tiempo que se realizó una tabla socioeconómica que incluye datos de este tipo, de cada uno de los pacientes pertenecientes a los dos tipos de tratamiento, con la finalidad de observar si se encontraban diferencias entre las características socioeconómicas de aquellos pacientes que cumplieron o que no cumplieron con el autoregistro.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan los porcentajes de cada uno de los aspectos evaluados por cada tipo de tratamiento, subdividido en sesiones y seguimientos.

A partir de los datos observados en la tabla anterior se obtuvo el nivel de significancia a través de la prueba t de Student, encontrándose una probabilidad mayor de .9 (P .9) tanto para las sesiones como para los seguimientos. Indicando que no se hallaron diferencias significativas entre los dos tipos de tratamiento (ni en las sesiones ni en los seguimientos). (tabla 2)

Este resultado aunque se puede observar en la tabla 1, aparece más claramente en la tabla 3, ya que aunque se muestra una mayor adherencia en el grupo de Educación para la Salud, con respecto al de Reestructuración Cognoscitiva ésta no es considerable.

Por otra parte con la finalidad de conocer si existía una relación entre el uso de la tarjeta y la asistencia de los pacientes se elaboró una tabla que incluye los porcentajes de los datos antes mencionados (tabla 4). Para ello se realizó el estudio estadístico de coeficiente de correlación de rango de Spearman ($r_s = .8$) y un ensayo de la hipótesis nula ($z=1.39$), (tabla 5), lo que nos permitió corro-

borar que efectivamente existe una correspondencia entre los factores antes mencionados.

Por otra parte, se encontró un mayor porcentaje de cumplimiento hacia el autoregistro en el tratamiento de Educación para la Salud con un 74 % y 50 % para las sesiones y seguimientos respectivamente, contra un 65 % y 37 % para el tratamiento de Reestructuración Cognoscitiva (tabla 4 sección 1a.)

Asimismo no se encontraron diferencias notorias o relevantes entre las características socioeconómicas de aquellos pacientes que cumplieron más con el autoregistro, de aquellos que cumplieron menos, tanto en las sesiones como en los seguimientos.

TABLA I

		EDUCACION PARA LA SALUD		REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA	
		SESION	SEGUIMIENTO	SESION	SEGUIMIENTO
ASISTENCIA		85	55	86	53
SIRVIO AUTOREGISTRO	SI	85	37	86	45
	NO	0	0	0	0
	IGNORA	0	23	0	7
HIZO EJERCICIO		62	51	69	38
LLENO TARJETA EJERCICIOS		73	52	63	35
CIGARROS LLENO	SI	67	43	31	22
	NO	33	57	62	78
TOMA DOSIS		83	54	79	47
DIAS DEBIO TOMAR/DIAS TOMO MEDICAMENTO		87	60	81	43
DOSIS LLENA TOMA LLENA		77	48	81	46
TOTAL		731	536	723	460

Tabla con los porcentajes grupales de los diferentes puntos evaluados en los autoregistros, para los dos tipos de tratamientos y para las sesiones y seguimientos de cada uno de ellos.

EJ. La asistencia durante las sesiones en el grupo de Educ. para la Salud fué del 85 %, lo que quiere decir que en promedio los pacientes de este grupo asistieron a 7 de las 8 sesiones.

TABLA 2

Prueba t para la obtención del nivel de significancia entre los dos tipos de tratamiento, en sesiones y seguimientos.

SESIONES.

$$t = \frac{51 - 60}{\sqrt{\left(\frac{55829}{(12-1)} + \frac{54915}{(12-1)} \right) \left(\frac{1}{12} + \frac{1}{12} \right)}} = 0.001192$$

g1 = 10

P 0.9

SEGUIMIENTOS

$$t = \frac{45 - 38}{\sqrt{\left(\frac{27282}{(12-1)} + \frac{22410}{(12-1)} \right) \left(\frac{1}{12} + \frac{1}{12} \right)}} = 0.018595$$

g1 = 10

P 0.9

TABLA 3

Porcentajes	EDUCACION PARA LA SALUD		REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA	
	SESION	SEGUIMIENTO	SESION	SEGUIMIENTO
	61 %	45 %	60 %	38 %

Comparación entre los porcentajes de los dos tipos de tratamientos con respecto a los aspectos evaluados en los mismos.

Ej. En el grupo de Educación para la Salud, la adherencia a las sesiones de acuerdo a los aspectos evaluados durante el tratamiento fué del 61 %.

