

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

INTERVENCION COGNITIVO - CONDUCTUAL GRUPAL PARA
MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA Y LA CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
LIC. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA

DIRECTOR DEL INFORME: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

JURADO DEL EXAMEN: DRA. ISABEL REYES LAGUNES
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA
DRA. GABINA VILLAGRAN
DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN
DRA. SANDRA ANGUIANO



MEXICO D.F.

2005

m.347210



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por permitirme ser parte de su comunidad y brindarme una educación de excelencia.

Al Hospital Juárez de México y al servicio de medicina interna a cargo del Dr. Martín Herrera y al personal que en el labora, por ofrecerme un espacio de crecimiento personal y profesional.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa por darme la oportunidad de ser parte de su equipo, de ser mi vínculo con la psicología de la salud y la terapia cognitivo-conductual, por su liderazgo en la psicología a nivel internacional y por los consejos siempre oportunos, gracias.

A la Dra. Isabel Reyes Lagunes, por su amor a la psicología y a la Universidad, por el tiempo dedicado y por ser una de las más importantes guías en mi formación como psicólogo y como persona, con profundo respeto y admiración, gracias.

A los miembros del jurado, Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Dra. Gabina Villagran, Mtro. Arturo Martínez Lara, Dra. Laura Hernández, Dra. Sandra Anguiano, por sus enseñanzas y sus valiosos comentarios para la elaboración de este documento.

A mis amigos, Itzel, Alfonso, Miguel, Rosita, Carlos, Graciela, gracias por compartir conmigo esta experiencia de vida y por sobrellevar mi BTF.

A mis amigas sonorenses, Tere y Mayra, por escucharme, por permitirme conocer otra forma de ver la vida, por el cariño, gracias.

A mis abuelos por enseñarme el valor del trabajo, Gurrú por tus ganas de seguir luchando, de darte una segunda oportunidad y disfrutar la vida; doctor, por el cariño, donde quiera que estés, gracias.

A mi tía Lilia, Güera, gracias por **ofrecerme** un espacio donde vivir, se que cuento contigo en todo momento.

A mi madre, por brindarme su amor y apoyo incondicional, por ser el eje de mi vida y mi bienestar.

A ti Brissa por el amor, la **paciencia** y la lealtad, te agradezco con todo el corazón.

Por último, a mis pacientes: Ramón, **Blanquita**, Conchita, Pancho, Vicente, Rosa, Ángel, Evangelina, Carlos, Celia, Yolanda, **Victor**, Adelina, Rosa Maria, Carmen, Luisa, Guadalupe, Aurelia, Ausencia, Emma, **Enrique**, un sincero agradecimiento por su confianza, su tiempo y su motivación para **salir** adelante, sin ustedes nada de esto hubiera sido posible.

A todos ellos y a los que ahora escapan a mi memoria, pero también contribuyeron en algún momento para la **realización** de este proyecto, muchas gracias.

INDICE

Resumen	i
Abstract	ii
Introducción	iii

Capítulo I Diabetes Mellitus Tipo 2

Definición	01
Etiología	01
Clasificación	02
Epidemiología	04
Diagnóstico	05
Factores de Riesgo	06
Tratamiento	06
Plan Alimenticio	07
Ejercicio	08
Tratamiento Farmacológico	09
Insulina	09

Capítulo II Adherencia Terapéutica

Definición	10
Estadísticas	12
Factores que influyen en la adherencia	13
Factores ambientales	14
Factores relacionados con la enfermedad	15
Factores relacionados con el equipo de salud	16
Factores relacionados con el paciente	17
Medición	19
Autoinforme	19
Medidas Indirectas	20

Medidas Clínicas	21
Intervenciones para mejorar la adherencia	22
Capítulo III Calidad de Vida	
Definición	25
Dimensiones	26
Calidad de vida y diabetes	27
Medición	30
Capítulo IV Respuestas emocionales ante la enfermedad crónica	35
Capítulo V Método	
Variables: Definición y Medición	42
Variables Atributivas	43
Variables Dependientes	43
Participantes	47
Procedimiento	48
Intervención	49
Técnicas de Intervención	51
Capítulo VI Resultados	56
Capítulo VII Discusión	73
Referencias	86
Informe de Experiencia Profesional	95

Anexos

109

- Anexo 1 Formato de datos sociodemográficos y médicos
- Anexo 2 Versión en español del DQOL
- Anexo 3 Inventario Depresión de Beck
- Anexo 4 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)
- Anexo 5 Consentimiento Informado

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 es la primera causa de muerte en México en la población en general y presenta una de las prevalencias más altas alrededor del mundo. Su condición crónica y tratamiento exigen cambios de difícil adaptación para el paciente, generando muy bajos índices de adherencia terapéutica y un impacto negativo notorio en el bienestar psicológico y la calidad de vida de quienes la padecen. Una parte importante del control de la enfermedad y la evitación de las complicaciones depende principalmente del comportamiento del paciente, es decir, de su adecuado cumplimiento de las indicaciones del equipo de salud y de su control emocional. El objetivo del presente estudio consistió en determinar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual grupal para mejorar los índices de adherencia terapéutica, calidad de vida, depresión y ansiedad de un grupo de 21 pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital Juárez de México. Los instrumentos de autoinforme incluyeron: la versión estandarizada del Cuestionario de Calidad de Vida en Diabetes (DQOL), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). La adherencia terapéutica se midió a través de el nivel de glucosa en ayunas, triglicéridos, colesterol y el porcentaje de hemoglobina glucosilada (Hgba1c) de los pacientes. Se formaron tres grupos de siete pacientes cada uno a quienes se expuso a la intervención durante 16 sesiones de dos horas cada una. Se compararon las medias de los indicadores antes y después de la intervención utilizando la prueba t de Student para muestras relacionadas. Los resultados revelaron que la mayoría de los pacientes mostraron ganancias clínica y estadísticamente significativas en la mayoría de las medidas al final de la intervención. Los hallazgos indican que la intervención cognitivo-conductual en modalidad grupal resultó efectiva para incrementar los índices de adherencia al tratamiento, disminuir los niveles de depresión y ansiedad y mejorar la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2.

Palabras Clave: diabetes tipo 2, calidad de vida, depresión, ansiedad, adherencia.

ABSTRACT

Type 2 diabetes is currently the first cause of death in Mexico and its prevalence worldwide is currently among the highest. Its chronic character and treatment challenge patients to adopt changes which most of them found difficult to adapt to, resulting in very low rates of treatment adherence and a noticeable negative impact on their quality of life (QOL) and psychological well-being. Thus, an important component of the control of this disease and the avoidance of life-threatening complications depends mainly on the behavior of the patient him/herself. This involves adequate compliance with the indications of the health team and a good self-control of the patient's emotional reactions. The purpose of the present study involved evaluating the effects of a cognitive-behavioral group intervention to improve QOL, therapeutic adherence and levels of anxiety and depression in a group of 21 diabetic patients from a Mexico City's public hospital. Instruments applied included: the standardized Mexican version of Diabetes Quality of Life Measure (DQOL), the Beck's Depression Inventory (BDI) and the Trait-State Anxiety Inventory (IDARE for its initial in spanish). Therapeutic adherence was assessed through levels of pre-prandial glucose, cholesterol, triglycerides and rates of glycoside hemoglobin (Hgba1c). Instruments were applied to patients whom decided to participate in the study in a volunteer and informed way. The intervention consisted on 16 two-hour sessions, administered on three groups of seven patients each. Means at the beginning and end of the intervention were compared with the Paired-Samples T Test. Results revealed that most patients showed clinical and statistically significant improvement in most dependent variables. These findings point to the effectiveness of cognitive-behavioral group interventions improving QOL, therapeutic adherence and levels of anxiety and depression on patients with type 2 diabetes.

Key Words: type 2 diabetes, quality of life, compliance, depression, anxiety.

INTRODUCCION

La diabetes mellitus tipo 2 es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por hiperglucemia provocada por defectos en la secreción de la insulina, acción de la insulina o ambas. En la actualidad, de acuerdo con la OMS, se estima que existen alrededor de 140 millones de personas con diabetes tipo 2 en el mundo. En nuestro país ha alcanzado proporciones epidémicas, tiene una prevalencia del 10.8% y es considerada la primer causa de muerte entre la población general.

El tratamiento de la diabetes tipo 2 requiere que el paciente lleve a cabo conductas tales como: 1) seguir un plan alimenticio estricto y cuidar su peso corporal, 2) auto-monitorear sus niveles de glucosa en sangre y/o en orina, 3) realizar alguna actividad física frecuente, 4) cumplir con las indicaciones farmacológicas correspondientes, y 5) realizar visitas a diferentes especialistas de la salud. El tratamiento puede ser relativamente complejo, prolongado y requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios que los pacientes y sus familias no siempre están preparados para desempeñar.

Esto derivará en falta de adherencia, que de acuerdo a la literatura, se estima en un 70% en el caso de tratamientos prolongados con periodos asintomático, como es el caso de la diabetes. Solo el 7% de los pacientes con diabetes tipo 2 llevan a cabo de forma correcta su tratamiento. Existen distintos factores que influyen para que un paciente lleve a cabo un adecuado manejo de su padecimiento, entre ellos los más susceptibles a las intervenciones psicológicas son los relacionados con el paciente. Estos factores incluirán: a) poco o ningún conocimiento acerca de la enfermedad y su tratamiento, b) creencias disfuncionales relacionadas con la enfermedad y su tratamiento, c) actitudes negativas hacia el tratamiento o los profesionales de la salud, d) poco o ningún entrenamiento en el seguimiento del tratamiento y e) poco o ningún apoyo familiar que facilite el tratamiento. Partiendo de esto, podemos decir que el control de la enfermedad dependerá en gran medida de la conducta y de las creencias de los pacientes.

Además de los problemas relacionados con la falta de adherencia se ha encontrado que la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 es más alta que en la población general y se asocia con pobre control glucémico, incremento en las complicaciones médicas, disminución en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida del paciente.

Dentro de los diferentes tipos de psicoterapias, las intervenciones cognitivo-conductuales han demostrado ser efectivas en el aumento de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2, modificando algunos de los factores que influyen en la falta de adherencia del paciente. Entre los componentes que estas incluyen se encuentran: a) psicoeducación, para incrementar la credibilidad, confianza y expectativas del tratamiento; b) reestructuración cognitiva, para maximizar las estrategias de pensamiento adaptativo; c) modificación conductual, para identificar y cambiar las conductas que mantienen el problema identificado; y d) práctica.

Este tipo de psicoterapia también ha resultado exitosa en la disminución de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con padecimientos crónico-degenerativos. Sin embargo, el número de estudios que utilizan intervenciones cognitivo-conductuales en modalidad grupal para modificar la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes tipo 2 es bastante reducido y aun más los que han tenido como objetivo disminuir los síntomas de ansiedad y depresión asociados a la enfermedad e incrementar la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

El objetivo de la presente investigación, fue determinar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual en modalidad grupal para aumentar la calidad de vida, la adherencia terapéutica y disminuir los niveles de depresión y ansiedad de un grupo de pacientes con diabetes tipo 2.

Este documento se divide en siete capítulos, el primero de ellos aborda el tema de la diabetes mellitus tipo 2, en el se incluyen la definición, los síntomas, la etiología,

clasificación, epidemiología, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento, temas clave en la comprensión del proceso de adaptación del paciente a su enfermedad.

Los siguientes tres capítulos exponen con mayor profundidad las variables a medir en este estudio. El segundo capítulo muestra el desarrollo de la definición de adherencia terapéutica, nos presenta una visión clara de cómo es la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes tipo 2 y los factores que intervienen para llevarla a cabo; por último se mencionan algunas ventajas y desventajas de las principales formas de medir este constructo.

El tercer capítulo incluye la síntesis de algunas definiciones de calidad de vida, así como las dimensiones que integran este constructo. Además, ofrece algunos datos del impacto de la diabetes tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes que la padecen, así como los métodos de medición desarrollados para evaluar esta variable.

Las respuestas emocionales más comunes en los pacientes con diabetes tipo 2, la depresión y la ansiedad, se abordan en el capítulo cuatro. En esta sección del documento, se incluyen estadísticas, síntomas y una breve descripción de las intervenciones cognitivo-conductuales diseñadas para disminuir los niveles de depresión y ansiedad en los pacientes con diabetes.

El capítulo cinco abarca la metodología utilizada incluyendo el procedimiento y la descripción detallada de la intervención cognitivo-conductual grupal que se llevó a cabo. El siguiente capítulo incluye la exposición de los resultados, mientras que el séptimo capítulo presenta la discusión de los resultados y las conclusiones.

En la parte final del documento se presenta el Informe de Experiencia Profesional que indica las características del Hospital Juárez de México, sede de la Residencia en Medicina Conductual donde se llevó a cabo el presente estudio, así como las actividades realizadas por el autor del presente informe durante dos años en dicha institución como parte del programa de Maestría en Psicología.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

DEFINICIÓN

La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, como resultado de defectos en la secreción de la insulina, en la acción de la insulina o en ambas (Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003).

En la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes (NOM-015-SSA2-1994, 1999), se establece que la diabetes es: una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

ETIOLOGIA

Distintos procesos patogénicos están implicados en el desarrollo de la diabetes, desde la destrucción autoinmunitaria de las células β del páncreas, con la consiguiente deficiencia de secreción de insulina, hasta las anomalías que ocasionan la deficiencia en la acción de la insulina. La acción deficiente de la insulina en los tejidos blanco es responsable del metabolismo anómalo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas en la diabetes. Esta deficiencia proviene de la secreción inadecuada de insulina o de la respuesta deficiente de los tejidos a la hormona, en uno o más puntos de la compleja vía de acción de la insulina. Con frecuencia el deterioro de la secreción de la insulina coexiste con defectos en la acción de la hormona en un mismo paciente, y no se sabe cual de estas anomalías es la causa primaria de la hiperglucemia, si es que alguna lo es por si sola (American Diabetes Association, 2003).

Según Pohl, Gonder-Frederick y Cox (1984), debido a los cambios fisiológicos derivados de la hiperglucemia sobrevienen los síntomas comunes de la diabetes mellitus: polifagia, polidipsia, poliuria, prurito, astenia, cansancio, parestesias, pérdida de peso y visión borrosa. La hiperglucemia crónica también puede estar acompañada en menores de retardo en el crecimiento y susceptibilidad a determinadas infecciones.

En la hipoglucemia aguda se presentan valores subnormales de glucosa (<65-50 mg/dl) que ocasionan manifestaciones de tipo vegetativo (sudoración fría, irritabilidad, temblor, hambre, palpitaciones y ansiedad) o neuroglucopénicas (visión borrosa, debilidad, desorientación, mareos y coma).

Las complicaciones metabólicas agudas más graves de la diabetes son la cetoacidosis diabética (CAD) y el estado hiperglucémico hiperosmolar. Las complicaciones a largo plazo de la diabetes incluyen retinopatía con posible pérdida de la visión, nefropatía que lleva a insuficiencia renal, neuropatía periférica con riesgo de ulceraciones en los pies, amputaciones y articulaciones de Charcot; y neuropatía autonómica que provoca síntomas gastrointestinales, genitourinarios y cardiovasculares y disfunción sexual (ADA, op. cit.).

En los diabéticos la incidencia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, vascular periférica y cerebrovascular es más alta. También son frecuentes en ellos la hipertensión, los trastornos en el metabolismo de las lipoproteínas y las enfermedades periodontales.

CLASIFICACIÓN

Existen tres principales tipos de diabetes:

1. **DIABETES DE TIPO 1 (DM1):** Anteriormente llamada diabetes mellitus insulino dependiente (DMID), diabetes tipo I o diabetes juvenil, se origina por la destrucción autoinmunitaria de las células β del páncreas (Atkinson y Maclaren, 1994). Aparece

sobre todo en la infancia y adolescencia pero puede presentarse a cualquier edad. La velocidad de destrucción de las células puede ser muy variable siendo más rápida en niños y más lenta en adultos. Los pacientes con DM1 eventualmente se vuelven dependientes a la insulina para sobrevivir y tienen riesgo de cetoacidosis.

2. DIABETES DE TIPO 2 (DM2): Antes denominada diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID), diabetes tipo II o diabetes del adulto, es aquella que se presenta en individuos que tienen resistencia a la insulina y habitualmente una deficiencia relativa (en lugar de absoluta) de insulina. En principio y a menudo para toda la vida, estos pacientes no necesitan tratamiento con insulina para sobrevivir. La mayoría de los pacientes con este tipo de pacientes es obesa, y la obesidad en si causa un grado de resistencia a la insulina (Bogardus et al., 1985). En estos pacientes rara vez se produce cetoacidosis espontáneamente, cuando aparece suele estar asociada con el estrés ligado a la enfermedad, por ejemplo una infección.

Este tipo de diabetes a menudo permanece sin diagnosticarse por muchos años por que la hiperglicemia se desarrolla gradualmente y al comienzo no es lo suficientemente grave como para ocasionar los típicos síntomas de la diabetes (Zimmet, 1991). La secreción de la insulina es deficiente e insuficiente para compensar la resistencia a la insulina. Esta resistencia puede mejorar con adelgazamiento o tratamiento medicamentoso para la hiperglucemia, pero rara vez se regresa a la normalidad.

El riesgo de padecer este tipo de diabetes aumenta con la edad, el sobrepeso y la falta de actividad física. Es más frecuente en las mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional y en los individuos con hipertensión y dislipidemia, y su frecuencia varía según los subgrupos étnicos y raciales. A menudo se asocia con una fuerte predisposición genética, no obstante ésta es muy compleja y no está definida con claridad (Barnett, Leslie y Pike, 1987).

3. DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG): Se define como intolerancia a la glucosa de cualquier grado, que aparece o se detecta por primera vez durante el

embarazo. No excluye la posibilidad de intolerancia a la glucosa no reconocida que se hubiera iniciado antes o comenzado en el embarazo. La prevalencia puede oscilar entre el 1 y el 14% de los embarazos, es responsable de casi el 90 % de los embarazos complicados por diabetes (Coustan, 1995).

EPIDEMIOLOGIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) ha informado una prevalencia aproximada de 143 millones de personas con diabetes en todo el mundo y se espera que la cifra aumente a 300 millones hacia el año 2025.

Algunos de los datos aportados por la Federación Internacional de Diabetes (FID, 1998) que destacan la gravedad de este padecimiento a nivel mundial son los siguientes:

- a) La diabetes se asocia con tasas de mortalidad entre 2 y 3 veces superiores al resto de la población.
- b) En los países en vías de desarrollo, la población con diabetes se encuentra principalmente entre los 45 y 64 años, mientras que en los países desarrollados se ubica en los 65 años.
- c) Se calcula que un 50% de las personas con diabetes desconocen que tienen la enfermedad.
- d) En la mayoría de los países se gasta entre el 5 y 10% del presupuesto nacional destinado a la salud en atender las complicaciones de la diabetes, tales como la ceguera, insuficiencia renal y enfermedades cardíacas.

En México la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye un grave problema de salud, los datos más recientes informados por la Secretaría de la Salud (2002) la señalan como la primera causa de muerte en la población en general y presenta una de las prevalencias más altas alrededor del mundo.

Según algunos datos del el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 1999) referentes a la DM2 en nuestro país:

- a) Entre el 8 y el 10% de la población total puede desarrollar DM durante su vida, es decir, mas de 9 millones de mexicanos pueden desarrollar diabetes en el transcurso de su vida.
- b) Se asume que el 5% de la población total es diabética, de los cuales 3% están diagnosticados y 2% no lo están.
- c) La diabetes es la tercera causa de consulta médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- d) Los diabéticos son 25 veces más susceptibles a ceguera que la población general y es la primera causa de su incidencia de casos entre las personas de más de 45 años.
- e) La DM es la causa del 50% de las amputaciones de miembros inferiores y del 25% de los casos de insuficiencia renal.
- f) La tasa de invalidez es tres veces mayor que el resto de la población.
- g) El 80% de los diabéticos padecen el tipo 2.
- h) En cuanto a las diferencias de sexo, se han presentado datos que señalan que por cada tres mujeres, dos hombres padecen DM2.

DIAGNOSTICO

De acuerdo con el Informe del Comité Norteamericano de Expertos sobre Diagnostico y Clasificación de la Diabetes Mellitus (2003) existen tres formas de diagnosticar diabetes, todas ellas requieren confirmación, estas son:

- 1) Síntomas de diabetes mas glucemia al azar ≥ 200 mg/dl, donde al azar significa en cualquier momento del día, con independencia del tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos incluyen poliuria, polidipsia y adelgazamiento inexplicable.

- 2) Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl. En ayunas se define por lo menos 8 horas sin ingerir calorías.
- 3) Poscarga de glucosa a las 2 horas ≥ 200 mg/dl en una prueba de tolerancia oral a la glucosa. La prueba se debe realizar como recomienda la OMS con una carga equivalente a 75 g de glucosa deshidratada disuelta en agua.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo asociados con la aparición de la Diabetes Mellitus de acuerdo con Herman (1995) son los siguientes:

- a) Sobrepeso del 20% y Obesidad
- b) Sedentarismo
- c) Edad (tener mas de 45 años)
- d) Antecedentes familiares (diabetes en el padre, la madre o algún hermano)
- e) Productos macrosómicos (haber tenido bebes de más de cuatro kilos de peso al nacer)
- f) Dislipidemia
- g) Historia familiar de enfermedades cardiovasculares
- h) Hipertensión arterial
- i) Mujeres con antecedentes de DMG o poliquistosis ovárica.
- j) Padecer hipertensión y/o dislipidemia
- k) Alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG) o alteración de la glucosa en ayunas (AGA).

TRATAMIENTO

De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2003) el paciente con diabetes debe recibir atención médica por parte de un equipo compuesto como mínimo por médicos, enfermeras, nutricionistas, farmacéuticos y profesionales de la salud mental con experiencia e interés especial en la diabetes.

El tratamiento de ambos tipos de DM requiere de un gran repertorio de conductas de autocuidado por parte del paciente y de cuidado por quienes lo rodean, lo que implica un cambio sustancial en el estilo de vida de quienes la padecen y sus allegados inmediatos.

De acuerdo con la NOM (1999), la meta inicial en el tratamiento de la DM2 es lograr niveles de glucemia preprandial (90-130 mg/dl), nivel máximo de glucosa posprandial (<180 mg/dl), colesterol total (<200 mg/dl), LDL (<100 mg/dl), HDL (<40 mg/dl), triglicéridos (<150 mg/dl), presión arterial (<120/80), peso corporal (IMC<25), mediante medidas no farmacológicas consistentes en un plan de alimentación, control de peso y actividad física.

El paciente con DM2 debe: 1) seguir un plan alimenticio personalizado y cuidar su peso corporal, 2) auto monitorear sus niveles de glucosa en sangre y/o en orina, 3) hacer ejercicio, 4) cumplir con las indicaciones farmacológicas correspondientes, y 5) realizar visitas a diferentes especialistas de la salud.

Plan Alimenticio

De acuerdo con Frans, Horton y Bantle (1994 en Barrera, op. cit.), la dieta es uno de los componentes más importantes para el control de la diabetes, la pérdida de peso mejora de manera notable el estado de resistencia a la insulina y su secreción, al disminuir el nivel de glucosa en sangre se retrasan las complicaciones originadas por la hiperglucemia.

Según datos de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (1998), la dieta no es homogénea para todos los pacientes, se establece de manera personalizada, fraccionada y adaptada a las condiciones de vida. Cada individuo deberá recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación

biológica, actividad física, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de residencia

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (1999) el valor total diario de los alimentos será entre 25 y 30 Kcal/kg/día, para las personas sedentarias y de 30 a 40 Kg/kg/día para la persona físicamente activa o que realiza ejercicio de manera regular. El valor calórico total derivado de los macronutrientes, para mantener un peso recomendable será de la siguiente manera: menos del 30% de grasas (<10% de grasas saturadas y 15% de grasas monoinsaturadas); 50 a 60% de hidratos de carbono (10% azúcares simples y 35 gr de fibra), 15-20% de proteínas.

En el caso de pacientes que presenten hipertensión, además de diabetes, a las metas de tratamiento indicadas anteriormente se sumará el reducir la ingestión de sodio a 2400 mg o de cloruro de sodio a 6000 mg/día. Para los pacientes con dislipidemia el consumo de ácidos grasos insaturados deberá ser <7% de la ingestión calórico. La reducción de proteínas a 1,0 gr. peso corporal por día en individuos con microalbuminuria, así como 0.8 g por día en individuos con nefropatía puede frenar la progresión de la misma (ADA, op. cit.).

Ejercicio

El ejercicio puede mejorar la sensibilidad a la insulina y favorece que los músculos utilicen en forma adecuada la glucosa, con la consecuente mejoría del control metabólico y el perfil de lípidos. Para lograr dichos beneficios, el ejercicio debe ser aeróbico (caminar, trotar, nadar), de intensidad moderada y de duración igual o mayor a 30 minutos (ADA, op. cit.).

Tratamiento farmacológico

Existen diferentes opciones de medicamentos orales para el control de la hiperglucemia de ayuno y después de la comida (posprandial). Estos fármacos pueden operar mediante tres mecanismos de acción antidiabética:

- a) Promover una mayor secreción pancreática de insulina.
- b) Mejorar la sensibilidad del organismo a la acción de la insulina
- c) Retardar la acción intestinal de los carbohidratos.

Estos efectos pueden obtenerse con el empleo de un solo medicamento o una mezcla de varios fármacos con el objetivo de lograr mayor potencia (Harlord y Lebovitz, 1995). Los pacientes pueden enfrentarse a efectos colaterales adversos que van desde malestar gastrointestinal, náuseas, sabor metálico en la lengua, hasta un deseo repentino de glucosa (Luna y Feinglos, 2001).

Insulina

La administración de insulina puede ser necesaria en el tratamiento de pacientes con DM2 para el control glucémico intermitente o continuo. La insulina se obtiene del páncreas del cerdo o se elabora químicamente para que sea idéntica a la humana. Existen 4 tipos de insulina: 1) de acción rápida, 2) corta (NPH), 3) intermedia y 4) prolongada (ultralenta y glargina), que se pueden inyectar de forma independiente o mezclados en la misma jeringa. También existen análogos de insulina de acción rápida (lispro y aspart).

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABETES TIPO 2

Gran parte de las intervenciones psicológicas que se han realizado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, tienen que ver con la adherencia al tratamiento médico. El tratamiento para la diabetes es relativamente complejo, prolongado y requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios que los pacientes y sus familias no siempre están preparados para desempeñar. Estos cambios, como observamos previamente, se derivan, de un régimen complicado en el medicamento, una dieta especial y rigurosa, actividad física restringida o eliminar conductas específicas como fumar, beber alcohol o comer en exceso, y en su caso el mantenimiento de la estabilidad emocional y las rutinas que no interfieran con el tratamiento.

Durante las últimas dos décadas la adherencia terapéutica se ha convertido en un objeto de estudio relevante en psicología de la salud. Las investigaciones encaminadas a evaluar la contribución de la adherencia en la efectividad terapéutica señalan la importancia de promover regímenes terapéuticos para mejorar tanto la salud como las tasas de costo-beneficio de los servicios de salud (Dunbar-Jacob y Schlenk, 1996).

Un resultado óptimo de las intervenciones en el área de salud dependerá tanto de un tratamiento efectivo como de la adherencia que el paciente tenga a este. En distintos padecimientos, la adherencia es el factor modificable más importante en el resultado del tratamiento.

DEFINICIÓN

Los problemas relacionados con la adherencia terapéutica comienzan al intentar llegar a un acuerdo tanto de la definición conceptual como operacionalizada de la misma. La definición conceptual de adherencia terapéutica más frecuentemente citada es la de Haynes (1979), quien la define como "todas aquellas conductas del paciente que coinciden con la prescripción del equipo de salud. Esta puede incluir: toma correcta

de medicamentos, seguimiento de dieta, acudir a sus citas (consulta), actividad o inactividad física, modificaciones al estilo de vida, etc". Sin embargo, esta definición ignora la complejidad del tema.

Por otra parte, la adherencia se ha operacionalizado como: el grado en el que se sigue un tratamiento, expresado como un porcentaje o una tasa, como un fenómeno categórico ("buena" versus "mala adherencia"), o como un indicador que sintetiza múltiples conductas. Sin embargo, para propósitos clínicos estas definiciones carecen de especificidad y no permiten una dirección clara de la evaluación y la intervención.

Los tratamientos que los pacientes deben seguir varían de acuerdo con la naturaleza de las demandas que imponen. El significado de la adherencia, así como las estrategias de evaluación e intervención para modificarla, cambiarán de acuerdo con las demandas de cada tratamiento. Desde este punto de vista la adherencia terapéutica puede ser entendida mejor cómo el proceso en el cual el paciente realiza una serie de esfuerzos, que ocurren durante el curso de la enfermedad, para alcanzar las demandas conductuales relacionadas con el tratamiento impuesto por cada padecimiento (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa y Willey, 2003).

En el caso de la diabetes, este proceso involucra las conductas de autocuidado o automanejo que el paciente realiza en relación con su padecimiento. La adherencia que el paciente tenga hacia el autocuidado implica un proceso activo, responsable y flexible en que el paciente se orienta a conservar una buena salud trabajando en estrecha colaboración con los miembros del equipo de salud.

El autocuidado implica que el paciente lleve a cabo un monitoreo continuo y responda a los cambios ambientales y las condiciones biológicas llevando a cambio ajustes adaptativos en los distintos aspectos del tratamiento para la diabetes con el fin de mantener un adecuado control metabólico y reducir la probabilidad de complicaciones (Glasgow, McCaul, Shafer y Self, 1987).

Las conductas de autocuidado incluirán: monitoreo de glucosa en casa, ajuste al plan alimenticio (especialmente de carbohidratos), toma de medicamentos (insulina o agentes hipoglucemiantes), llevar a cabo actividades físicas regularmente, el cuidado de los pies, visita regular al médico y otro tipo de conductas como el cuidado de los dientes, los ojos, la utilización del calzado y ropa adecuados (ADA, 2002).

ESTADÍSTICAS

El nivel de adherencia al tratamiento puede variar desde un 8% hasta un 96% dependiendo del tipo de tratamiento. Del 20 al 50% de los pacientes no asisten a sus citas programadas, de los que asisten a la consulta, del 20 al 60% a quienes se les prescribió medicamento descontinuarán su uso antes de que se les indique, del 19 al 74% no seguirán el régimen y del 25 al 60% se equivocarán en la autoadministración (OMS, 1993).

Las tasas más altas de adherencia se dan en tratamientos con efectos directos sobre los síntomas de la enfermedad (inyecciones, quimioterapia), programas de tratamiento con altos niveles de supervisión y monitoreo y en condiciones de un ataque agudo. En contraste, las tasas bajas de adherencia ocurren con pacientes que tienen desórdenes crónicos con molestias o riesgos no inmediatos, cuando se requieren cambios en el estilo de vida y cuando el resultado es la prevención y no el alivio del síntoma (OMS, 1993).

Safren (1999) señala que la falta de adherencia se estima en un 20% para tratamientos cortos, 50% para tratamientos prolongados en condiciones crónicas, y del 70% para tratamientos prolongados con periodos asintomáticos, como es el caso de la diabetes. Según Cerkoney & Hart (1980) de los pacientes con diabetes tipo 2 solo el 7% de ellos llevan a cabo todos los pasos considerados necesarios para un buen control de su enfermedad.

A pesar de que los datos indican que el 75% de los pacientes en Estados Unidos toma el medicamento que le indica el médico, la mayor parte de ellos lo hacen de forma incorrecta, alrededor del 60% olvida frecuentemente alguna de las dosis a lo largo del día, mientras que la tercera parte de ellos toman más dosis de las prescritas, sobre todo aquellos a quienes sólo se les indica una pastilla al día (Paes, Bakker, y Soe-Agnie, 1997).

Por otra parte, el 70% de los pacientes no llevan a cabo correctamente su plan alimenticio, solo el 27% realiza una actividad física (Shultz, 2001), el 67% de los pacientes no llevan a cabo el automonitoreo de glucosa (Karter, 2000), el 80% se administra incorrectamente la insulina, y el 50% no realiza cuidados apropiados a sus pies (Wartkins, Roberts, Williams, Martin y Coyle, 1997).

La falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes derivara en un mayor descontrol metabólico, síntomas más frecuentes y un mayor riesgo a padecer las consecuencias de la enfermedad. Además, incidirá no solo en la economía del paciente y su familia, sino que también implicara mayores gastos para el sistema de salud.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se han realizado un gran número de investigaciones con el propósito de identificar las variables que correlacionan o predicen la adherencia al tratamiento (Brewer, Cornelius, van Raalte, Petipas, Sklar, Pohlman, Krushell & Ditmar 2000; Sanchez-Sosa, 2002; Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa y Willey, 2003). De acuerdo con estos estudios, los factores que influyen de forma más significativa son:

- 1) Factores ambientales (características socioeconómicas, geográficas y culturales)
- 2) Factores relacionados con la enfermedad.
- 3) El equipo de salud.
- 4) El paciente

Factores Ambientales

Existen dos factores ambientales que se relacionan con la baja adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes: las situaciones de alto riesgo y los sistemas ambientales.

El paciente con diabetes debe ajustar las conductas de autocuidado que implica su tratamiento a una variedad de escenarios que implican distintas demandas y prioridades. Aquellas situaciones donde se ha identificado una menor adherencia al tratamiento se llaman situaciones de "alto riesgo" (Schlundt, Sbrocco y Bell, 1989), entre las cuales se encuentran:

- a) *Presión social al comer*
- b) *Estar solo y sentirse aburrido*
- c) *Conflictos interpersonales*
- d) *Comer en la escuela, eventos sociales o vacaciones*
- e) *Estar presionado en tiempo*

Por otro lado se encuentran los factores macrológicos o sistemas ambientales entre los cuales se encuentran:

- a) *El nivel de pobreza que media el acceso al medicamento y al tratamiento.*
- b) *Niveles educativos bajos en la población general.*
- c) *Distribución geográfica desigual de los servicios de salud.*
- d) *Factores culturales que promueven conformismo o creencias disfuncionales a través de la presión social.*

Los cambios ocurridos en el último siglo como la facilidad de adquirir a un precio muy bajo "comida rápida" alta en grasa, sal y calorías, además de la mayor utilización de los medios de transporte que incrementa el sedentarismo han contribuido al aumento de la tasa de obesidad y del riesgo de padecer diabetes tipo 2.

En México, los niveles de pobreza en los que vive una gran parte de la población, los obliga a recurrir a instituciones públicas de salud que generalmente no cubren todo el conjunto de tratamientos que requieren los pacientes con diabetes tipo 2. Los servicios de salud se encuentran en su mayoría en las principales ciudades del país, por lo que los habitantes de poblaciones alejadas quedan desprotegidos en su atención. La influencia de estos dos factores se ve incrementada por los bajos niveles educativos de la población y la presión social que no fomentan la cultura de la prevención y de la responsabilidad en el manejo de la enfermedad.

Factores relacionados con la enfermedad

- a) Padecimientos que requieren tratamientos complejos y demandantes.*
- b) Enfermedades cuyo tratamiento presenta efectos secundarios.*
- c) Comorbilidad con padecimientos psiquiátricos.*

En el caso de la diabetes, los estudios señalan mayor adherencia en pacientes que requieren dosis menos frecuentes de hipoglucemiantes, comparados con los que tienen dosis más frecuentes (Dailey, Kim y Lian, 2001).

También se han encontrado correlaciones positivas entre la duración de la enfermedad y la adherencia a conductas de tratamiento. Los pacientes que han padecido diabetes un mayor número de años realizan menos actividades físicas y siguen de forma menos regular su plan alimenticio, que los pacientes con un menor número de años de padecerla (Glasgow, McCaul y Schafer, op. cit.).

Tanto los factores ambientales como los relacionados con la enfermedad juegan un papel muy importante en la adherencia al tratamiento, sin embargo, son estáticos y no muy útiles para guiar una intervención adecuada.

Existen factores relacionados con el equipo de salud y con los pacientes que son dinámicos, de naturaleza conductual y por lo tanto permiten su modificación (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa y Willey, 2003).

Factores relacionados con el equipo de salud

Los miembros del equipo de salud prescriben el tratamiento médico, lo interpretan, monitorean los resultados clínicos y proporcionan retroalimentación a sus pacientes. Los factores relacionados con la interacción y la comunicación entre los profesionales de salud y sus pacientes son piezas determinantes en la adherencia terapéutica. Las investigaciones relacionadas al respecto indican que existe una mayor adherencia al tratamiento cuando:

- Los miembros del equipo de salud tienen un estilo de comunicación en el que proveen información, llevan a cabo una conversación positiva y preguntan a los pacientes aspectos específicos de la adherencia a su tratamiento (Hall, Roter y Katz, 1988).
- Existe claridad en la información del diagnóstico y el tratamiento.
- Se llevan a cabo seguimientos periódicos de la salud de los pacientes.
- El médico es calido, empático y brinda apoyo emocional al paciente (Stewart, 1996).
- Los pacientes se encuentran satisfechos con su médico y su tratamiento.