TABLA 4 (La. sección)

	EDUCACION PARA LA SALUD		REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA	
	SESION	SEGUIMIENTO	SESION	SEGUIMIENTO
Llenado de tarjeta:				
Ejercicio	73 %	52 %	63 %	35 %
Cigarrros	67 %	43 %	31 %	22 %
Dosis llena	77 %	48 %	81 %	46 %
Dosis toma/dosis llena	79 %	56 %	85 %	46 %
Porcentaje promedio	74 %	50 %	65 %	37 %

(2a. sección)

	EDUCACION PARA LA SALUD		REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA	
	SESION	SEGUIMIENTO	SESION	SEGUIMIENTO
Asistencia	85 %	55 %	86 %	53 %

Tabla con porcentajes grupales de los aspectos referentes al llenado del auto-registro (1a. sección) y a la asistencia (2a. sección)

Ej. Los nuevos pacientes que integraron el grupo de Educación para la Salud, en promedio, llenaron sus autoregistros en relación a los ejercicios que hacían o no hacían, en un 73 % durante las ocho sesiones del tratamiento.

TABLA 5

Cálculo del coeficiente de correlación de rango de Spearman y ensayo de la hipótesis nula, para determinar el grado de correspondencia entre el uso de la tarjeta de auto registro y la asistencia. (basado en los datos presentados en la tabla 4)

X_i	Y_i	R_i	S_i
74	85	1	2
50	55	3	3
65	86	2	1
37	53	4	4

$$r_B = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^n D_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

$$D_i = \text{rango}(X_i) - \text{rango}(Y_i)$$

$$Z = r_B \sqrt{n-1}$$

$$n = 4$$

$$r_B = 0.80$$

$$Z = 1.39$$

TABLA 6

Cumplieron	SESIONES		SEGUIMIENTOS	
	Paciente	Porcentaje	Paciente	Porcentaje
más	2107	75	1101	25
			2107	25
menos	1103	0	2102	0
	2104	0	2103	0
	2108	0	2106	0
			2108	0
			2109	0

Tabla con la relación de aquellos pacientes que cumplieron más y de aquellos que cumplieron menos (extremos opuestos) con el autoregistro además de incluir los porcentajes de los mismos. (De ambos tratamientos)

Note: Pacientes cuyo número empieza con 1 pertenecen al tratamiento de Educación para la Salud.

Pacientes cuyo número empieza con 2 pertenecen al tratamiento de Reestructuración Cognoscitiva.

TABLA 7 (1a. sección)
(GRUPO I)

CLAVE	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	TRABAJO QUE DESEMPEÑA	INGRESO MENSUAL
1101	Masculino	50	Casado	Secundaria Incompleta	Desempleado	Trabaja de lo que encuentra	Menos de 10,000.00
1102	Femenino	55	Viuda	Analfabeta	Otros	Lava y plancha ajeno	Menos de 10,000.00
1103	Femenino	59	Viuda	Primaria Incompleta	Otros	Lava ropa y cuida un taller	Menos de 10,000.00
1104	Masculino	69	Soltero	Profesional (tocó en la Filarmónica)	Otros	Tocaba la flauta en Orquesta	Menos de 10,000.00
1105	Masculino	60	Soltero	Primaria Completa	Otros	Confeciona cortinas	Menos de 10,000.00
1107	Masculino	52	Casado	Bachillerato Completo	Otros	Proprietario de un Restaurante	Más de 30,000.00
1108	Femenino	53	Viuda	Primaria Incompleta	Labores del hogar	Labores del hogar	Menos de 10,000.00
1109	Femenino	54	Casada	Primaria Incompleta	Otros	Costurera	20,000.00
1110	Masculino	58	Casado	Bachillerato Incompleta	Empleado Federal	Inspector	30,000.00

Tabla del nivel socioeconómico y cultural del Grupo de Educación para la Salud (Grupo I)

TABLA 7 (2a. acción)
(GRUPO 2)

CLAVE	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	TRABAJO QUE DESEMPEÑA	INGRESO MENSUAL
2101	Femenino	57	Soltera	Primaria Incompleta	Otros	Labores del hogar	menos de 10,000.00
2103	Femenino	33	Soltera	Primaria Completa	Labores del hogar	Labores del hogar	30,000.00
2104	Masculino	60	Soltero	Primaria Incompleta	Desempleado	Ninguno	Menos de 10,000.00
2106	Femenino	55	Casada	Escuela comercial	Labores del hogar	Labores del hogar	Más de 30,000.00
2107	Masculino	50	Casado	Primaria Incompleta	Otros	Rotulista	20,000.00
2108	Masculino	66	Casado	Analfabeta	Desempleado	Desempleado	Menos de 10,000.00
2109	Femenino	34	Casada	Primaria Incompleta	Labores del hogar	Labores del hogar	30,000.00