Sin embargo, algunos datos de investigación proporcionados por la OMS (1993) indican que en la realidad se presenta un panorama muy distinto como lo indica lo siguiente:

- Los médicos aprenden aproximadamente 13000 términos técnicos nuevos que usan frecuentemente cuando hablan con los pacientes.
- Durante una consulta de 20 minutos, el médico utiliza menos de dos minutos dando información de tratamiento al paciente.

- Un tercio de los pacientes están insatisfechos con su interacción con el médico.
- Los médicos frecuentemente sobreestiman la importancia del tiempo que emplean dando información al paciente acerca de su padecimiento y subestiman el deseo de los pacientes por obtener información relacionada con su condición.

Factores relacionados con el paciente

A pesar de que se han realizado diversas investigaciones buscando características específicas de los pacientes como: edad, sexo, nivel educativo, ocupación, ingreso, estado civil, raza o religión, ninguna de ellas se encuentran asociadas definitivamente con la adherencia al tratamiento. Tampoco se ha encontrado un perfil de personalidad específico que describa al paciente que se adhiere o al que no se adhiere al tratamiento (Meichenbaum y Turk, 1987).

La investigación se ha dirigido ha otros aspectos de la conducta humana, entre ellos se encuentran las emociones, los pensamientos y las conductas, cada uno de estos componentes actúan juntos y se afectan unos a otros durante todo el tiempo a lo largo de la vida del paciente (Sánchez-Sosa, 2002).

Las emociones involucran cambios y reacciones psicológicas que juegan un papel muy importante en la recuperación de la salud. Por un lado las emociones frecuentes e intensas interactúan con nuestra fisiología y pueden generar estados de debilidad. Y por otro lado las emociones pueden influir en nuestra conducta al impedir que llevemos a cabo las acciones necesarias para el cuidado de nuestra salud (Sanchez-Sosa, op.cit.).

En el caso del paciente con diabetes, existe evidencia de un bajo nivel de estrés se relaciona con un mayor nivel de adherencia y con un mejor control metabólico (Karkashian, 2000). Así también un nivel alto de ansiedad estará asociado con pobre control glucémico (Lustman, Anderson, Freedland, Groot, Carney y Clouse, 2000);

incremento en el riesgo de complicaciones médicas y disminución de la adherencia al tratamiento (McGrill, Lustman, Griffith, Freedland, Gavard, Clouse, 1992).

Por otro lado, nuestros pensamientos, ideas o creencias también pueden influir en nuestra conducta y en nuestras emociones generando falta de adherencia al tratamiento. Si un paciente percibe su enfermedad como algo terrible y catastrófico es probable que se sienta incapaz de afrontarlo generando emociones de tristeza y angustia que harán aun más difícil que el paciente lleve a cabo lo indicado por el médico. Factores como: el conocimiento y las creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento, la percepción de susceptibilidad a la enfermedad, de severidad de la enfermedad, la autoeficacia y el control percibido sobre las conductas de salud, estarán ligados a la adherencia al tratamiento (Sanchez-Sosa, op.cit.).

En el caso de la diabetes, será mas probable que se adhiera al tratamiento el paciente que conoce su padecimiento, percibe que este puede acarrear consecuencias, entiende los mecanismos por los cuales actúan los distintos componentes del tratamiento, que se siente capaz de llevar a cabo las conductas de autocuidado y que sabe cómo afrontar las reacciones emocionales que genera su padecimiento.

El tercer factor psicológico de importancia que contribuye en la adherencia de los pacientes al tratamiento es la conducta instrumental, que se refiere a toda actividad que sirve como instrumento al individuo para modificar su ambiente (interno o externo) y que trae consigo consecuencias relativamente específicas. Los pacientes con diabetes frecuentemente carecen de las habilidades y conductas específicas para adherirse a tratamientos de larga duración (monitoreo de glucosa, toma de medicamentos, realización de una actividad física). Si los pacientes no aprenden estas habilidades, el tener pensamientos apropiados y control emocional no será suficiente para que el paciente lleve a cabo las rutinas y actividades pertinentes para su tratamiento (Sánchez-Sosa, op. cit.)

Sintetizando estos factores podemos concluir que el problema de la adherencia al tratamiento médico tiene que ver en un gran porcentaje con la conducta humana. El fracaso por parte de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para atender el problema de la adherencia es en gran parte porque carecen del entrenamiento en las ciencias de la conducta necesario para hacer frente a esta problemática. De ahí, que el papel del psicólogo sea fundamental para resolver este y otros problemas relacionados con la salud (Cheney, 1996).

MEDICIÓN

Uno de los problemas que existen en el estudio de la adherencia terapéutica es la falta de una medida adecuada que mida de forma precisa este constructo (Flexner, 1997). La elección de una medida de adherencia terapéutica dependerá principalmente del tipo de conducta, el costo, los recursos disponibles, las capacidades del paciente y del nivel de exactitud esperado (Dunbar, Dunning y Dwyer, 1989).

Sacket (1994) ha propuesto diversas técnicas para medir la adherencia a un tratamiento, las cuales pueden dividirse en tres categorías:

- a) Auto informe como el uso de cuestionarios, entrevistas y autoinformes cotidianos.
- b) Medidas indirectas como aparatos contadores de píldoras.
- c) Medidas clínicas como el resultado terapéutico y el juicio clínico.

Autoinforme

Es la medida más utilizada para la evaluación de la adherencia terapéutica, mediante la utilización de cuestionarios, entrevistas y autoregistros cotidianos. El autoregistro diario de conductas se ha utilizado tanto para inducir un efecto indirecto en el mejoramiento de la adherencia terapéutica como para el registro de la misma. Este

ha permitido identificar relaciones significativas entre los eventos diarios, estado de humor y episodios de recaídas de algunos padecimientos como la diabetes.

La forma como se administra el autoinforme es un aspecto importante para obtener información útil de los pacientes. Ickovics y Meisler (1997) señalan que el llevar a cabo entrevistas donde se analicen los reportes de los pacientes acerca de la toma de sus medicamentos, deriva en una mayor calidad de la información de la que dan algunos instrumentos.

Una de las desventajas del autoinforme es que en ocasiones se le considera poco confiable ya que se basa en el juicio que hacen los pacientes sobre su conducta. Algunas veces por deseabilidad social podrían modificar los datos de los autoregistros, provocando una sobreestimación de la adherencia o simplemente no llenar correctamente los mismos. Además, el autoreporte puede carecer de confiabilidad al utilizar preguntas vagas o centrándose en periodos de tiempo muy largos donde la memoria de los pacientes puede fallar (Gray, Edmonson y Lemke, 1998).

Medidas indirectas

Dentro de esta clasificación se encuentran los contadores de píldoras. Este método tiene la ventaja de ser barato y de poderse unir fácilmente el autoinforme, sin embargo, es frecuente que se sobreestime la adherencia, ya que aunque el dispositivo registra si fue abierta la tapa del recipiente, no es posible asegurar que las pastillas se hayan realmente extraído e ingerido (Shuter, 2001).

Según Gray, Edmonson & Lemke (1998), una desventaja de los métodos señalados anteriormente, es que ninguno de ellos indican si el paciente ingirió su medicamento a la hora adecuada, factor importante en la ingesta de hipoglucemiantes en el tratamiento de la diabetes.

Medidas clínicas como el resultado terapéutico y el juicio clínico

De acuerdo con Shuter (2001) la ventaja del juicio clínico es que tiene un bajo costo, sin embargo, es la medida con la más baja correlación con la adherencia actual. La mayoría de las veces los médicos sobreestiman la adherencia de sus pacientes y en raras ocasiones hacen predicciones precisas acerca de qué pacientes serán adherentes a su tratamiento (Williams y Friedland, 1997).

También existen medidas indirectas de tipo fisiológico como el nivel de glucosa en sangre, que es el más utilizado por los médicos, sin embargo, esta medida es muy variable, ya que el nivel de glucosa puede variar en días e incluso en horas dependiendo del tipo de alimentos que el sujeto haya ingerido (Robles, 2002).

Otra medida indirecta utilizada para medir la adherencia terapéutica en diabéticos es el porcentaje de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) que de acuerdo con Stoffey (1996 en Barrera, 2002) se basa en el proceso de glicolización, el cual consiste en la adherencia de glucemia excesiva en la superficie de las proteínas. La medición del eritrocito glucosilado sirve como un medio de evaluación del control de la glucosa durante la vida del glóbulo rojo (100 a 120 días).

El porcentaje de Hemoglobina Glucosilada es actualmente para los médicos la medida más confiable de adherencia terapéutica del paciente con diabetes ya que sintetiza los distintos niveles de glucosa que un paciente ha tenido en los últimos tres meses, haciendo imposible que el paciente mienta acerca de la adherencia que ha tenido a su tratamiento.

En México, en los últimos años se han utilizado cuestionarios, listas de chequeo, autoinformes y medidas fisiológicas para medir la adherencia terapéutica en pacientes con otros padecimientos crónicos (Riveros, 2002; Ceballos y Laguna, 2004) y con diabetes mellitus tipo 2 (Robles, 2002; Cortazar, 2003).

Los resultados de la mayor parte de estos estudios sugieren la utilización de medidas fisiológicas, en el caso del paciente con diabetes, se recomienda la utilización de la prueba de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) como un indicador muy confiable de la adherencia que el paciente ha tenido en los últimos tres meses de tratamiento, además de otras medidas como glucosa en ayunas, nivel de colesterol y triglicéridos en sangre debido a la falla no solo en el metabolismo de los carbohidratos, sino también en el metabolismo de las grasas que causa la diabetes tipo 2.

INTERVENCIONES

Las intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento se han dirigido tanto al sistema y equipo del salud como hacia los pacientes. Varios programas han demostrado buenos resultados utilizando intervenciones que inciden sobre estos tres rubros en conjunto, sin embargo, la mayor parte de ellas se ha enfocado en la conducta del paciente (WHO, 2003).

Las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales diseñadas para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con padecimientos crónico-degenerativos, como la diabetes, han mostrado gran efectividad en la aplicación de estrategias que modifican los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales no sólo de los pacientes, sino también de los miembros del equipo de salud. La literatura señala demostraciones sistemáticas del éxito de este tipo de intervenciones en el aumento de la adherencia terapéutica en distintos tipos de padecimientos, teniendo siempre como base para su diseño e implementación los datos de investigación obtenidos (Sanchez-Sosa, 2002).

Las intervenciones que han demostrado mayor efectividad son las que tienen como objetivo fomentar las habilidades de autoregulación y automanejo del paciente, la mayor parte de ellas tienen como base los principios de aprendizaje (Bandura, 1977; Matarazzo, 1980).

Las estrategias conductuales que han demostrado ser efectivas para incrementar la adherencia terapéutica en una gran variedad de tratamientos médicos incluyen: 1) asignación de tareas específicas (en donde se defina claramente lo que debe hacerse), 2) entrenamiento en habilidades para desarrollar nuevas conductas relacionadas con el tratamiento, 3) Enlistar conductas específicas, 4) Jerarquizar las conductas de auto cuidado de acuerdo a las necesidades particulares del paciente, 5) Formular aproximaciones sucesivas al régimen de tratamiento ideal (y no pretender que el paciente adquiera todo el complejo patrón conductual de una sola vez), 6) Entrenar en automonitoreo de conductas relevantes para el tratamiento, y 7) Determinar claves o señales ambientales, y 8) Reforzar las conductas nuevas que sean deseables para el tratamiento (Alogna, 1980).

Otras técnicas que complementan el aspecto conductual antes señalado incluyen: 1) la educación del paciente en su padecimiento, 2) el planteamiento de metas, 3) la búsqueda de apoyo social, 4) la prevención de recaídas y 5) el seguimiento telefónico (Roter, 1998).

Estas técnicas son más efectivas cuando son utilizadas como componentes de un programa multimodal y aplicadas de acuerdo a los requerimientos de cada paciente. La investigación señala que los componentes de la intervención mas importantes incluyen: 1) proporcionar reforzamiento al esfuerzo del paciente por cambiar, 2) proporcionar retroalimentación del progreso, 3) enseñar habilidades y 4) proveer acceso a otros recursos (Mullen, Mains y Velez, 1992).

Recientemente, Safren (2000) propuso una intervención cognitivo-conductual para incrementar la adherencia al tratamiento que puede aplicarse a todas las enfermedades médicas y psicológicas (Life Steps Program), y que está basado en los modelos de Creencia de Salud y de Autoeficacia. En términos generales la intervención se compone de: a) Psicoeducación, para incrementar la credibilidad, confianza y expectativas del tratamiento; b) Modificación Cognitiva, para maximizar las estrategias de pensamiento adaptativo; c) Modificación Conductual, para identificar y cambiar las

conductas que mantienen el problema identificado; y d) Práctica. Este programa tiene la ventaja de ser de fácil y pronta aplicación, y contempla las principales técnicas que han demostrado ser efectivas para aumentar la adherencia a tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2.

Este modelo ha mostrado efectividad en el tratamiento de pacientes con otros padecimientos crónicos como la hipertensión (Riveros, 2002; Ceballos y Laguna, 2004) y en el tratamiento de pacientes con diabetes tipo 2 de forma individual (Lobato, 2002; Cortazar, 2003).

A pesar de que existen ya un gran número de investigaciones que señalan la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales para mejorar la adherencia de pacientes con diabetes tipo 2, la mayor parte de ellas se han realizado de forma individual y son pocos los datos que confirman la misma efectividad administrándolas en grupo (Robles, 2002). Ya que en nuestro país el número de pacientes con diabetes tipo 2 es alto y se encuentra en constante aumento, es vital desarrollar intervenciones que incluyan a un mayor número de pacientes. Las intervenciones grupales permitirían no solo lograr este objetivo, sino también generar un ahorro significativo en el costo tanto económico como de recursos humanos que deriva del tratamiento individual.

CALIDAD DE VIDA

DEFINICION

El concepto de calidad de vida es un concepto complejo, multidimensional y de difícil definición operacional. El término ha presentado variaciones considerables a lo largo del tiempo; primero, se refería al cuidado de la salud personal, después se adhirió la preocupación por la salud y la higiene públicas, se extendió a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, se amplió a la capacidad de acceso a los bienes económicos y por último se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud (Moreno y Ximénez, 1996).

De acuerdo con Diener (1995) la calidad de vida es un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o un sentimiento de bienestar personal. Este juicio subjetivo estará estrechamente relacionado con determinados indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

Por lo tanto, la calidad de vida no será solo reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino también, de la evaluación de estas por parte del individuo (Andrews y Whitey, 1976). Según este enfoque, la calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual (Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban, 1982). Esta evaluación se hará de por lo menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos (Robles, 2004).

La evaluación que realiza una persona de su calidad de vida se dará dentro del contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses (WHO, 2003). Por lo tanto, la estimación de la calidad de vida debe hacerse tomando en cuenta lo que se es, lo que se hace, lo que se tiene, lo que se quiere y lo que se cree, considerando además el contexto social en el que se realiza esta evaluación (Álvarez, 1987).

Aunque la percepción de la persona de los aspectos o indicadores objetivos es una parte esencial del concepto de calidad de vida, esta se derivará de la interacción entre los aspectos objetivos y subjetivos que la conforman y por lo tanto no puede reducirse a solo una de estas condiciones (Oppong, Ironside y Kennedy, 1988; Rubin, 2000).

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

Se han utilizado dos estrategias para definir los elementos, dominios o factores de la calidad de vida: una teórica y otra empírica.

Desde la perspectiva teórica varios autores han formulado modelos de la calidad de vida. Lawton (1991) propone un modelo que incluye cuatro aspectos entre ellos el bienestar psicológico, la percepción de calidad de vida, la competencia conductual y el medio ambiente objetivo.

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 1993) conceptualiza a la calidad de vida en cinco dominios: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relación social y medio ambiente. Estas dimensiones son ampliadas por Hughes (1990) quien propone los siguientes:

1. Características **individuales**: actividades funcionales, salud física y mental, dependencia, etc.
2. Factores físicos **medioambientales**: confort, seguridad, etc.
3. Factores del **ambiente social**: nivel de actividad social y recreativa, red social y familiar, etc.
4. Factores socio-económicos: salario, estatus socioeconómico, etc.
5. Factores de **autonomía personal**: habilidad para tomar decisiones, control.
6. Satisfacción **subjetiva**

7. Factores personales: bienestar psicológico, moral, satisfacción de vida, felicidad, etc.

Una segunda estrategia para definir la calidad de vida es empírica, es decir, preguntando a distintos grupos cuáles son las dimensiones que ellos consideran forman parte de su calidad de vida. Flanagan (1978) preguntó a una muestra estadounidense de tres grupos de edad los componentes de su calidad de vida, de la cual surgieron 15 dimensiones agrupadas en 5 categorías:

1. Bienestar físico y material
2. Relación con otras personas (pareja, padres, hermanos, parientes, amigos, hijos, etc.)
3. Actividades sociales, cívicas y de la comunidad (actividades que incluyan el apoyo a otras personas)
4. Desarrollo y satisfacción personal (desarrollo intelectual, planeación y comprensión personal, rol ocupacional, creatividad y expresión personal).
5. Recreación (socialización, actividades de esparcimiento, etc.).

Aunque las propuestas varían, el concepto de calidad de vida parece abarcar tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades para usar las habilidades para conseguir los intereses y c) sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se relacionan con los aspectos objetivos de la calidad de vida, mientras que la última considera los aspectos subjetivos. (González-Celis, 2002).

CALIDAD DE VIDA Y DIABETES

Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que la padecen, de ahí que en la última década se haya incrementado notablemente el interés y los estudios acerca de la calidad de vida de las personas que padecen este tipo de padecimientos.

En el campo de salud, la definición de calidad de vida coincide con el concepto de salud de la OMS (1993) en el sentido de considerar "el bienestar en las dimensiones física, mental y social.

Patrick y Erickson (1993) definen la "calidad de vida relacionada con la salud" como el valor asignado a la duración de la vida con sus modificaciones por impedimentos, estados funcionales, oportunidades sociales y percepciones, que es influido por enfermedades, lesiones o tratamientos.

El que la identificación de los componentes de calidad de vida se haya centrado en factores relacionados con la salud, ha permitido que se desarrollen investigaciones que analizan el impacto de algunos programas de salud pública y de las intervenciones terapéuticas en su relación costo/beneficio (Andersen, Davidson y Ganz, 1994).

En términos generales, los factores que constituyen la calidad de vida relacionada con la salud son los siguientes:

1. Estatus funcional: Se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de las personas. Las categorías que se incluyen comúnmente son:
 - a. Autocuidado: alimentarse, vestirse, bañarse y usar los servicios
 - b. Movilidad: capacidad para moverse dentro y fuera de la casa.
 - c. Actividades físicas: andar, subir escaleras, etc.

2. Presencia y gravedad de síntomas relacionados con la enfermedad y con el tratamiento: Pueden ser muy diversos en función del tipo de enfermedad, su estadio, etc. Cada síntoma puede evaluarse de muchas maneras, desde la utilización de simples medidas dicotómicas que representan su presencia o ausencia, a medidas de frecuencia de aparición, gravedad y/o duración.

3. Funcionamiento psicológico (ajuste o adaptación psicológicos): Numerosos estudios han puesto de relieve niveles elevados de estrés psicológico en pacientes con enfermedades crónicas. Hay una amplia gama de instrumentos para evaluar la morbilidad psicológica, pero no todos son utilizables con los diferentes grupos de pacientes crónicos ya que podría sobreestimarse la prevalencia del estrés por la inclusión de reactivos que reflejan manifestaciones somáticas de perturbaciones psicológicas.
4. Funcionamiento social (ajuste o adaptación social): El trastorno de las actividades sociales comunes es frecuente en los enfermos crónicos y es el resultado de factores como: limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente a ser una carga para los demás, incomodidad entre los miembros de la red social, miedo al contagio, etc.

Por lo que se refiere a la diabetes tipo 2, la investigación señala que los pacientes que la padecen experimentan un decremento importante en su calidad de vida en comparación con sujetos sanos (Wells, Holding y Burnam, 1988; Stewart, Greenfeld y Hays, 1989), que la calidad de vida irá en decremento a medida que aumente la severidad de las complicaciones médicas de la enfermedad. Jacobson, Groot y Samson (1994); y que esta influirá de forma significativa en el control metabólico del paciente (Wirkyby, Hornquist, Stenstrom y Andersson, 1993).

La calidad de vida del paciente con diabetes tipo 2 dependerá de su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos de ambos. El paciente deberá afrontar los aspectos de la enfermedad para reestablecer una vida con la mejor calidad posible. El resultado de la utilización de las distintas estrategias de afrontamiento será lo que se evaluará como más o menos adaptativo en las distintas áreas de la vida del sujeto ya mencionadas.

MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

La evaluación de la calidad de vida coincide con la problemática para definirla. Su naturaleza múltiple y compleja, y su bipolaridad objetiva-subjetiva impone a sus medidas múltiples criterios en función de la opción efectuada (Moreno y Ximénez, op. cit.).

Los enfoques más importantes para la medición de la calidad de vida incluyen primeramente el que se encuentra centrado en las variables objetivas, externas del sujeto, y en segundo lugar aquel dedicado a analizar los aspectos subjetivos de la calidad de vida.

El primero de los enfoques ha tratado de establecer el bienestar a partir de los datos cuantitativos, utilizando preferentemente la metodología de los indicadores sociales, como el producto interno bruto (Bauer, 1966). Aunque estos indicadores expresan datos vinculados con el bienestar de una población no reflejan necesariamente el grado de satisfacción y felicidad que esa población puede gozar, debido a ello se han elaborado instrumentos que permitan la apreciación subjetiva del nivel de satisfacción global o de áreas parciales (Blanco y Chacon, 1985).

La selección de un instrumento de calidad de vida, dependerá de los objetivos de la investigación (Arnold, 1991). La medición de este constructo se lleva a cabo por cinco propósitos:

1. Comprender las causas y consecuencias de las diferencias en calidad de vida entre individuos o grupos.
2. Evaluar el impacto de las condiciones sociales y ambientales en la calidad de vida.
3. Explorar las necesidades de una población determinada.
4. Evaluar la eficacia o efectividad de las intervenciones de salud y/o la calidad del sistema de salud.

5. Mejorar las decisiones clínicas.

A partir de estos cinco objetivos, se pueden seleccionar distintos instrumentos dependiendo de sus características. Para cada uno de ellos será importante considerar su confiabilidad, validez y sensibilidad al cambio, es decir, que reflejen los efectos de las intervenciones (Riveros, 2002).

Gladis, Gosch, Dishuk, y Crits-Christodh (1999) hacen una revisión de los distintos instrumentos desarrollados para medir la calidad de vida y señalan tres métodos utilizados a nivel internacional para su construcción:

1. El primero consiste en construir un instrumento para una cultura, en un idioma particular y posteriormente realizar traducciones y retraducciones a otros idiomas en diferentes culturas. Como ejemplo tenemos el SF-36 validado en México por Zúñiga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek y Medina-Mora (1999). Este instrumento mide aspectos de calidad de vida en poblaciones adultas mayores a 16 años, esta integrado por ocho escalas de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Este instrumento satisface los requisitos de validez y confiabilidad.
2. En el segundo método, se identifica un conjunto de ítems comunes como relevantes para una gama amplia de culturas, se trabaja primero en un idioma y luego se traduce a otros idiomas. Como ejemplo tenemos el Grupo Europeo de Calidad de Vida (EuroQoL). Las dimensiones relacionadas con la salud, incluidas en el instrumento se desarrollaron a partir de una discusión multinacional.
3. El tercer método, seguido por la OMS, consistió en establecer un panel de expertos internacionales de 15 países, que contribuyeron en la definición de los aspectos que integraran la evaluación de calidad de vida. Se definieron cuatro dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Después de numerosos procesos de traducción y retraducción se generó el

instrumento WHOQoL que ha demostrado ser confiable y valido, además de que actualmente se utiliza en distintas culturas, con diferentes objetivos: ensayos clínicos, estudios comparativos de evaluación de resultados, estudios epidemiológicos, etc.

Tanto el SF36, el EuroQoly el WHOQoL se ubican dentro de las medidas generales, que son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, aunque tienen riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es descriptiva (Velaverde y Ávila, 2002).

Por otro lado existen las medidas específicas que permiten medir el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas, sobre todo, para evaluar los efectos de un determinado tratamiento a través del tiempo. Este tipo de instrumentos muestran mayor capacidad de discriminación y predicción, particularmente útiles en ensayos clínicos (Guyatt, Bombardier y Tugwell, 1986).

En la medición de la calidad de vida relacionada con la salud podremos utilizar instrumentos que midan: a) calidad de vida en general, b) calidad de vida relacionada con la salud, y c) calidad de vida específica para cada enfermedad (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2002).

La evaluación ideal de calidad de vida incluirá tanto reactivos para evaluar calidad de vida en general o satisfacción en la vida como aquellos que midan síntomas, mejoría, funcionamiento y habilidades específicos para cada padecimiento (Jacobson, Groot y Samson, 1994; Gladis et al., 1999).

En México se han desarrollado escalas que miden calidad de vida en salud como la de Lara-Muñoz, Ponce de León y de la Fuente (1996 en González-Celis, op. cit.) en pacientes con cáncer, o la adaptación de la HIV Overview of problems evaluation system (HOPES) por González-Puente (2001) en pacientes con VIH-SIDA.

Por lo que se refiere a la evaluación de la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2, el desarrollo de instrumentos que la miden es muy reciente. La forma de evaluación específica más utilizada para este padecimiento fue desarrollada por el grupo de investigación DCCT (1988) que creó el instrumento llamado "Diabetes Quality of Life" (DQOL).

El DQOL evalúa cinco dimensiones generales relacionadas de manera relevante o directa con la diabetes y su tratamiento, que incluyen: 1) Satisfacción con el tratamiento, 2) Impacto del tratamiento, 3) Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes, 4) Preocupación por aspectos sociales y 5) Bienestar General.

Los estudios de las propiedades psicométricas del DQOL han demostrado que se trata de una medida válida y confiable para evaluar la calidad de vida en pacientes con diabetes. Se ha probado que esta medida se relaciona de manera moderada y consistente con medidas de síntomas psicológicos, bienestar y ajuste a la enfermedad y con medidas genéricas de calidad de vida (DCCT Group, 1988; Jacobson et al, op. cit.; Stewart et al. op. cit.).

En México el DQOL fue adaptado y validado por Robles, Cortazar, Sánchez-Sosa, Páez y Nicolini (2003) mostrando índices de consistencia interna y validez adecuados, que la convierten en un instrumento sensible para evaluar la calidad de vida y el efecto que las intervenciones terapéuticas en pacientes con diabetes tipo 2 en nuestro país (Robles, 2002).

Debido a que los aspectos subjetivos de la calidad de vida son primordiales, los cuestionarios de autoinforme como el DQOL son muy recomendables, sin embargo, debido a que también son importantes las variables objetivas externas se recomienda, además, realizar procedimientos observacionales, escalas de expertos, la evaluación de médico junto con exámenes de laboratorio y análisis clínicos (Fernández-Ballesteros, op. cit.).

De ahí que para la presente investigación no solo se utilizó la versión adaptada del DQOL, sino que también se utilizaron autoreportes del paciente acerca de los síntomas relacionados con diabetes que presentaba al momento de la evaluación; y también se realizaron exámenes de laboratorio (hemoglobina glucosilada), que además de ser un indicador muy adecuado de la adherencia al tratamiento del paciente con diabetes tipo 2, también se considera un componente objetivo de la calidad de vida para este tipo de pacientes.

Otro aspecto a considerar en la evaluación de la calidad de vida en salud es su relación con el autoconcepto como el estado de ánimo del paciente. Tanto un autoconcepto devaluado como presentar síntomas depresivos estarán asociados con una evaluación negativa de la calidad de vida (Bowling, 1992). Es por eso que también será conveniente evaluar el estado de ánimo del paciente y su interacción con la calidad de vida que reporta.

Teniendo como eje los datos señalados, es necesario diseñar y evaluar intervenciones psicológicas que tengan como objetivo mejorar la adherencia terapéutica y disminuir las reacciones emocionales disfuncionales de los pacientes con diabetes tipo 2. El logro de ambas metas repercutirá en la calidad de vida de los pacientes tanto en el aspecto objetivo al disminuir los síntomas y aumentar el control metabólico del paciente; como en el aspecto subjetivo al modificar su estado de ánimo y la percepción que tiene de su padecimiento y la satisfacción con su vida en general.

RESPUESTAS EMOCIONALES ANTE LA DIABETES

Las reacciones emocionales no adaptativas más frecuentemente reportadas en pacientes con padecimientos crónico-degenerativos son la depresión y la ansiedad (Tattersall y Jackson, 1982). Estas reacciones emocionales son por sí mismas causas de malestar o insatisfacción en la vida del paciente y se encuentran íntimamente relacionadas con problemas físicos, conductuales, sociales y cognitivos.

La mayor parte de los estudios en el tema se han enfocado a la evaluación del impacto de los síntomas depresivos y son menos los que se enfocan a la influencia de los síntomas de trastornos por ansiedad, en la adaptación del paciente a su padecimiento.

En México, los datos de la Encuesta Nacional de Hogares en población urbana de 18 a 65 años reportó una prevalencia de episodio depresivo mayor de 9.1% para mujeres y 3.6% para varones, la distimia con 0.8% para mujeres y 0.2% para varones y cifras totales de depresión de 9.9% para mujeres y 3.8% para varones (Medina Mora, 2002).

La prevalencia de la depresión es significativamente más alta en poblaciones en contacto médico como es el caso de los servicios de atención primaria. Se considera actualmente que por lo menos un paciente padece depresión de cada 10 que llegan al consultorio del médico general (Robles, 2004).

La depresión mayor se presenta en el cuatro por ciento de las personas con edad avanzada, en el 12% de las personas de edad avanzada hospitalizadas por enfermedades crónicas y en el 16% de los adultos mayores con padecimientos y tratamientos crónicos.

En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, se estima que la incidencia de depresión es casi el doble que el de la población general (Wells, Holding y Burnam, 1988; Gavard, Lustman y Clouse, 1993; Anderson, 2001).

Aikens y Wagner (1998) en un estudio donde clasificaron las referencias de pacientes con diabetes al servicio de psicología de la Universidad de Chicago, en relación con la clasificación del DSM-IV encontraron que la mayoría de las referencias eran por trastornos depresivos (depresión 17% y distimia 8%), estrés que afecta a la enfermedad (21%), trastornos por ansiedad (12%) y trastornos de ajuste (8%). Además, 35% de la muestra presentó criterios para más de un diagnóstico.

Los síntomas que presentan los pacientes con diabetes que además padecen depresión incluyen: descenso en su estado de ánimo, disminución en su vitalidad y en su nivel de actividad. La capacidad de disfrutar de las cosas, así como el interés y concentración disminuyen, agregándose habitualmente cansancio exagerado, incluso tras un esfuerzo mínimo. Suelen presentar trastornos en el sueño y en el apetito. La confianza y la estima en sí mismos casi siempre disminuyen, hay con frecuencia ideas de culpa, el futuro se ve sombrío y en ocasiones existen pensamientos y actos suicidas (APA, 1987).

Además de los síntomas señalados es común que el paciente informe pensamientos negativos acerca de él mismo, el mundo y su futuro. Esto se intensificará si el paciente no cuenta con la información necesaria de su padecimiento, ya que se generaran más pensamientos distorsionados como el creer que la diabetes es un castigo, que no se cuenta con ningún apoyo, que el futuro es algo sombrío o que la muerte está muy cercana.

Los pacientes con estas características tienden a observarse como fracasados en distintas formas y creer que otros los rechazan. Como consecuencia tienden a pensar que no poseen los recursos para resolver sus dificultades y ven su futuro sin esperanza. La depresión afecta su memoria ya que recuerdan selectivamente

situaciones de fracaso en su pasado, y afecta su percepción de los eventos presentes poniendo atención a las consecuencias inmediatas de su comportamiento y a realizar atribuciones inapropiadas acerca de su responsabilidad por eventos negativos. Los individuos deprimidos tienden a no reforzarse por sus éxitos y a volverse altamente punitivos cuando fallan al conseguir sus propias metas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Los pacientes con diabetes pueden presentar además síntomas de ansiedad en tres niveles: 1) a nivel fisiológico, la ansiedad puede incluir reacciones corporales tales como el aumento en la frecuencia cardiaca, tensión muscular, ahogo, sequedad bucal o transpiración; 2) a nivel conductual puede sabotear la capacidad de acción, la expresión o la capacidad para lidiar con situaciones cotidianas; y 3) desde el punto de vista psicológico, la ansiedad es un estado subjetivo de aprehensión e intranquilidad (Obst, 2001).

La ansiedad puede aparecer de diferentes formas y en diferentes niveles de intensidad. Muchos pacientes con diabetes tipo 2 presentan ansiedad flotante, es decir, aquel tipo de ansiedad que no se conecta con ninguna situación en particular y que aparece "de repente". En casos más severos incluso pueden llegar a presentar ataques de pánico espontáneos, la diferencia entre ambos esta dada por la confluencia de cuatro o más de los siguientes síntomas: disnea, palpitaciones, temblores, transpiración, ahogo, náuseas o malestar abdominal, entumecimiento, mareo o falta de estabilidad, sensación de alineación, de falta de contacto con uno mismo, calores o escalofríos, miedo a morir o miedo de volverse loco o perder el control (APA, 1987).

Los pacientes con diabetes que presentan síntomas de ansiedad comúnmente tienen una visión del futuro incierta sobre todo respecto al momento en que puedan aparecer las consecuencias de la enfermedad. Además, cuentan con una visión peligrosa del entorno y una visión de ellos mismos como carente de capacidad o recursos para superar esos peligros (Beck, 1976). Cabe recordar que el paciente con diabetes no solo tiene que adaptarse a su padecimiento sino también seguir resolviendo

los problemas que se presentan en su vida, así que en muchas ocasiones percibirá como muy demandantes los conflictos familiares, económicos o sociales con los que cuenta y además no se percibirá con la capacidad de resolverlos, generando un incremento en los síntomas de ansiedad.

La depresión y los trastornos por ansiedad comparten algunos síntomas con la diabetes. Por ejemplo, cuando un paciente tiene cifras altas de glucosa es común que se sienta la mayor parte del tiempo cansado y que deje de hacer actividades que antes realizaba. Así también, si un paciente presenta un episodio hipoglucémico se sentirá nervioso, mareado, tendrá escalofríos y náuseas.

Será entonces importante que el terapeuta conozca los síntomas tanto de los trastornos mentales como de la diabetes para detectar oportunamente signos de descontrol metabólico y motivar el inicio de una intervención psicológica y/o psiquiátrica que incida en la calidad de vida de los pacientes con este tipo de padecimientos.

Es importante resaltar que aunque en muchas ocasiones los pacientes con diabetes no cumplen estrictamente con todos los criterios para el diagnóstico de depresión mayor o de algún trastorno por ansiedad, la adaptación que exige su padecimiento en muchas ocasiones generara dificultades emocionales expresadas por algunos de los síntomas señalados, que aunque no sean tan severos o tan frecuentes, no por eso dejan de generar problemas en la adaptación del paciente y su familia.

Se considera al bienestar psicológico de los pacientes que presentan diabetes tipo 2 como el quinto predictor de mortalidad de esta enfermedad y el mejor predictor entre diversas variables clínicas y fisiológicas (Davis, Hess y Hiss, 1988).

La depresión en pacientes con diabetes esta asociada con pobre control glucémico (Lustman, Anderson, Freedland, Groot, Carney y Clouse, 2000); incremento en el riesgo de complicaciones médicas y disminución de la adherencia al tratamiento (McGrill, Lustman, Griffith, Freedland, Gavard, Clouse, 1992) y es una de las variables

que mas afectan la calidad de vida del paciente con diabetes (Lustman, Freedland, Griffith, Barnes, Miller, Anderson, McGill, Rubin y Clouse, 1999).

Con base a las investigaciones antes mencionadas, es una prioridad en toda intervención psicológica que pretenda aumentar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de pacientes con diabetes, incluir dentro del paquete de tratamiento, técnicas que le permitan al paciente aprender a identificar y modificar estas emociones desadaptativas. Dentro de las diferentes intervenciones en psicología, son las de la terapia cognitivo-conductual las que mayor éxito han demostrado en el tratamiento de estos dos padecimientos.