Tabla del nivel socioeconómico y cultural del Grupo de Reestructuración Cognoscitiva (Grupo 2)

De acuerdo a las tablas 6 y 7 (1a. y 2a. sección), podemos observar que no se encontraron diferencias importantes entre las características socioeconómicas y culturales de los pacientes y su cumplimiento a los autoregistros. Por ejemplo, el nivel académico o cultural no representó un papel importante, en este sentido, de acuerdo a los datos analizados, ya que pacientes con escolaridad superior, media superior y media, no sobresalieron por su respuesta al autoregistro, lo que sí sucedió con pacientes con estudios primarios o medios incompletos. Por otra parte, en cuanto al bajo nivel de respuesta a los autoregistros, es importante señalar que aunque el nivel educativo abarcó desde aquellos pacientes con estudios primarios completos, incompletos y sin ninguna instrucción sólo incluyó a algunos de estos casos, puesto que se presentaron más - mujeres consideradas dentro de estos niveles educativos. Lo que indica que el uso del autoregistro, en nuestro estudio, no se vió afectado por el nivel educativo de los pacientes, que aunque bajó en su gran mayoría, éste fue variable.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en esta investigación nos llevan a comentar los siguientes puntos:

Al no encontrar diferencias significativas entre los dos tipos de tratamientos, ésto parece indicar que el uso de autoregistro, único elemento empleado por igual en ambos grupos, contribuye a elevar el nivel de la adherencia terapéutica, corroborándose con ello nuestra hipótesis. Por lo que se sugiere que en posteriores estudios se realice el análisis de los componentes (ya sea motivación, Lipinski et al. - 1975, (31), adiestramiento individual, Nelson et al. 1978, (32), establecimiento de metas, el funcionamiento de la retroalimentación, Kazdin 1974, (33), reforzamiento, Risley and Hart 1968, (34), etc. que se encuentran presentes en los autoregistros empleados para posteriormente determinar de que manera promueven el aumento de la adherencia terapéutica.

Es importante señalar que los terapeutas encargados de llevar a cabo los diferentes tratamientos han observado * que aquellos pacientes que cumplen con los autoregistros presentan una notable re-

* Observaciones realizadas en el grupo Educación para la Salud del 8 de junio al 13 de diciembre de 1984, y en el grupo de Reestructuración Cognoscitiva del 9 de julio de 1984 al 29 de enero de 1985.

jería física en comparación con aquellos que no lo hacen, siendo éste algo que además de aumentar la confiabilidad del autoregistro al demostrar la correspondencia entre lo que el paciente hace y su mejoría física, reforzando con ello, el resultado de nuestra hipótesis, al observarse una relación entre el uso de autoregistro, el aumento de la adherencia terapéutica y una mejoría física, por lo que se sugiere el análisis de este efecto en términos de la comparación del uso de autoregistro, con la evolución médica del paciente.

Es muy importante comprender que si en el presente estudio se ha visto que el uso del autoregistro puede contribuir a promover la adherencia terapéutica, se analice más el papel de esta técnica que seguramente puede tener alcances mucho mayores y más generales, es decir, si a los pacientes se les entrena en el uso de esta técnica de tal forma que se convierta en una persona si nó experta, si aptamente capacitada en su uso, desarrollará, por ello, la auto-observación como habilidad o capacidad aprendida que le ayudará a generalizar este aprendizaje promoviendo cambios efectivos en sus estilos de vida, (que como plantean Groce and Drebman 1984, (35), en la auto-observación es muy importante aprender a discriminar una conducta específica para poder así determinar cuando una respuesta ha ocurrido y entonces hacer el autoregistro de dicha respuesta), para facilitar posteriormente con ello que el paciente se presente a sus tratamientos y cumpla con cada una de las partes y/o fases que conforman el tratamiento, para lo cual

también podría usar de manera correcta el automonitoreo. Es decir ya una vez adquirida la habilidad de auto-observación, aquellos que se requiere que el paciente haga o deje de hacer se logrará más fácilmente. Para ello es importante señalar que la retroalimentación jugaría un papel muy importante, por lo que también se sugiere que en estudios posteriores, se le permita tener al paciente durante todo el tratamiento un registro de lo que ha venido haciendo o no y no se entregan y se quedan con él, únicamente los terapeutas. Kazdin 1974, (33) observó que la retroalimentación puede afectar positivamente la reactividad del autoregistro, él encontró que sujetos a los que se les había dado retroalimentación, además del autoregistro en una conducta específica mostraron mayor reactividad que sujetos que se les dió autoregistro sólo o retroalimentación sólo.

En resumen se considera o cuestiona que partiendo de lo general a lo particular se pueden provocar mayores cambios y más efectivos en el estilo de vida de los pacientes que partiendo de entrenamientos particulares o concretos que a veces logran cambios en otros aspectos no tratados durante el tratamiento.

Sería conveniente realizar una lista de todos los pasos o fases necesarias en el tratamiento de los enfermos crónicos neurológicos, como es el caso del presente estudio, y realizar un entrenamiento extenso y adecuado en el uso de autoregistros, que facilite posterior

mente el uso de autoregistros claramente diseñados para cada una de las etapas que conforman el total del tratamiento es decir, un autoregistro de la asistencia del paciente otro para la toma de medicamentos, etc.

Un entrenamiento en autoregistro completo de tal forma que ya una vez terminado el entrenamiento, al paciente en sus posteriores consultas con el neumólogo se le siguiera dando junto con las prescripciones y medicamentos, cédulas de autoregistro que el paciente ya podría emplear sin la ayuda del terapeuta y volverse el mismo su propio "supervisor médico".

Deben de modificarse todas aquellas conductas que interfieran con el cumplimiento al tratamiento y no sólo aquellas que están directamente relacionadas con el tratamiento médico, es decir, si se requiere primero que el paciente asista debe atenderse primero dicho aspecto y así sucesivamente hasta lograr un completo cumplimiento del tratamiento (con la ayuda del autoregistro).

Asimismo en nuestro estudio logramos encontrar una correspondencia entre el reporte del paciente en sus tarjetas de autoregistro y la asistencia, lo que nos indica que se puede confiar en los datos obtenidos. Se propone, sin embargo, que en posteriores investigaciones se cuente con un observador independiente o con muestras de laboratorio que nos permitan observar con mayor claridad la relación entre lo que reporta el paciente y lo que realmente hace, es decir, lograr mayor confiabilidad.

También se encontró que el grupo de Educación para la Salud obtuvo un mayor porcentaje de cumplimiento hacia los registros, - tanto en el programa como en los seguimientos, en comparación con el de Reestructuración Cognoscitiva, ésto puede atribuirse a que el primero es más general y abarca la importancia de la toma de medicamentos, el manejo de la enfermedad crónica, el problema del consumo de tabaco, la realización de ejercicios respiratorios, no sólo para mejorar la condición física, sino como forma de relajación; mientras que el de Reestructuración Cognoscitiva se centra de manera primordial en hacer que el paciente conceptualice e identifique sus pensamientos automáticos en su problema adictivo (tabaquismo), para con ello identificar las relaciones entre su estilo de pensar y el fumar. Además para el tipo de población a la que se dirigen dichos programas tal vez la técnica de Educación para la Salud por incluir elementos más concretos, sea de mayor comprensión y asimilación para los pacientes.

Otro aspecto de gran importancia obtenido en esta investigación es el que el nivel socioeconómico y cultural no representa un factor determinante en la promoción del aumento en la adherencia terapéutica. Lo anterior se fundamenta en dos puntos principalmente: Primero en que la población con la que se trabajó fué en su mayoría de escasos recursos económicos y en segundo lugar que al identificar a aquellos pacientes que cumplieron más, de aquellos que cumplieron menos, no se encontraron diferencias en las características socioeconómicas de -

dichos pacientes.

Por otra parte si las técnicas de autoregistro son efectivas en tratamientos con niños y adolescentes como lo demuestra el estudio de Gross y Drabman sobre la enseñanza a niños y adolescentes de técnicas para alterar sus propias conductas. (35), por lo tanto son sencillas de usar y dejan ver su fácil aplicación en adultos aún de bajo nivel educativo, como en el caso del presente estudio. La forma o tipo de autoregistro es lo que debe adecuarse al tipo de población con la que se vaya a emplear, tratando de aprovechar las múltiples posibilidades que posee dicha técnica. El realizar este tipo de investigación en instituciones privadas permitiría ahondar más en el papel que el factor socioeconómico y cultural desempeña dentro de la adherencia - terapéutica.