Las intervenciones cognitivo-conductuales diseñadas para tratar la depresión van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación de sus pensamientos, ayudando al paciente a pensar y actuar de forma más realista y adaptativo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Las técnicas que han demostrado ser mas eficaces para prevenir y aliviar la depresión en la población general y en personas con diabetes mellitus tipo 2 incluyen:

- 1) Terapia cognitiva para la depresión de Aaron Beck
- 2) Terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis
- 3) Entrenamiento en autoreforzamiento, el reforzamiento social o externo ante conductas adecuadas y/o autoverbalizaciones o autoinstrucciones positivas
- 4) Realización de actividades que impliquen placer o logro personal.
- 5) Técnicas de relajación

Por lo que toca al tratamiento de la ansiedad, el hecho de que esta se manifieste en el ámbito fisiológico, conductual y psicológico tiene implicaciones importantes para la recuperación. Un programa completo de tratamiento deberá actuar en los tres niveles

con el fin de: 1) reducir las respuestas fisiológicas, 2) eliminar la conducta elusiva (cuando exista) y 3) cambiar las interpretaciones subjetivas o dialogo interno que perpetúan el estado (Rachman, 1998)

Un abordaje cognitivo-conductual para manejar la ansiedad se enfocara en tres objetivos:

- a) Aumentar la confianza en la propia capacidad (autoeficacia)
- b) Abandonar la demanda absolutista de certidumbre con respecto al futuro
- c) Investigar objetivamente los riesgos reales y desarrollar las aptitudes y planes necesarios para enfrentarlos dentro de lo posible.

De acuerdo con Ellis (1997) si aceptamos que el futuro nunca puede ser absolutamente cierto y observamos que algunas veces la interpretación del entorno como peligroso puede ser exagerada pero otras veces cierta, siempre será necesario fortalecer la visión de uno mismo como capaz de enfrentar las posibles soluciones futuras. Sobre esta base podrá desarticularse la demanda absolutista de certidumbre y la baja tolerancia a la frustración de la incertidumbre.

Con respecto a los recursos auxiliares que suelen emplearse en los trastornos de ansiedad podemos citar el aprendizaje de destrezas de afrontamiento, entre las que se encuentran:

- 1) Respiración diafragmática y otras técnicas de relajación
- 2) Desensibilización ante el estímulo evocador con respuesta de relajación
- 3) Uso de tarjetas de afrontamiento con frases para recordar.
- 4) Empleo de distractores y externalización.

El modelo cognitivo-conductual sostiene que la modificación de las interpretaciones subjetivas o creencias, causa la modificación de las respuestas fisiológicas y ayuda al cambio de las conductas elusivas. A su vez, la práctica de

conductas desconfirmadoras es un medio para facilitar y reforzar el cambio de las creencias o interpretaciones subjetivas (Obst, 2001).

Las intervenciones psicológicas dirigidas a mejorar las quejas emocionales de los pacientes se han utilizado con un amplio grado de efectividad en el tratamiento de pacientes con diabetes tipo 2, tanto a nivel individual (Lustman, Freedland, Griffith, Kissel y Clouse, 1999), como en terapia grupal (Robles, 2002). Este tipo de intervenciones incidirán no solo en el bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes, sino también en su autocuidado, apego al tratamiento, evolución, consecuencias, curso, pronóstico y por ende en su calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN

Las altas y crecientes cifras de incidencia y prevalencia de la Diabetes Tipo 2 en México están acompañadas por bajos índices de adherencia terapéutica que generan baja eficacia de las intervenciones del equipo de salud y relaciones costo-beneficio deficientes para cualquier sistema de salud. En virtud de que una porción importante de ambas problemáticas contienen al comportamiento humano como ingrediente básico, es importante que las disciplinas que lo estudian valoren los componentes de dicho deterioro y diseñen intervenciones viables y eficaces para su restauración o mejoramiento.

MÉTODO

El propósito del presente estudio consistió en determinar la efectividad de una intervención grupal cognitivo-conductual para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Los objetivos específicos incluyen:

1. Determinar la efectividad de la intervención grupal cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
2. Examinar el efecto de la intervención cognitivo-conductual sobre variables clínicas medicas tales como: nivel de hemoglobina glucosilada, glucosa en ayunas, triglicéridos y colesterol total, como reflejo de la adherencia al tratamiento.
3. Determinar la efectividad de la intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir los síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con diabetes tipo 2.

La hipótesis central del presente estudio propone:

La instrumentación de un programa diseñado para modificar los componentes de comportamiento contribuyentes al deterioro relativo a la diabetes, generará cambios clínica y estadísticamente significativos en el mejoramiento de los índices de adherencia terapéutica, calidad de vida, sintomatología depresiva y ansiosa de pacientes con diabetes tipo 2.

El estudio incluyó un análisis de un solo grupo medido antes y después (pretest-postest) donde se midió la efectividad de una intervención cognitivo- conductual sobre las medidas previamente mencionadas (Kerlinger, 1988; Wood, 1984).

VARIABLES: DEFINICION Y MEDICION

Variables Atributivas:

1) *Variables Sociodemográficas*: Sexo, edad, ocupación, estado civil y escolaridad recolectadas mediante una hoja de datos generales previo a la intervención (Anexo 1).

2) *Variables Médicas*: Peso, talla, tipo de tratamiento (plan alimenticio, actividad física, medicamentos utilizados), hábitos como fumar y consumir alcohol. Estos datos se tomaron del expediente hospitalario de cada paciente.

Variables Dependientes:

Calidad de Vida: Se evaluó utilizando la versión adaptada por Robles, Cortazar, Sánchez-Sosa, Páez y Nicolini (2003) del Diabetes Quality of Life Measure (DQOL) que permite evaluar la calidad de vida específica en pacientes con este padecimiento (DCCT, 1988). (Anexo 2).

El instrumento consta de 45 reactivos distribuidos en las siguientes subescalas:

- Satisfacción con el tratamiento
- Impacto del tratamiento
- Preocupación por aspectos sociales y vocacionales
- Preocupación por efectos futuros de la diabetes

Las preguntas se contestan en una escala tipo Likert de cinco puntos. La dimensión de satisfacción se puntúa desde "muy satisfecho" (1) hasta "muy insatisfecho" (5). Las escalas de impacto y preocupación se califican desde "ningún impacto" o "nunca me preocupo" (1) hasta "siempre me afecta o siempre me preocupa" (5). De acuerdo con el sistema original de calificación una baja puntuación baja de la escala significa una buena calidad de vida.

La escala cuenta con un coeficiente de consistencia interna alfa de .68 a .86 y presenta una adecuada validez factorial y de constructo. El instrumento presenta índices de correlación positivos, moderados y estadísticamente significativos con los instrumentos de ansiedad (.68) y depresión (.51) de Beck (Robles, Cortazar, Sánchez-Sosa, Páez y Nicolini, 2003).

Sintomatología Depresiva: Se evaluó mediante la versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998). (Anexo 3).

El Inventario de Depresión de Beck (1961) se diseñó para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. El instrumento es autoaplicable y consta de 21 reactivos, cada uno con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual elevada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo 1 punto, el tercero 2 puntos y el último 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma.

- | | | |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|
| 1. ánimo | 8. auto-acusación | 15. rendimiento laboral |
| 2. pesimismo | 9. ideación suicida | 16. trastornos sueño |
| 3. sensación de fracaso | 10. llanto | 17. fatigabilidad |
| 4. insatisfacción | 11. irritabilidad | 18. apetito |
| 5. sentimientos de culpa | 12. aislamiento | 19. pérdida de peso |
| 6. sensación de castigo | 13. indecisión | 20. preocupación somática |
| 7. auto-aceptación | 14. imagen corporal | 21. pérdida de líbido |

Los primeros 14 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognitivos y los siete restantes a síntomas vegetativos y somáticos que regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de depresión mayor.

Las normas de calificación del BDI en México se presentan a continuación:

Nivel de Depresión	Puntaje Crudo	Rango Percentilar	
		Población General	Población Estudiantil
Mínima	0 a 9	4-61	5-59
Leve	10 a 16	66-81	64-86
Moderada	17 a 29	83-96	88-97
Severa	30 a 63	97-99	98-99

Los datos de la estandarización del inventario en México muestran una consistencia interna de 0.78, además el instrumento demostró contar con adecuada validez de constructo y discriminante (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998).

Sintomatología Ansiosa: Se evaluó con base en la puntuación de las subescalas de rasgo y estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger y Díaz-Guerrero (1975). (Anexo 4).

El inventario está conformado por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para evaluar dos dimensiones distintas de la ansiedad (rasgo y estado). La escala de estado consta de 20 afirmaciones en la que se pide a los sujetos describir cómo se sienten en un momento dado. La escala de rasgo consta también de 20 afirmaciones en la que se solicita que los sujetos describan cómo se sienten generalmente.

La ansiedad estado es una condición o estado emocional transitorio del ser humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar de intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión de la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado.

Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose en una escala de cuatro puntos; para la escala A-Estado son: 1) no en absoluto, 2) un poco, 3) bastante y 4) mucho. Las categorías para la escala A-Rasgo son: 1) casi nunca, 2) algunas veces, 3) frecuentemente y 4) casi siempre.

La escala de ansiedad estado cuenta con un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de .83 a .92, mientras que los de ansiedad rasgo fueron de .73 a .88. En cuanto a la validez de la escala, esta presenta altas correlaciones con otras medidas de ansiedad (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

Adherencia Terapéutica: Se evaluó utilizando las siguientes medidas:

- a) Nivel de Hemoglobina Glucosilada (A1c) indicador médico de control que muestra el promedio de glucosa en sangre de una persona en los últimos tres meses y se considera el mejor indicador de control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2.
- b) Nivel de glucosa en ayunas
- c) Nivel de colesterol total
- d) Nivel de Triglicéridos.

En la siguiente tabla se presentan los valores aproximados de glucosa que corresponden con el porcentaje de hemoglobina glucosilada (HgA1c). La Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2002) recomienda que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mantengan valores de HgA1c inferiores al 7% lo que corresponde a un

control óptimo en el nivel de glucosa en los tres meses anteriores a la toma de la muestra.

TABLA COMPARATIVA DEL NIVEL DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA CON VALORES DE GLUCOSA EN SANGRE

<i>Hemoglobina Glucosilada (HgA1c)</i>	<i>Valores de Glucosa</i>
5%	90 mg/dl
6%	120 mg/dl
7%	150 mg/dl
8%	180 mg/dl
9%	210 mg/dl
10%	240 mg/dl

PARTICIPANTES

Participaron 21 pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2, de entre 1 y 21 años de evolución, sin complicaciones médicas mayores y que de manera voluntaria e informada, aceptaron participar en el estudio (Anexo 5). Los pacientes se seleccionaron mediante una selección no probabilística en el servicio de medicina interna del Hospital Juárez de México.

Se integraron tres grupos de tratamiento de siete personas cada uno, 14 de ellos eran mujeres y 7 hombres, cuyas edades oscilaban de los 44 a los 73 años con edad promedio de 58 años. El 58% eran casados, 14% divorciados, 14% viudos y 14% solteros. En cuanto a la escolaridad, el 47% contaba con primaria, el 29% secundaria, el 15% licenciatura y el 9% preparatoria.

El 43% de los pacientes compartían el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica. El 30% habían presentado episodios de hiperglucemia y el 24% de hipoglucemia.

El 62% de los pacientes informaron no seguir ningún tipo de plan alimenticio y el 50% no realizar ninguna actividad física. Por lo que se refiere al uso de medicamentos, el 50% tomaban metformina y glibenclamida combinadas, 15% glibenclamida, el 10% metformina, el 10% insulina y el 20% ningún medicamento. La glibenclamida se considera un hipoglucemiante que aumenta la secreción de insulina endógena, mientras que la metformina disminuye la liberación de las reservas de glucosa hepática y contrarresta los efectos de la resistencia a la insulina.

La tercera parte de los pacientes informaron 25% de apego al tratamiento al inicio del estudio, la mitad de ellos informaron un apego del 50% y sólo cuatro de ellos un apego del 75%. Ninguno de los participantes fumaba o bebía alcohol.

No se incluyeron pacientes que participaran en otros estudios con intervenciones cognitivo-conductuales, pacientes con diagnóstico confirmado de psicosis o retraso mental, o en fase terminal extrema que los incapacitara de responder a las necesidades mínimas necesarias de la intervención. Finalmente se excluyeron del análisis a tres pacientes que solo asistieron a la evaluación, pero no se presentaron al tratamiento.

PROCEDIMIENTO

Los pacientes se contactaron en el área de consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México, donde el terapeuta invitaba personalmente a los pacientes o eran canalizados por el médico tratante en turno.

Al recibir al paciente en el consultorio asignado, se le saludaba y ofrecía un esbozo general sobre su posible participación en el estudio, señalando la finalidad de la investigación, la forma de intervención y lo que se le pediría en las distintas etapas del estudio, reiterando que su participación era voluntaria y podría rehusarse o retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna como usuario del Hospital Juárez. Se procedía entonces con la lectura, y en su caso, firma del "Consentimiento Informado" (Anexo 5) y se aclaraban las posibles dudas respecto a su participación. No hubo

paciente que se negara a firmar el consentimiento informado aunque algunos pacientes se rehusaron a participar debido a carencia de recursos para trasladarse o la lejanía de sus hogares al Hospital Juárez, donde se llevaría a cabo la intervención. La sesión informativa finalizaba dando una cita a cada uno de los pacientes.

En la siguiente sesión se realizaba una breve entrevista donde se registraban los datos sociodemográficos y antecedentes de importancia del paciente, tales como: edad, ocupación, estado civil y escolaridad (Ver Anexo 2). Posteriormente se le daban instrucciones para el llenado de los instrumentos (Calidad de vida en diabetes, Inventario de depresión Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y Lista de Síntomas de Diabetes) y se les daba una orden de estudios en los que se incluían las variables médicas a estudiar (glucosa en ayunas, triglicéridos, colesterol total y hemoglobina glucosilada) para que los pacientes solicitaran la cita en el laboratorio para tomar las muestras.

Posteriormente los pacientes se integraban al grupo hasta que se cubriera la cuota de 7 miembros por grupo. Las sesiones se llevaban a cabo los días lunes y jueves de 12:00 a 14:00 hrs.

INTERVENCIÓN

La intervención consistió en un programa terapéutico breve fundamentado en los principios de la psicoterapia cognitivo-conductual que constó de 16 sesiones de dos horas cada una, programadas una vez por semana para completar la intervención en 4 meses. La intervención se llevó a cabo en 4 fases:

FASE 1: En las primeras 4 sesiones se exponían los objetivos y reglas del funcionamiento del grupo, mismas que incluían: puntualidad, confidencialidad, orden y respeto entre los miembros del grupo. Posteriormente se analizaron los conceptos básicos acerca de la diabetes (definición, etiología, epidemiología, consecuencias, formas de tratamiento y la importancia de la adherencia al mismo).

FASE 2: En las siguientes cinco sesiones se familiarizaba a los paciente con el modelo cognitivo-conductual, se les entrenaba en habilidades cognitivas y conductuales para aumentar el apego al tratamiento, se identificaron y modificaron los pensamientos disfuncionales relacionados con la adherencia terapéutica y cada una de las dimensiones de calidad de vida.

FASE 3: En las cinco sesiones siguientes se identificaban y modificaban los pensamientos disfuncionales relacionados con ansiedad y depresión, se entrenaba a los participantes en habilidades cognitivas y conductuales para controlar la ansiedad, el enojo y la tristeza ligadas a la enfermedad.

FASE 4: En las últimas dos sesiones se examinaban las metas logradas durante el tratamiento, se prevenían posibles recaídas promoviendo la transferencia de control de los pacientes a su ambiente cotidiano. Se repasaban los sucesos en los que habían empleado las técnicas aprendidas en el transcurso de la terapia, reafirmando su uso en situaciones distintas a las revisadas anteriormente con el fin de lograr la generalización de las ganancias obtenidas a otros aspectos. En la última sesión se administraban nuevamente los instrumentos de evaluación y se planeaban las sesiones de seguimiento 4 meses después.

Desde la primera entrevista con cada uno de los pacientes, el terapeuta les ofrecía su teléfono donde lo pudieran localizar para posibles cancelaciones, acordar nuevas citas y manejo de urgencias. Durante el periodo de seguimiento, bajo condiciones especiales como contingencias familiares, de salud o crisis, se ofrecía a los pacientes una nueva cita para sesiones de revisión o mantenimiento.

La dinámica general de las sesiones consistió en:

- a) Encuadre que consistía en ingresar al aula, acomodar los asientos en círculo para que todos los miembros del grupo pudieran tener contacto visual y saludo general.

- b) Revisión de tareas para casa
- c) Exposiciones de objetivos y actividades de la sesión
- d) Desarrollo de las actividades propias de la sesión
- e) Espacio de dudas y comentarios
- f) Asignación de tareas para casa
- g) Seguimiento

TECNICAS DE INTERVENCIÓN

Las técnicas que se emplearon para lograr los objetivos planteados en la intervención fueron las siguientes:

1. **AUTOREGULACIÓN:** El objetivo de estos procedimientos es que el paciente distinga las sensaciones opuestas de un estado de relajación comparado al estado de tensión, a partir de un seguimiento de instrucciones sencillas y poca dificultad para practicarla, esta conduce al paciente a identificar cambios fisiológicos en la temperatura periférica y el tono muscular. Las técnicas que se ocuparon en esta investigación fueron: a) respiración diafragmática, b) relajación muscular progresiva y c) frases autógenas.

2. **RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA:** Se utiliza como accesorio o alternativa de otras técnicas de relajación. Mediante el modelamiento del terapeuta, se instruye al paciente en la respiración profunda; después de exhalar, el siguiente paso es inhalar aire, en tanto, al mismo tiempo se empuja el diafragma hacia abajo y afuera, con lo cual se provee el espacio suficiente para que el aire fluya hacia los pulmones. Entonces el aire se libera lentamente, mientras, a un mismo tiempo, se contrae el abdomen. Se instruye al paciente para contar rítmicamente durante el ejercicio y para emplear una cantidad de tiempo en la inhalación y la exhalación. El control de la respiración se utiliza con frecuencia como un accesorio o en lugar de otras técnicas de relajación.

3. *RELAJACIÓN MUSCULAR PROFUNDA*: Desarrollada por Jacobson (1929) y resecuenciada cefalocaudalmente por Sánchez-Sosa (2003). Esta técnica de relajación implica el entrenamiento en el contraste tensión- relajación. Se instruye al paciente para que alterne el tensar y aflojar los siguientes grupos musculares: , ojos, frente, mandíbulas, cuello, manos, brazos, pecho, hombros, espalda, abdomen, muslos, pantorrilla, pies. La relajación total usualmente se realiza sentándose en una silla reclinable e incluyendo todos los grupos musculares en una sesión.