El problema de un tratamiento basado de manera primordial en los autoregistros amerita otro tipo de procedimiento de recolección de datos para poder ser evaluados ya que como en el caso de los tratamientos aquí empleados se trabajó con el problema de la reactividad.

Por último se sugiere que en posteriores estudios se incluya un mayor número de pacientes en los diferentes programas a emplearse a fin de poder encontrar resultados que se puedan generalizar en tratamientos aplicados a diferentes enfermedades crónicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Blackwell, B., "Treatment adherence", British Journal of Psychiatry, 129, 1976, p.p. 513-531.
2. Mason, A.S., Forrest, I.S., Forrest, F.M., and Butler, H., "Adherence to maintenance therapy and rehospitalization", Diseases of the Nervous System, 24, 1963 p.p. 103-104
3. Franks and Wilson, "Theory and Practice", Annual Review of Behavior Therapy, 7, 1979
4. Cicero, R., "Implicaciones y repercusiones para el paciente neumológico de la falta de cumplimiento a su tratamiento", Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de - Psicología, Acapulco, México, 1984, p.p. 19-35
5. Karchmer, S., "Implicaciones y repercusiones para la paciente ginecoobstétrica por la falta de cumplimiento a su tratamiento", Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de - Psicología, Acapulco, México, 1984, p.p. 38-45
6. López, R.a. "Implicaciones y repercusiones para el paciente oncológico por la falta de cumplimiento a su tratamiento", Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de - Psicología, Acapulco, México, 1984, p.p. 47-56
7. Ruiz de Chávez, M., "Implicaciones de la falta de cumplimiento terapéutico, para el Sector Salud", Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, 1984, p.p. 97-111
8. Sloan, J.P., and Sloan, M.C., "An assessment of default and noncompliance in tuberculosis control in Pakistan", Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 75, 1981, p.p. 717-718
9. Weinstein, M.C., and Sloan, W.B., "Hypertension", A Public Perspective, USA, Harvard University Press, 1981

10. Zifferblatt, S.M., "Increasing patient compliance through the applied analysis of behavior", Preventive Medicine, 4, 1975, p.p. 173-182
11. Domínguez, T.B., Balzaretto, M., "Adherencia Terapéutica e Investigación Psicológica-Conductual", Trabajo presentado en la Reunión Cuatrimestral Interdepartamental del Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1984, p.p. 1-12
12. Attali, J., "La medicina en acusación", El futuro de vida, compilador Salomón, M., Barcelona, España, Ed. Planeta, 1982, p.p. 215-227
13. Cfr. Domínguez, T.B., y Balzaretto, M., op cit. (11), p.o.2
14. Diminero, A.R., Calhoun, K.S., Adams, H.E., Hand Book of Behavioral Assessment, John Wiley and Sons, Athens, University of Georgia, 7, 1977
15. Goldfried, M.R., Davison, G.C., Técnicas Terapéuticas Conductistas, Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós, 1981, p.p. 20-21, 87-88, 90-95, 111-112, 121-130
16. Lazarus, A.A., Terapia Conductista, técnica y perspectivas, Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós, 1980, p.p. 15-29
17. Meichenbaum, D., Cognitive Behavior Modification. New York, Plenum Press, 1978; p.p. 18-20
18. Puente, S.F., "¿Qué es la adherencia terapéutica?", Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, 1984, p.p. 2-17
19. Domínguez, T.B., "Contribuciones de la investigación en Psicología terapéutica" Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, 1984, p.p. 71-85

20. Haynes, R.B., Sackett, D.L., With Therapeutic Regimens, Johns Hopkins, University Press, 1976, p.p. 193-279
21. Puente, S.F., "Adherencia Terapéutica" (mimeografiado), 1979
22. Thoresen, C.E., Mahoney, M.J., "Self-control", Power to the person. Monterey, Calif. Brooks-Cole, 1974
23. Arsenian, J., "Young children in an insecure situation", Journal of Abnormal and Social Psychology, 1943, 38, 225-249
24. Ernest, E., "Self-recording and counterconditioning of a self-mutilative compulsion", Behavior Therapy 4, 1973, p.p. 144-146
25. Bechtel, R.B., "The Study of man". Human movement and architecture, 4, 1967, p.p. 53-56
26. Maletzky, B.M., "Behavior recording as treatment, Brief note", Behavior Therapy, 5, 1974, p.p. 107-111
27. Ellis, A., Reason and emotion in psychotherapy, Nueva York, Lyle Stuart, 1962
28. Domínguez, T.B., "Descubriendo la relación entre estilos de pensamiento y forma de actuar", Manual de Ejercicios en Técnicas de Reestructuración Cognoscitiva, 1984, Adapt. y actualización del libro "Sobrevivencia Psicológica".
29. Mexlinger, F.N., Investigación del Comportamiento, técnicas y psicología, México, Ed. Interamericana, 1975, p.p. 268-288
30. T. Alper, H. Blane y B. Adams, "Reactions of Middle and Lower Class Children to Finger Prints as a Function of Class Differences in Child-training Practices", Journal of Abnormal and Social Psychology 51, 1955, p.p. 439-448