4. *ENTRENAMIENTO AUTOGÉNICO*: Técnica de relajación desarrollada por Schultz y Luthe (1959) que implica el control de las funciones corporales e imaginativas mediante la autosugestión. Bajo la orientación de un instructor el paciente aprende primero a relajar varios músculos. Los ejercicios comienzan con una respiración profunda, lenta y rítmica, después de la cual los pacientes reciben la instrucción de decirse a si mismos subverbalmente frases relacionadas con algo pesado y caliente tales como “mi brazo pesa mucho”, “mi brazo esta caliente”, éstas se repiten para todas las áreas musculares importantes. Finalmente se agrega la producción de fantasías autosugestionadas tales como: hacer aparecer en la imaginación objetos específicos, imaginando detalles de estos, imaginar figuras moviéndose o transformándose.

5. *DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA*: Técnica de reducción de la ansiedad desarrollada primero por Salter (1949) y Wolpe (1958). Se basa en el supuesto de que una respuesta de temor puede inhibirse al sustituirla con una actividad que sea funcionalmente incompatible o antagónica de la respuesta de temor. La desensibilización conlleva exponer al paciente a la jerarquía de situaciones adversas que le molestan, en tanto este desempeña una actividad que es incompatible con la ansiedad. Para contracondicionar la respuesta de miedo se utiliza con mayor frecuencia la relajación con entrenamiento previo al programa de desensibilización. La exposición gradual a la situación temida puede inducirse por medio de imaginación o en la vida real (in vivo). De manera usual el

procedimiento comienza con una situación totalmente no amenazante y cuando ésta se ha dominado y no evoca ya más ansiedad, el entrenamiento progresa hacia situaciones más amenazantes.

6. *DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO*: Esta técnica busca la terminación de cogniciones no deseadas (pensamientos disfuncionales o catastróficos). En ella se pide al paciente que piense acerca de la cognición no deseada. Cuando el paciente indica que esta profundamente adentrado en la cognición, el terapeuta dice “alto” (Mahoney, 1974). Con frecuencia, esto produce una respuesta de sobresalto que puede interrumpir el pensamiento no deseado. Con la utilización de esta experiencia como modelo, se dan entonces instrucciones al paciente para practicar la detención de pensamientos en la terapia y después para que la practique por si mismo en casa.

7. *ENSAYO CONDUCTUAL*: Se instruye al paciente en nuevos comportamientos al practicarlos durante la sesión de terapia. Este tipo de ensayo es adecuado para tratar las carencias conductuales y para preparar al paciente a situaciones nuevas. Este incluye cuatro etapas: preparación del paciente, selección de situaciones objetivo, ensayo de comportamiento y transferencia a situaciones diarias. En el caso de los pacientes con diabetes tipo 2 uno de los comportamientos que se pretendió incorporar al repertorio conductual fue el de automonitoreo de glucosa en casa mediante un dispositivo portátil (glucómetro). Inicialmente se explicaba al paciente la importancia de llevar a cabo el automonitoreo, posteriormente el terapeuta modelaba la serie de conductas de automonitoreo, el paciente las llevaba a cabo en el consultorio, se retroalimentaba su forma de hacerlo y finalmente se indicaba que lo realizara fuera de la sesión de terapia cuando fuera necesario.

8. *SOLUCIÓN DE PROBLEMAS*: La terapia basada en la solución de problemas (Zurilla y Nezu, 1999) tiene como objetivo ayudar al paciente a afrontar el estrés y los problemas de la vida cotidiana. Consiste en ayudar al paciente a generar y

plantearse alternativas viables de solución a diversos problemas, de estas opciones el paciente decide cuál es la que cuenta con mayores posibilidades de éxito. Finalmente implementa un plan de acción y evalúa las consecuencias. Las cinco áreas más importantes de solución de problemas incluyeron: definir el problema, formularlo, generar alternativas, tomar decisiones, instrumentarlas y verificar si resolvieron el problema (Nezu, 2001). Las metas clínicas de esta intervención mejorar los niveles de autoeficacia, adherencia al tratamiento y los niveles de calidad de vida, así como los estilos de afrontamiento de cada uno de los pacientes del grupo.

9. *REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA*: Se dirige a la clarificación y cambio de los patrones de pensamiento del paciente. La meta es ayudar a los pacientes a desarrollar la capacidad para evaluar sucesos negativos o estresantes de una manera más realista. La mayor parte de los procedimientos de reestructuración siguen pasos similares (Beck, 1984; Meichenbaum, 1977). Primero, se le explica al paciente que las cogniciones intervienen en los estados emocionales. En segundo lugar, se enseña al paciente a reconocer la irracionalidad de determinadas creencias. En tercer lugar, se ayuda al paciente a ver como estas cogniciones no realistas intervienen en las emociones desadaptativas. El paciente, consciente y deliberadamente, se ocupa de hacer algo de manera diferente cuando se siente alterado. La respuesta emocional se toma como una señal para detener la acción y reevaluar la situación. La intención es, que el paciente genere evaluaciones más realista y respuestas emocionales y conductuales más adaptativas.

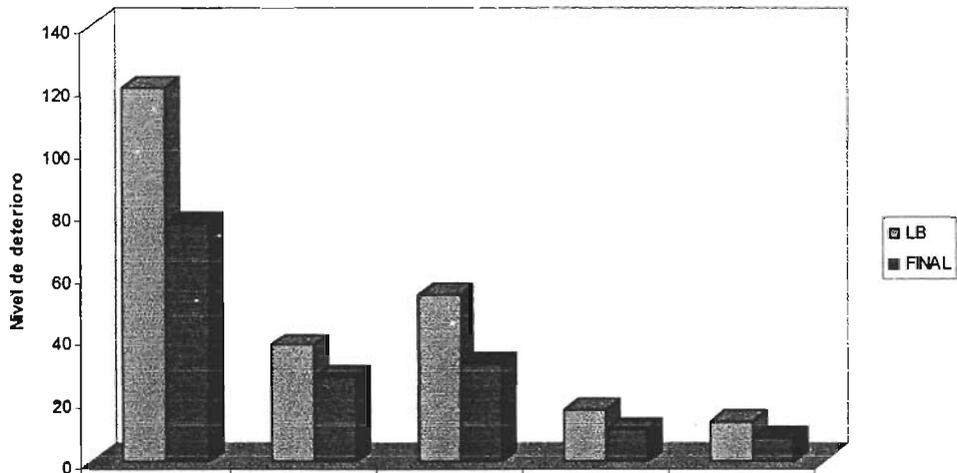
10. *TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL*: La TREC fue desarrollada por Ellis (1962), cuya teoría básica era que la excitación emocional y el comportamiento inadaptado son invertidos por la interpretación de uno mismo respecto a las situaciones. Este autor asevera que existen varias creencias irracionales, expectativas o supuestos con los cuales las personas tienden a enfocar las situaciones. Los ejemplos incluyen que uno debería ser amado y

aceptado por casi todo el mundo, que uno debería ser cabalmente competente, adecuado y alcanzar el éxito en todos los aspectos posibles, etc. La TREC puede resumirse con el modelo A-B-C-D-E, donde la persona encara una experiencia activadora (A), con el desencadenamiento de ciertas creencias (B), algunas de estas creencias son irracionales. Las consecuencias (C) son emociones negativas y comportamientos relacionados con ellas. El terapeuta racional emotivo discute las creencias irracionales (D) ayudando al paciente a analizar de manera eficaz la validez o racionalidad de sus autoaseveraciones. La terapia exitosa redundará en la eliminación de los pensamientos irracionales (E) con el subsecuente alivio de los síntomas.

RESULTADOS

Para calcular la significancia estadística de los efectos de la intervención a través del cambio pre-post en los puntajes totales de las medidas empleadas se utilizó la prueba t de Student para muestras relacionadas. Esta prueba es útil para evaluar si dos grupos difieren entre si de manera significativa respecto a sus medias. En este caso se comparan las medias y las varianzas de un grupo en dos momentos (pretest-postest) en un contexto experimental.

FIGURA 1
Cambios en las dimensiones de Calidad de Vida en Diabetes (DQOL)



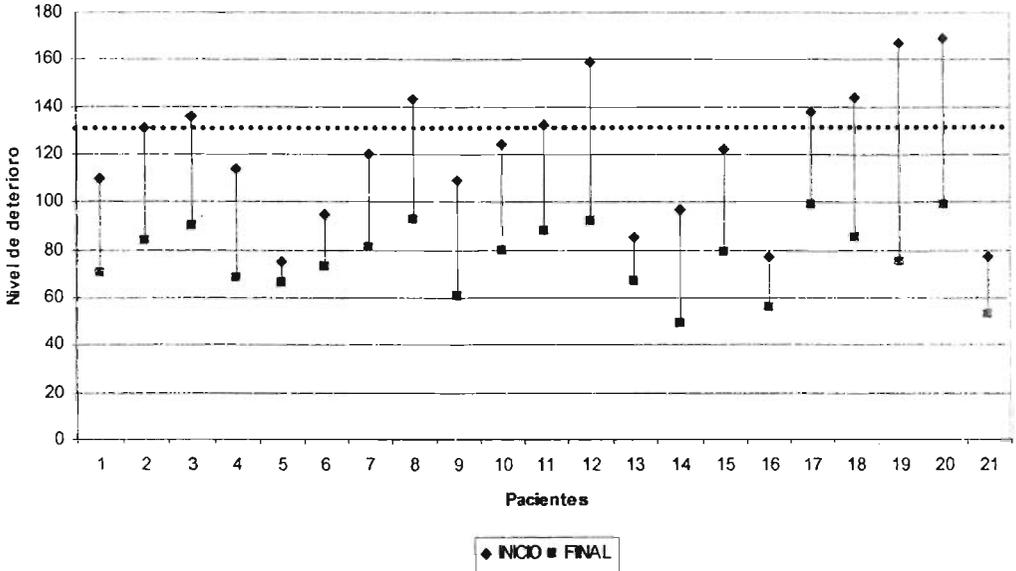
	CVT	Satisfacción	Impacto	P.Sociales	P.Futuras
LB	120.19	37.28	53.76	16.47	12.66
FINAL	76.57	27.09	31.19	10.09	7.71
t	10.53	5.09	8.71	7.58	5.46
gl	20	20	20	20	20
Rango	34-225	14-70	20-100	0-35	0-20

La figura 1 muestra las diferencias entre las medias de los puntajes de todas las subescalas y el total de la Escala de Calidad de Vida en Diabetes (DQOL). A un mayor puntaje en la escala se cuenta con una menor calidad de vida. Unida a la figura en la parte inferior se encuentra la tabla que señala además de los datos mencionados, el valor de t, los grados de libertad (gl) y el espectro teórico de cada una de las subescalas.

Es conveniente resaltar que de acuerdo con el espectro teórico, los puntajes al inicio de la intervención de cada una de las dimensiones de calidad de vida se encontraban muy cercanos a la media teórica indicando que, en promedio, los pacientes no mostraban un deterioro grave en su calidad de vida.

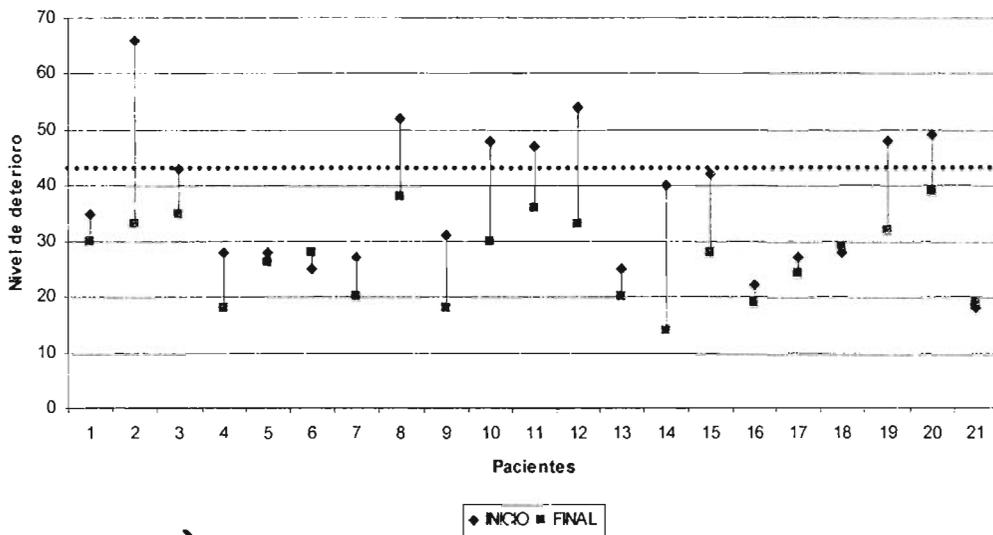
A pesar de ello, al final de la intervención se encontraron cambios estadísticamente significativos en las medias de todas las subescalas pues los puntajes en todas las áreas disminuyeron. Así, los pacientes al final de la intervención informaron una mayor satisfacción con su tratamiento ($r=.708$), una disminución en el impacto negativo que genera dicho tratamiento ($r=.690$), además de menor preocupación por aspectos sociales ($r=.679$) y futuros ($r=.365$) relacionados con la enfermedad.

FIGURA 2
Cambios del pretest al postest por paciente en el puntaje total de deterioro en la Escala de Calidad de Vida en Diabetes (DQOL)



La Figura 2 muestra los cambios en el puntaje total de calidad de vida de los pacientes. La línea punteada señala la media teórica de la escala total de calidad de vida ($X=130$). Los puntajes de todos los pacientes disminuyeron al término de la intervención, indicando un aumento general en su calidad de vida. Los pacientes 3, 8, 12, 18, 19 y 20 fueron los pacientes más beneficiados al disminuir su puntaje en mayor medida y por debajo de la media teórica de la escala DQOL.

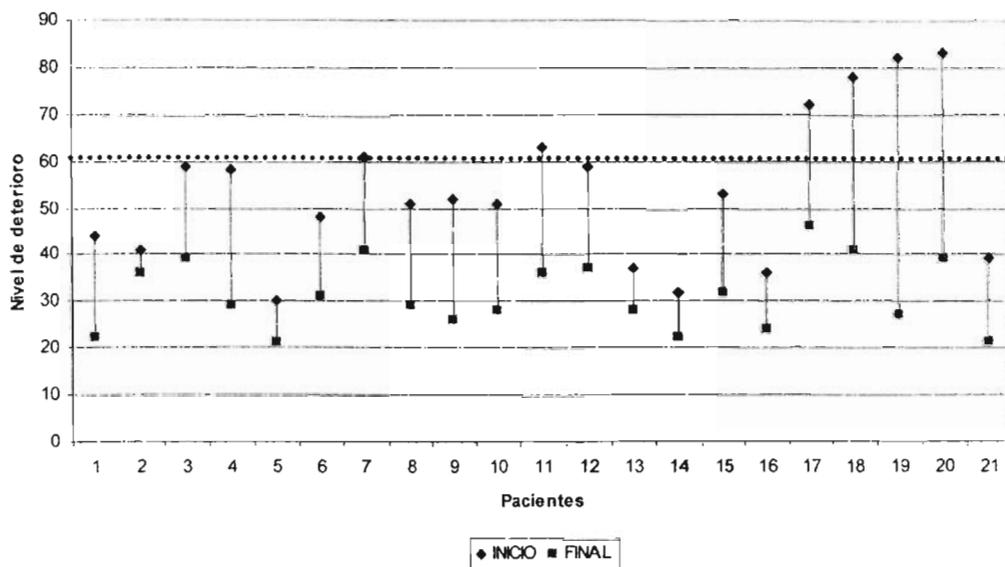
FIGURA 3
Cambios del pretest al posttest por paciente en Satisfacción con el Tratamiento (DQOL)



La Figura 3 muestra los cambios en la dimensión de satisfacción con el tratamiento de la Escala de Calidad de Vida en Diabetes (DQOL). Al igual que en el caso anterior, un mayor puntaje en la escala indica un nivel bajo en la satisfacción del paciente con su tratamiento. La línea punteada representa la media teórica de la subescala ($X=42$).

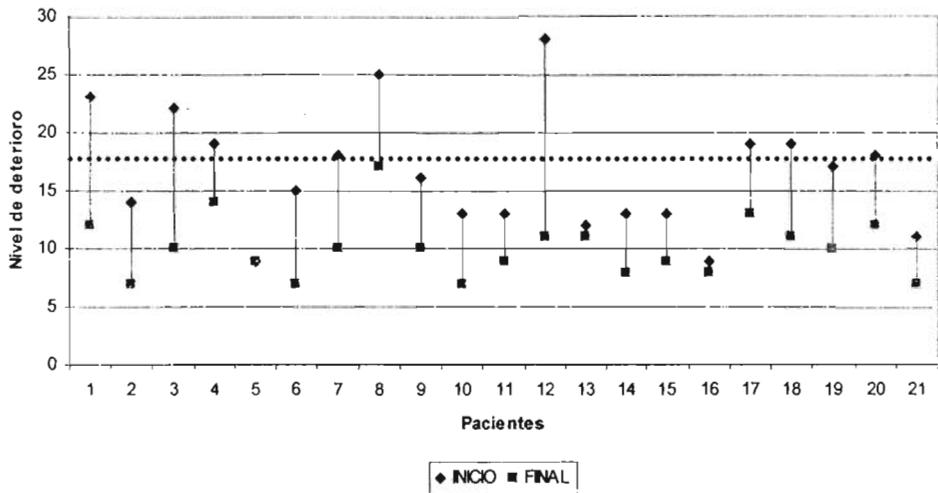
La mayor parte de los pacientes presentaron mejorías en su puntaje, obteniendo un resultado por debajo de la media teórica al término de la intervención. Los casos más representativos en sentido de frecuencia modal son los pacientes 2, 8, 10, 12, 14 y 19 quienes al finalizar la intervención presentan mayor satisfacción con aspectos de su tratamiento. Algunos pacientes (5, 18 y 21) mantuvieron sus puntajes y sólo en un caso (paciente 6) el puntaje aumentó, indicando una pequeña disminución en la satisfacción con el tratamiento.