31. Lipinski, D.P., Black, J.L., Nelson, R.D., and Ciminero, A.R., "Influences of motivational variables on the reactivity and reliability of self-recording-", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1975, p.p. 637-646
32. Nelson, R.D., Lipinski, D.P. and Boykin, R.A. "The effects of self-recording training and the obtrusiveness of the self-recording device on the accuracy and reactivity of self-monitoring", Behavior Therapy, 9, 1978, p.p. 200-208
33. Kazdin, A.E., "Reactive self-monitoring: The effects of response desirability, goal setting, and feedback", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 1974, p.p. 704-716
34. Risley, T., and Hart, B., "Developing correspondence between nonverbal and verbal behavior of pre-school children", Journal of Applied Behavior Analysis, 1, 1968, p.p. 297-301
35. Gross, A.M., Drabman, R.S. "Teaching Self-recording, Self-evaluation, and Self-reward to nonclinic children and Adolescents", Self-Management and behavior change, compiled by Karoly, P. and Kenfer, F.H., New York, Pergamon, 1982, p.p. 285-314

ANEXOS

Programas de los tratamientos Educación para la Salud y Reestructuración Cognoscitiva.

- 1) Bienvenida
- 2) Introducción
- 3) Entrenamiento en cédulas de auto-registro

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD

Primera Sesión.

1. Diaporama: Generalidades del aparato respiratorio
2. Diaporama: Ejercicio físico y Salud Mental

Segunda Sesión.

1. Evaluación del auto-registro por los pacientes
2. Evaluación del auto-registro por el terapeuta
3. Dinámica de grupo
4. Diaporama: Bronquitis crónica
5. Diaporama: Enfermedad crónica

Tercera Sesión.

1. Evaluación del auto-registro por los pacientes
2. Evaluación del auto-registro por el terapeuta
3. Dinámica de grupo
4. Diaporama: Efisema pulmonar
5. Diaporama: Cumplimiento con el tratamiento

Cuarta Sesión.

1. Evaluación del auto-registro por los pacientes
2. Evaluación del auto-registro por el terapeuta
3. Dinámica de grupo
4. Diaporama: Aparato cardiovascular
5. Diaporama: Stress - tensión; Ansiedad - depresión

Quinta Sesión.

1. Evaluación del auto-registro por los pacientes
2. Evaluación del auto-registro por el terapeuta
3. Dinámica de grupo
4. Diaporama: Cáncer
5. Diaporama: Dinámica / Mecánica del hábito de fumar

Sexta Sesión.

1. Evaluación del auto-registro por los pacientes
2. Evaluación del auto-registro por el terapeuta
3. Dinámica de grupo
4. Diaporama: Enfermedad crónica
5. Diaporama: Teorías del Aprendizaje

Séptima Sesión.

1. Evaluación del auto-registro por los pacientes
2. Evaluación del auto-registro por el terapeuta
3. Dinámica de grupo
4. Diaporama: Ejercicio físico y salud mental
5. Diaporama: Asertividad - Motivación

Octava Sesión.

1. Evaluación del auto-registro por los pacientes
2. Evaluación del auto-registro por el terapeuta
3. Dinámica de grupo
4. Diaporama: Cumplimiento con el tratamiento
5. Diaporama: Estructura de la personalidad

REESTRUCTURACION COGNITIVA

Instructivo para la conducción de Sesiones

I SESION:

<u>Objetivo</u>	<u>Técnicas</u>	<u>Procedimiento (s)</u>
Que cada paciente conceptualice su problema adictivo, identificando las relaciones entre su estilo de pensar y el fumar.	Exposición didáctica	- Esta sesión se enfoca a crear una relación cordial y a describir las etapas de la reestructuración cognitiva. Se usa una "Tarjeta clave" con las etapas de la reestructuración como un recordatorio visual. Anotar frases comunes.
	Entrevista dirigida	Con este se someterá a evaluación el repertorio verbal y de participación de cada uno de los pacientes al mismo conjunto de preguntas.
	"Role Playing"	El terapeuta creará y demostrará al grupo con la participación de un paciente (de una manera actuada) la relación entre pensar y actuar. Se recurrirá a ejemplos inventados (no necesariamente reales).
	Reforzamiento Diferencial	El terapeuta de manera deliberada y explícita elogiará (verbalmente y con palmadas en la espalda) la participación verbal de cada paciente. Para facilitar esto se utilizará la pregunta: ¿Cuáles son los motivos que hacen a la gente fumar?