FIGURA 4
Cambios del pretest al postest en Impacto del Tratamiento (DQOL)



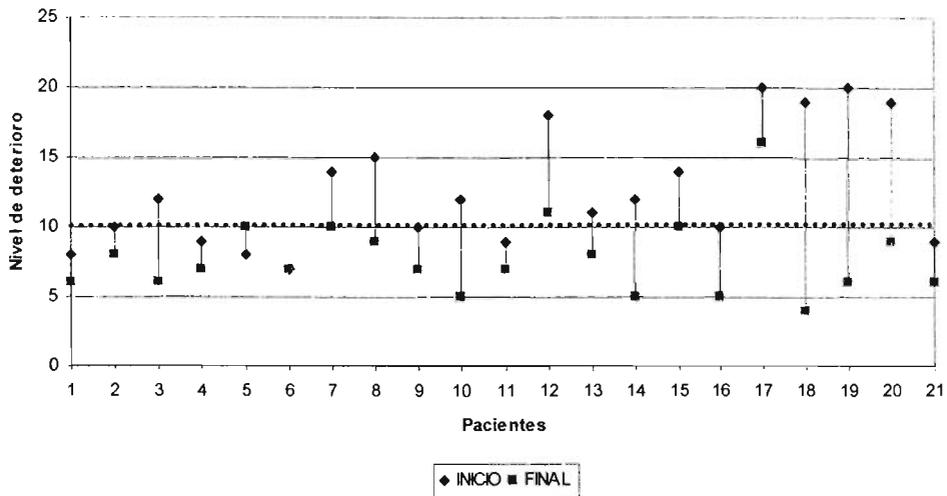
La Figura 4 resume los cambios en los puntajes al inicio y al final de la intervención en impacto del tratamiento. La línea punteada señala la media teórica que en este caso se ubica en el puntaje 60. Ocurrieron disminuciones en los puntajes de todos los pacientes al final de la intervención, quedando todos ellos por debajo de la media teórica. Los cambios más significativos fueron los de los pacientes 17, 18, 19 y 20 quienes, de estar cerca del máximo puntaje de esta dimensión (100 puntos) antes del tratamiento disminuyeron a puntajes entre 30 y 40 puntos. Los pacientes 2, 5, 13 y 14 son los que muestran una menor disminución.

FIGURA 5
Cambios del pretest al postest en Preocupación por Aspectos Sociales (DQOL)



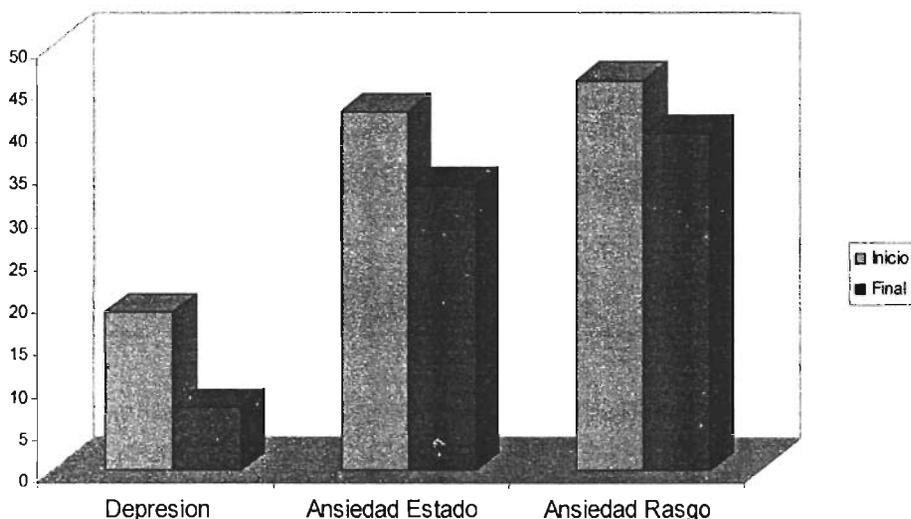
La Figura 5 muestra los cambios en la preocupación por aspectos sociales relacionados con la enfermedad. La media teórica representada por la línea horizontal punteada se encuentra en el puntaje 17.5. Los puntajes de todos los pacientes disminuyeron por debajo de la media teórica al final de la intervención. Los pacientes 1, 3, 8 y 12 fueron los que mostraron una mayor disminución de los puntajes, el 13 y 16 fueron los que mostraron menor disminución, mientras que el paciente 5 mantuvo su puntaje en preocupación por aspectos sociales relacionados con la diabetes.

FIGURA 6
Cambios del pretest al posttest en la Preocupación por Aspectos
Futuros (DQOL)



La Figura 6 muestra los cambios en la preocupación por aspectos futuros en la escala DQOL. Los puntajes de la mayor parte de los pacientes disminuyeron excepto el paciente 5, quien tuvo un pequeño aumento en deterioro y el 6 quien mantuvo el mismo puntaje. Los pacientes 17, 18, 19 y 20 fueron los que mostraron una mayor disminución en los puntajes de deterioro, pasando del nivel más alto de esta subescala (20 puntos) a un nivel por debajo de la media teórica y reflejando menor preocupación por aspectos futuros relacionados con el padecimiento.

FIGURA 7
Cambios pre-postest en depresión (BDI) y ansiedad (IDARE)



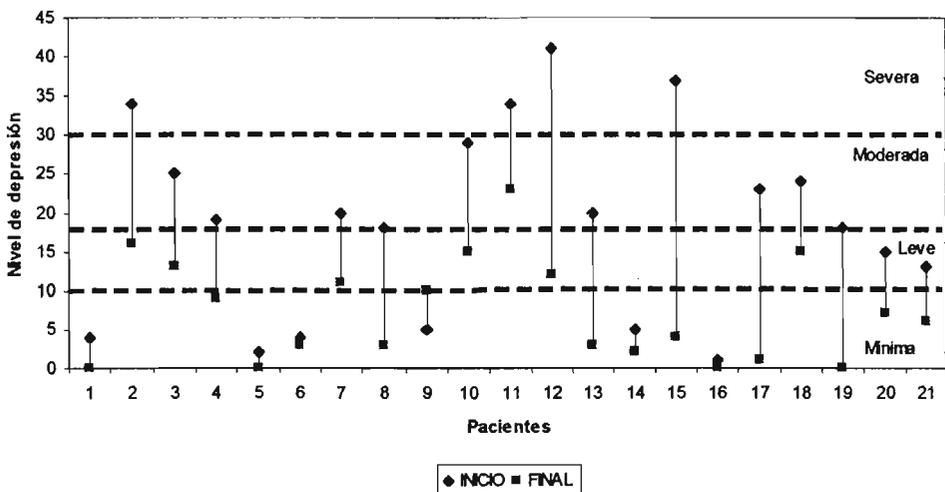
Inicio	18.61	42.04	45.80
Final	7.28	33.52	39.52
t	5.52	4.15	3.48
gl	20	20	20
Rango	0-63	20-80	20-80

La Figura 7 resume los puntajes de depresión y ansiedad antes y después de la intervención. La tabla de la parte inferior también señala el valor de t, de los grados de libertad (gl), así como del rango teórico para cada escala.

En el caso de la depresión los datos al inicio de la intervención revelaron un puntaje promedio de 18.61 que equivale a una depresión moderada de acuerdo a las normas mexicanas. Este puntaje disminuyó en promedio a 7.28 que equivale a una depresión mínima al final de la intervención, la diferencia entre medias resultó estadísticamente significativa con una probabilidad asociada $p < 0.05$ de acuerdo al resultado de la prueba t de student.

En el caso de la ansiedad, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media de los puntajes al principio y al final de la intervención de las escalas rasgo y estado del Inventario de Ansiedad (IDARE). Para la escala de estado, al inicio de la intervención el puntaje promedio de los pacientes fue de 42.04 que equivale a un rango medio de ansiedad. Este puntaje disminuyó a 33.52 al final de la intervención que corresponde a una ansiedad baja de acuerdo a las normas del instrumento. La escala de rasgo presentó un puntaje de 45.80 al inicio de la intervención, mismo que disminuyó a 39.52 al final de la misma.

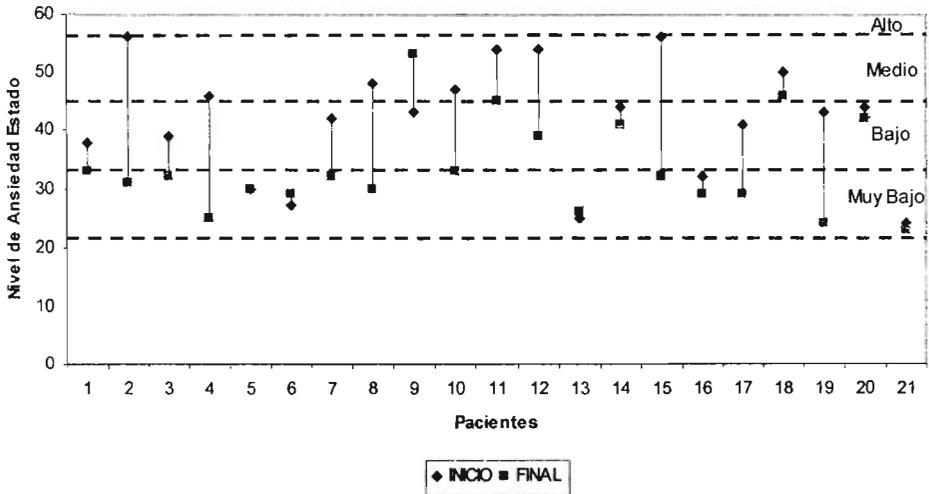
FIGURA 8
Cambios del pretest al postest por paciente en depresión (BDI)



La Figura 8 muestra los efectos de la intervención en el nivel de depresión de cada uno de los pacientes. Al inicio de la intervención cuatro pacientes presentaban depresión severa (30 a 63), nueve depresión moderada (17 A 29), dos depresión leve (10 a 16) y seis depresión mínima (0 a 9).

Todos los pacientes disminuyeron su puntaje de depresión al final de la intervención, excepto el paciente 9 quien aumentó su puntaje de un nivel leve a uno moderado. Los pacientes 2, 11, 12 y 15 fueron los más beneficiados con la intervención, ya que disminuyeron de un nivel grave (“severo”) a niveles leves e incluso mínimos de depresión, como en el caso del paciente 15. Un cambio muy similar ocurrió con los pacientes 3, 4, 7, 8, 10, 13, 17, 18 y 19, quienes presentaban un nivel moderado de depresión inicial, que disminuyó a niveles mínimos.

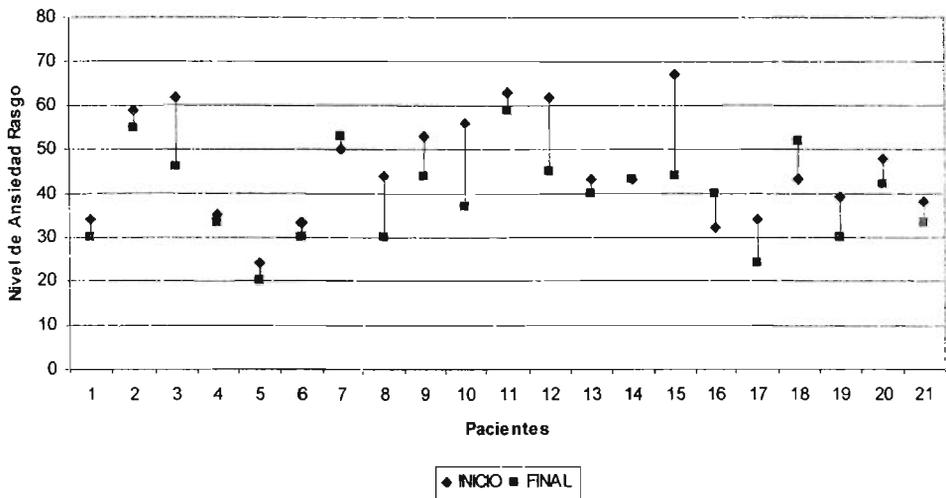
FIGURA 9
Cambios del pretest al postest por paciente en ansiedad estado (IDARE-E)



La Figura 9 describe los cambios al inicio y al final de la intervención en ansiedad estado, que indica la presencia de síntomas de ansiedad en el momento en que el paciente contestó la prueba. La mayor parte de los pacientes disminuyeron su puntaje al final de la intervención. Los pacientes 2 y 15 presentaron un nivel de ansiedad alta (56-67 puntos) al inicio de la intervención, mismo que disminuyó a un nivel de ansiedad muy bajo (21-31 puntos) al final de la intervención.

Los pacientes 4, 8, 10, 11 y 12 tuvieron una disminución de un nivel de ansiedad medio (44-55 puntos) a uno bajo (32-43 puntos) y en algunos casos muy bajo (21-31) al final de la intervención. Los pacientes 5, 13, 16 y 21 mantuvieron su puntaje en un nivel de ansiedad muy bajo, mientras que un paciente (9) aumentó su puntaje de un nivel bajo a un nivel medio de ansiedad.

FIGURA 10
Cambios del pretest al postest por paciente en ansiedad rasgo (IDARE-R)

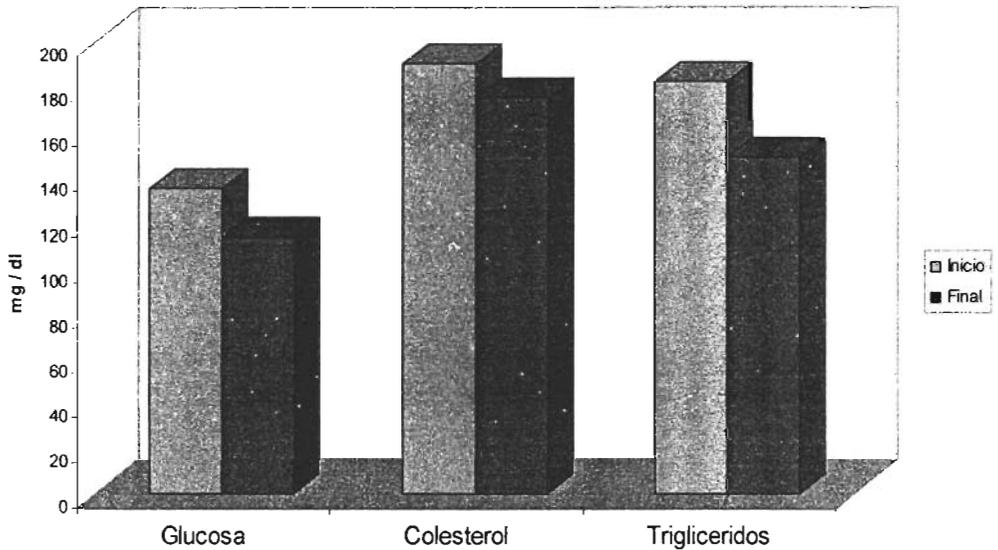


La Figura 10 muestra los cambios al inicio y al final de la intervención en ansiedad rasgo, que refleja las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión de la ansiedad. Los puntajes de la mayor parte de los pacientes no se modificaron o tuvieron diferencias mínimas, tendiendo a la disminución.

Se presentaron disminuciones en los puntajes de los pacientes 3, 8, 10, 12 y 15; e incrementos menores en el caso de los pacientes 7 y 18.

FIGURA 11

Cambios pretest-postest en Medidas Fisiológicas que reflejan la Adherencia Terapéutica



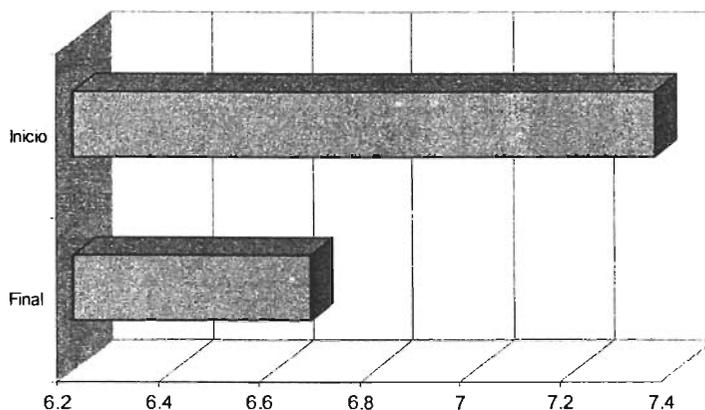
Inicio	135.15	190.25	182.10
Final	113.75	175.20	148.25
t	3.10	2.23	3.55
gl	20	20	20

La Figura 11 muestra los cambios al inicio y al final de la intervención de las medidas fisiológicas que reflejan la adherencia terapéutica de los pacientes con diabetes tipo 2. En la parte inferior, la tabla que además indica el valor de t y de los grados de libertad (gl).

El puntaje de las medias de todas las determinaciones disminuyó. El valor promedio de glucosa en ayunas disminuyó de 135.15 mg/dl a 113.75 mg/dl, diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p < .0005$) y que acercó a la mayor parte de los pacientes a la meta de tratamiento (< 100 mg/dl) de glucosa en ayunas.

A pesar de que el análisis no reveló diferencias estadísticamente significativas entre las medias al inicio y al final de la intervención de los niveles de lípidos en sangre, el nivel de colesterol total disminuyó de un promedio de 190.25 a 175.20 mejorando la meta de tratamiento (<200 mg/dl), mientras que el nivel de triglicéridos disminuyó de una media de 182.1 a 148.2, alcanzando en promedio la meta de tratamiento para los pacientes con diabetes tipo 2 (<150 mg/dl).

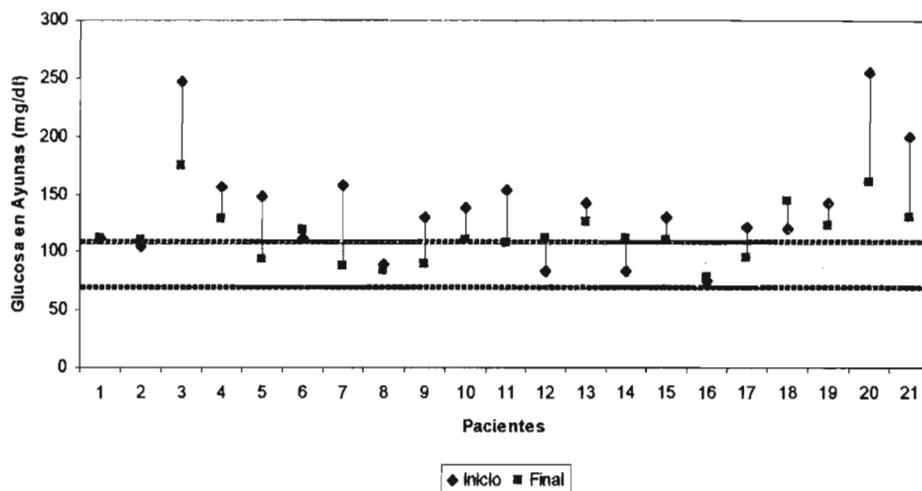
FIGURA 12
Cambios del pretest al postest en el porcentaje de Hemoglobina Glucosilada



La Figura 12 muestra los cambios pre-post intervención en el porcentaje del Hemoglobina Glucosilada (HgbA1c). Se presentó una disminución de 7.36% a 6.67% que fue estadísticamente significativa ($p < .0005$) y que permitió a la mayor parte de los pacientes alcanzar la meta de tratamiento de acuerdo a la ADA (2004) que es <7%.