2a. SESION

<u>Objetivo</u>	<u>Técnica(s)</u>	<u>Procedimientos</u>
El paciente comprenderá y verbalizará la importancia para su caso de los "pensamientos automáticos" y su relación con el fumar y dejar de hacerlo".	Exposición Didáctica	El Terapeuta explica los "pensamientos automáticos", conductas adictivas, fumar como ejemplo, su adquisición, aumento y dependencia y relación con el estilo de pensar.
	Role Playing	El Terapeuta actúa los conceptos y técnicas explicadas presentando su <u>modelo ideal</u> a copiar por el grupo.
	Memorización guiada	El terapeuta propone y practica con un paciente como facilitar la memorización: ¿a que hora?, ¿en que lugar?, ¿qué olores hay?, ¿que texturas?, ¿que colores?, ¿Que sabores? etc.
	Esquema "A-B ~ C"	El terapeuta usando ejemplos ficticios demuestra la aplicación a un caso (el <u>ciego</u> que patea) del esquema.
	Ensayo "voz Alta"	Practican con el mismo ejemplo lo que piensan ante una situación parecida a la del ciego para descubrir sus pensamientos automáticos.
	Reforzamiento Diferencial	El terapeuta elogia y felicita a los que hubieran participado más (con o sin cometer errores).

3a. SESION

Objetivo

El paciente describirá sus propios estilos distorsionantes de pensamiento las cuestionará, para desconfiar de ellos e iniciar el proceso de modificarlos, hasta crear esta necesidad.

Que cada paciente conceptualice su problema adictivo, identificando las relaciones entre su estilo de pensar y el fumar.

Técnicas

Exposición Didáctica

Role Playing

Memorización guiada

Esquema "A, B C"

Role Playing Invertido

Ensayo "voz alta"

Reforzamiento Diferencial

Procedimiento(s)

El Terapeuta explica: los "pensamientos automáticos" y su relación con el fumar y otras conductas adictivas.

El Terapeuta propone se formen parejas que dialoguen usando exposición didáctica, memorización guiada, esquema A,-B-C.

El terapeuta propone y practica con un paciente como facilitar la memorización: ¿a qué hora?, ¿en qué lugar?, ¿qué olores hay?, ¿qué texturas?, ¿qué colores? ¿qué sabores? etc.

El Terapeuta solicita a los pacientes propongan ejemplos de la vida real o de su propia vida.

El terapeuta actúa como un "paciente" al que otro paciente que actúa como terapeuta, le explica la relación de A,-B-C.

Varios pacientes practican pensando en voz alta ejemplos de sus propias conductas adictivas.

El terapeuta elogia y felicita sólo a los pacientes que hubieran participado sin cometer errores.

4a. SESION

<u>Objetivo</u>	<u>Técnica(s)</u>	<u>Procedimiento(s)</u>
El paciente describirá sus propios estilos distorsionantes de pensamiento las cuestionará, para desconfiar de ellos e iniciar el proceso de modificarlos hasta crear esta necesidad.	Role playing invertido	Un paciente actuando como terapeuta explica al terapeuta-paciente la relación entre su conducta de fumar y su estilo de pensar
	Memorización guiada	El terapeuta propone y practica con un paciente como facilitar la memorización: ¿a que hora?, ¿en que lugar?, ¿qué olores hay? ¿que texturas? ¿que colores? Que sabores? etc. *
	Esquema "A- B- C."	Se identifican y analizan estilos distorsionantes de pensamiento (15) y el fumar en ejemplos concretos
	Ensayo en "voz alta"	Utilizando ejemplos actuales los pacientes piensan en voz alta sobre la relación fumar-estilo de pensar.
	Reforzamiento diferencial	El terapeuta elogia y felicita sólo a los pacientes que hubieran participado <u>sin cometer errores.</u>

* Con ejemplos propuestos por los pacientes.

5a. SESION

Objetivo

El paciente practicará y perfeccionará la modificación activa de sus respectivos estilos distorsionantes de pensamiento.

Técnica(s)

Role playing "Invertido"

Dialogo "Mayeutico"

Esquema "A-B-C."
uso de "diarios"

Ensayo en "voz alta"

Reforzamiento diferencial.

Procedimiento(s)

Un paciente actuando como terapeuta y dialogando con el terapeuta (como paciente) utiliza la pregunta: ¿qué haría si? (ocurriera, pensar de esta u otra manera). Se practica la adecuada selección de opciones.

El terapeuta recurrirá a ejemplos reales y organizará series de preguntas de dificultad creciente que induzcan en cada paciente la respuesta esperada en el curso de estos episodios verbales se preparará a los pacientes para el fin de este tratamiento.

Utilizando la tarea: ¿qué piensas cuando fumas o no? se generarán ejemplos para analizarlos con este esquema.

El terapeuta demostrará esta técnica cometiendo errores obvios hablando lentamente. El terapeuta invita e instiga que varios pacientes (uno por vez) verbalicen su caso particular aprovechando esta situación moldea y corrige las herramientas de análisis usadas por cada paciente.

El terapeuta de manera deliberada, sistemática y verbal (si se puede física) elogiar reconoce a los pacientes que utilicen con más de un 80% de destreza las técnicas en las que les ha instruido.

6a. SESION

<u>Objetivo</u>	<u>Técnica(s)</u>	<u>Procedimiento(s)</u>
El paciente practicará y perfeccionará la modificación activa de sus respectivos estilos distorsionantes de pensamiento.	Role Playing "invertido"	Un paciente actuando como terapeuta demuestra "en vivo" lo que ha progresado instruyendo al terapeuta que actúa como paciente o a un paciente-paciente.
	Diálogo "Mayeutico"	El terapeuta interactúa con pacientes del grupo, inicia un episodio verbal sobre el análisis de patrones distorsionados de pensamiento y fumar, concluye el episodio hasta que el paciente encuentra su propia respuesta.
	Esquema "A-B-C " uso de "diarios"	Con el fin de facilitar la identificación y modificación de estilos distorsionantes de pensamiento de un paciente, se usa el esquema A.B.C.
	Ensayo en "voz alta"	El terapeuta invita e instiga que varios pacientes (uno por vez) verbalicen su caso particular aprovechando esta situación, moldea y corrige las herramientas de análisis usadas por cada paciente.
	Reforzamiento diferencial.	El terapeuta de manera deliberada, sistemática y verbal (si se puede física) elogia y reconoce a los pacientes que utilicen con más de un 80% de destreza las técnicas en las que les ha instruido.

TARJETA O CEDULA DE AUTOREGISTRO

Día _____

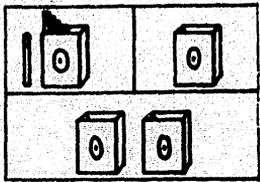
**HOSPITAL GENERAL UNIDAD NEUMOLOGIA, SSA
DE MEXICO.**

Nombre Paciente _____

Clave

Exp.

- Medicamento 1 ○ ○ ○ ○
- Medicamento 2 ○ ○ ○ ○
- Medicamento 3 ○ ○ ○ ○
- Medicamento 4 ○ ○ ○ ○
- Medicamento 5 ○ ○ ○ ○
- Medicamento 6 ○ ○ ○ ○



FORMA PARA LA RECOPIACION DE LA INFORMACION OBTENIDA EN LAS TARJETAS DE AUTOREGISTRO

1. Seguimiento - tratamiento - clave _____

2. Asistencia _____

3. Medicina roja. Dosis día 1 _____ Paciente tomó _____ Llenó tarjeta _____
 2 _____
 3 _____

4. Medicina azul Dosis día 1 _____ Paciente tomó _____ Llenó tarjeta _____
 2 _____
 3 _____

5. Medicina café Dosis día 1 _____ Paciente tomó _____ Llenó tarjeta _____
 2 _____
 3 _____

6. Medicina verde Dosis día 1 _____ Paciente tomó _____ Llenó tarjeta _____
 2 _____
 3 _____

7. Medicina naranja Dosis día 1 _____ Paciente tomó _____ Llenó tarjeta _____
 2 _____
 3 _____

8. Ejercicio hizo día 1 _____ Llenó tarjeta _____
 2 _____
 3 _____

9. Cigarros fumó día 1 _____ Llenó tarjeta _____
 2 _____
 3 _____

10. Le sirvió autoregistro _____