FIGURA 13

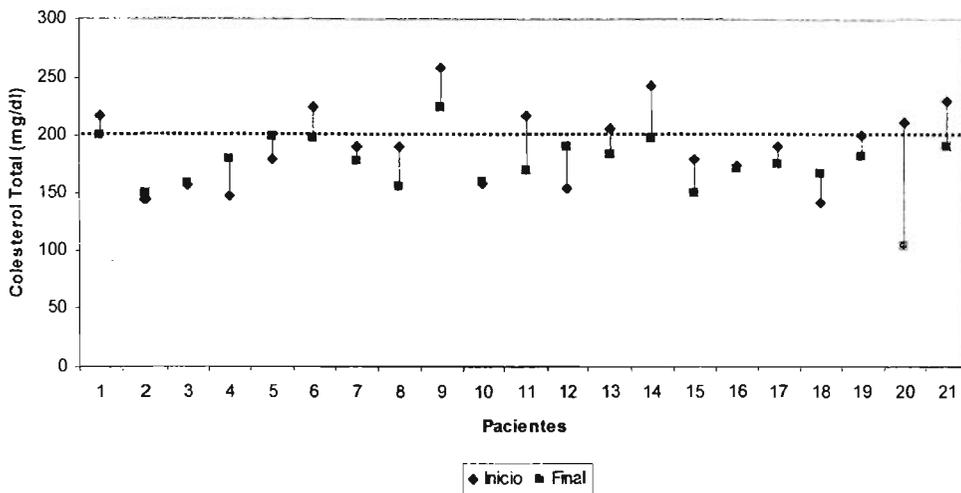
Cambios del pretest al postest por paciente en el nivel de Glucosa en Ayunas



La Figura 13 muestra los cambios en la determinación de glucosa en ayunas de cada uno de los pacientes al inicio y al final de la intervención. El espacio entre las líneas punteadas indica los valores normales de glucosa en sangre y la meta de tratamiento para el paciente con diabetes tipo 2. La mayor parte de los pacientes tuvieron una disminución en su nivel. Los pacientes que tuvieron una disminución mayor fueron el 3, 5, 7, 9, 11, 20 y 21. En el caso de los pacientes 3, 5, 7, 20 y 21 la disminución superó los 50 mg/dl al final de la intervención. Los pacientes 1, 2, 8 y 16 mantuvieron su puntaje o tuvieron variaciones muy pequeñas, sin embargo, todos ellos permanecieron con un puntaje de glucosa en ayunas <110 mg/dl que se encuentra dentro de las metas de tratamiento de la diabetes tipo 2.

Los pacientes 5, 7, 9, 10, 11, 15 y 17 que al inicio de la intervención tenían niveles de glucosa mayores a 110 mg/dl, disminuyeron su nivel hasta situarse dentro de la meta de tratamiento. Por otro lado, los pacientes 6, 12 y 14 aumentaron su nivel de glucosa en ayunas al final de la intervención, sin embargo, se conservaron dentro de las metas de tratamiento del padecimiento.

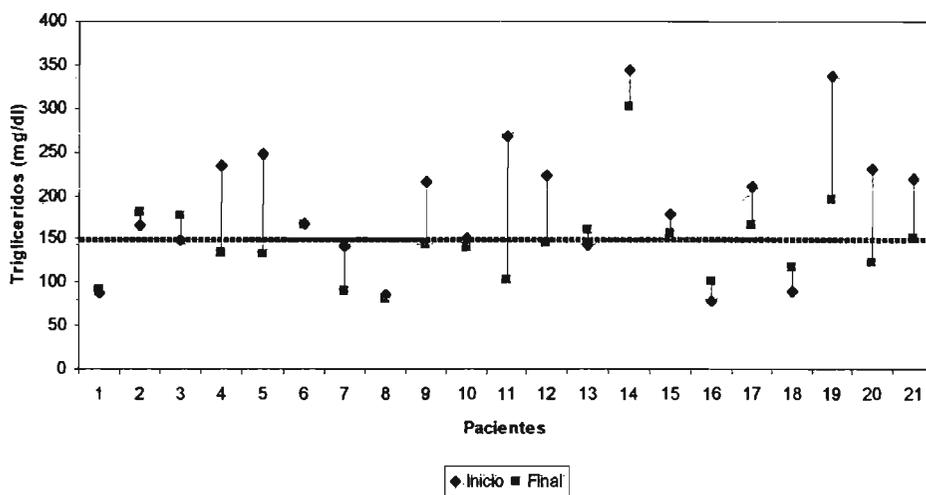
FIGURA 14
Cambios del pretest al postest por paciente en el nivel de Colesterol Total



La Figura 14 muestra los cambios al inicio y al final de la intervención en el nivel de colesterol total de los pacientes. La línea punteada señala la meta de tratamiento para el paciente con diabetes tipo 2 que debe ser por debajo de los 200 mg/dl. Se presentaron disminuciones en el nivel de la mayor parte de los pacientes. En el caso de los pacientes 1, 6, 11, 13, 14, 19, 20 y 21 el nivel de colesterol pasó de un valor superior a 200 mg/dl al inicio de la intervención, a valores por debajo de esa cifra al final de la misma, cumpliendo así con las metas de tratamiento señaladas para el paciente con diabetes tipo 2.

Los pacientes 2, 3, 10 y 16 mantuvieron su nivel de colesterol al final de la intervención, mientras que los pacientes 4, 5, 12 y 18 aumentaron su nivel de colesterol al final de la intervención, sin embargo, todos ellos se mantuvieron dentro de las metas de tratamiento. De todos los pacientes, únicamente el paciente 9 mantuvo un nivel por arriba de las metas de tratamiento al final de la intervención, sin embargo, sí presentó una disminución significativa en su nivel de colesterol (de 250 a 220), que lo acercó a la meta.

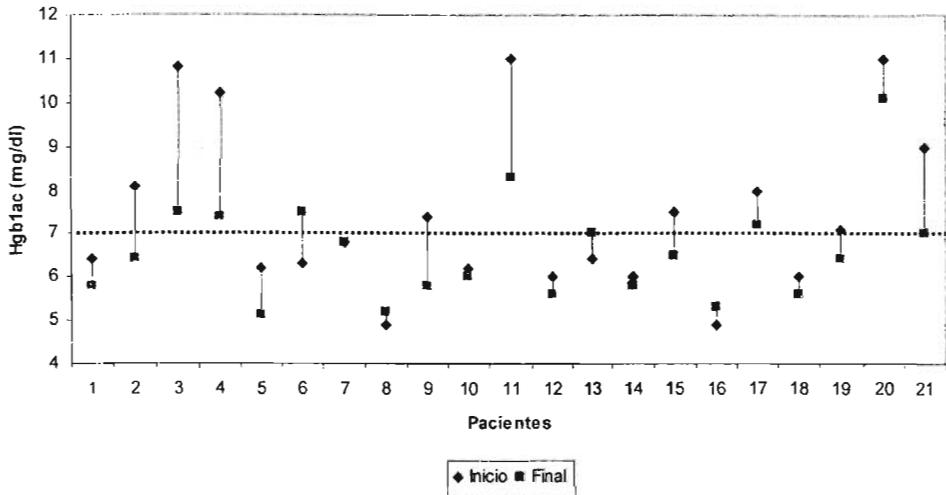
FIGURA 15
Cambios del pretest al postest por paciente en el nivel de Triglicéridos



La Figura 15 resume los cambios pre-post intervención en el nivel de triglicéridos de cada uno de los pacientes que participaron en la investigación. Se presentaron disminuciones en el nivel de la mayor parte de ellos. En el caso de los pacientes 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 20 y 21 el nivel de triglicéridos disminuyó por debajo de los 150 mg/dl al final de la intervención, alcanzando la meta de tratamiento para este rubro en el paciente con diabetes tipo 2.

Los pacientes 14, 15, 17 y 19 no alcanzaron la meta de tratamiento, peor presentaron disminuciones que los acercaron a ella. Los pacientes 1 y 8 no presentaron cambios, mientras que los pacientes 16 y 18 aumentaron su nivel al final de la intervención, sin embargo, todos ellos se mantuvieron por debajo de los 150 mg/dl. Los pacientes 2, 3 y 13 presentaron un pequeño aumento en su nivel de triglicéridos que los alejó de la meta de tratamiento. Por último el paciente 14 finalizó la intervención con 300 mg/dl de triglicéridos, con una disminución de 50 mg/dl respecto al inicio de la misma.

FIGURA 16
Cambios del pretest al postest por paciente en el porcentaje de Hemoglobina Glucosilada (HgbA1c)



La Figura 16 muestra los cambios en el porcentaje de Hemoglobina Glucosilada al inicio y al final de la intervención en cada uno de los pacientes. Se observa una disminución en el porcentaje de la mayor parte de ellos. Los pacientes 2, 9, 15, 19 y 21 pasaron de un puntaje por arriba del 7% a un puntaje dentro de las metas de tratamiento (<7%), como lo indica la línea horizontal punteada, es decir, obtuvieron un promedio de glucosa en sangre durante los tres meses anteriores al análisis por debajo de los 150 mg/dl.

Un total de 17 pacientes alcanzaron la meta de tratamiento al final de la intervención, mientras que sólo cinco (3, 4, 6, 11 y 20) mantuvieron un porcentaje de hemoglobina glucosilada por arriba del 7%, sin embargo, cuatro de ellos (3, 4, 11 y 20) presentaron disminuciones notables que los acercaron de manera importante a ese porcentaje, al final de la intervención.

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio consistió en determinar la efectividad de una intervención grupal cognitivo-conductual para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Se examinó también el impacto del tratamiento en la disminución de los índices de ansiedad y depresión de los pacientes.

El primer objetivo específico fue determinar la efectividad de la intervención grupal cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En términos generales la intervención cognitivo-conductual empleada mostró efectividad para aumentar la calidad de vida de los pacientes. La mayor parte de ellos mostraron ganancias notorias, otros obtuvieron ganancias modestas y una muy pequeña proporción prácticamente no mostró mejoría.

La calidad de vida total en pacientes con diabetes tipo 2, así como cada una de sus dimensiones denominadas: satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento, preocupaciones sociales y preocupaciones laborales relacionadas con la enfermedad, mostraron ganancias clínica y estadísticamente significativas al finalizar la intervención.

Los 21 pacientes mostraron ganancias en su nivel total de calidad de vida. Diecinueve de ellos mostraron un aumento en la satisfacción con su tratamiento al término de la intervención en aspectos tales como: flexibilidad de su dieta, conocimiento sobre la diabetes, horas de sueño, vida social y amistades, vida sexual, apariencia de su cuerpo y su vida en general.

Todos los pacientes mostraron una disminución en el impacto negativo del tratamiento. Al final de la intervención informaban en menor medida sentirse físicamente enfermos, restringidos por su dieta o que la diabetes interfiriera con su

tiempo libre; y por otro lado informaban con mayor frecuencia sentirse bien con ellos mismos y explicando su padecimiento a otras personas.

Al final de la intervención 20 de los 21 pacientes mostraron una disminución en las preocupaciones sociales y laborales relacionadas con la enfermedad, así por ejemplo dijeron sentirse menos preocupados por si conseguirían o mantendrían su trabajo, les negarían un seguro o si podrían realizar un viaje. Así también, 19 pacientes disminuyeron sus preocupaciones por aspectos futuros relacionados con la enfermedad, como el temor a desmayarse, presentar complicaciones o verse diferente como producto de la enfermedad.

La mejoría de la mayor parte de los pacientes en las cuatro dimensiones de calidad de vida puede explicarse por el efecto de varios componentes de la intervención: en primer lugar el componente psicoeducativo que provee al paciente de conocimientos acerca de la diabetes y su tratamiento, lo que le permite entender de mejor forma las razones de llevar un plan alimenticio o de realizar una actividad física, disminuyendo el impacto negativo que el tratamiento generaba.

La parte psicoeducativa se complementaba con el componente de cambio cognitivo cuyo objetivo fue modificar las interpretaciones distorsionadas del paciente acerca de su padecimiento. Derivado de este componente, la mayor parte de los pacientes lograron cambiar sus creencias y expectativas acerca de la diabetes influyendo sobre su satisfacción con el tratamiento a seguir. Esto coincide con lo señalado por la OMS (2003) en el sentido de que la evaluación que realiza una persona de su calidad de vida se dará en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses. Los componentes ya mencionados aunados al aprendizaje de estrategias de autorregulación emocional como las técnicas de relajación pudieron haber contribuido significativamente al decremento de la preocupación de los pacientes por aspectos sociales y futuros de la enfermedad.

En términos generales, la intervención cognitivo-conductual diseñada influyó sobre la mayor parte de los factores que de acuerdo con Patrick y Erickson (1993) constituyen la calidad de vida relacionada con la salud. En primer lugar mejoraron el estatus funcional del paciente al incrementar su capacidad para ejecutar actividades normales para la mayoría de las personas como el realizar actividades físicas (andar, subir escaleras) o de autocuidado (alimentarse, vestirse, bañarse). También disminuyó la presencia y gravedad de síntomas relacionados con la enfermedad y con el tratamiento. En tercer lugar mejoró el funcionamiento psicológico (ajuste o adaptación psicológicos) de los pacientes al dotarlos de herramientas para afrontar el estrés y manejar reacciones emocionales como la depresión y la ansiedad. Y por último mejoró el funcionamiento social (ajuste o adaptación social) de la mayor parte de los pacientes al disminuir sus preocupaciones sociales y fomentar las actividades con los miembros del grupo y con otros significativos fuera de la sesión.

Los resultados derivados de este estudio coinciden con los de otras intervenciones cognitivo-conductuales que han tenido como objetivo mejorar la calidad de vida en pacientes con otros padecimientos crónicos (Ceballos y Laguna, 2004; González-Celis, 2002; González-Puente y Sánchez-Sosa, 2001; Riveros, 2002; Stewart, Greenfeld y Hays, 1989), en pacientes con diabetes a nivel individual (Cortazar, 2003) y en pacientes con diabetes a nivel grupal (Robles, 2002).

El segundo objetivo específico de la investigación fue examinar el efecto de la intervención cognitivo-conductual grupal sobre el nivel de ansiedad y depresión de los pacientes con diabetes tipo 2. En términos generales la intervención cognitivo-conductual empleada mostró efectividad para modificar los niveles de ambas variables y contribuir a que el paciente aprendiera mecanismos eficaces para afrontar el estrés. Se alcanzaron disminuciones clínica y estadísticamente significativas en el nivel de depresión y ansiedad de los pacientes.

Los pacientes mostraron una disminución en su nivel de depresión de un promedio de 18.61 al inicio de la intervención, que equivale a una depresión moderada de acuerdo a las normas mexicanas, a un promedio de 7.28, que equivale a una depresión mínima, al final de la misma.

Al inicio de la intervención, ocho de los 21 pacientes mostraron niveles de depresión moderada y cinco severa; es decir que trece de los 21 pacientes (9 mujeres y 4 hombres) presentaban niveles altos de depresión, dato que es mayor al reportado en la literatura, donde se estima que la incidencia de depresión es casi el doble que el de la población general (Wells, Holding y Burnam, 1988; Gavard, Lustman y Clouse, 1993; Anderson, 2001), que en el caso de México es 9.9% para mujeres y 3.8% para varones (Medina Mora, 2002).

Veinte de los 21 pacientes disminuyeron su nivel de depresión al final de la intervención. Todos los pacientes que mostraron niveles de depresión severos al inicio, disminuyeron a un nivel leve e incluso mínimo al final de la misma. También, todos aquellos pacientes que al inicio presentaron niveles de depresión moderados, disminuyeron a niveles mínimos al final de la intervención.

Al término de la intervención 20 de los pacientes mostraron un nivel de depresión por abajo del intervalo de depresión leve, y de ellos 10 presentó depresión mínima de acuerdo con las normas mexicanas del BDI (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998).

La mayor parte de los pacientes informó al final de la intervención un aumento en su estado de ánimo, vitalidad, nivel de actividad, capacidad de disfrutar de las cosas y concentración. También reportaron menor cansancio, insomnio y falta de apetito. En la mayor parte de ellos se presentó un aumento en la confianza y estima en sí mismos, así como disminución en las ideas de culpa.

La disminución en el nivel de depresión en la mayor parte de los pacientes se puede explicar en base a los componentes de la intervención que de acuerdo con la literatura son efectivos para la disminución de síntomas depresivos.

El primero de ellos y uno de los más importantes es la reestructuración cognitiva (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), que tuvo como objetivo identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. La intervención se encaminó a que el paciente aprendiera a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación de sus pensamientos distorsionados acerca de sí mismo, el mundo y su futuro, modificando atribuciones inapropiadas acerca de su responsabilidad por eventos negativos y situaciones de fracaso en el pasado, ayudándolo así, a pensar y actuar de forma más realista y adaptativa.

Un segundo componente que pudo incidir en la disminución de los niveles de depresión, fue el entrenamiento en autoreforzamiento, y/o autoverbalizaciones positivas ante conductas adecuadas. Siendo que los individuos deprimidos tienden a no reforzarse por sus éxitos y a volverse altamente punitivos cuando fallan al conseguir sus propias metas, este componente tenía como objetivo que el paciente se reforzara cada vez que efectuara una conducta deseada, aumentando de esta forma su autoeficacia en la resolución de problemas y su percepción de un mundo con mayor esperanza.

Por lo que se refiere al nivel de ansiedad, se consideraron los puntajes de ansiedad estado y ansiedad rasgo del IDARE. El nivel de ansiedad estado, que mide los síntomas de ansiedad que presentó el paciente al momento de contestar el cuestionario, disminuyó de una media de 42.04, que equivale a un intervalo medio de ansiedad, a una media de 33.52, que corresponde a una ansiedad baja de acuerdo a las normas del instrumento, al final de la intervención.

Ocho de los 21 pacientes mostraron al inicio de la intervención un nivel de ansiedad estado por arriba del rango medio (44-55 puntos), cuatro en el nivel medio y cuatro en el nivel alto (56-67 puntos), mientras que los trece restantes presentaron niveles de ansiedad bajos (32-43 puntos) o muy bajos (21-31).

Dieciocho de los 21 pacientes disminuyeron su nivel de ansiedad estado al final de la intervención hasta situarse en un nivel bajo (6) o muy bajo (12) de ansiedad. Los cuatro pacientes que presentaron un nivel de ansiedad alta al inicio disminuyeron a un nivel bajo al final de la intervención. Lo mismo sucedió con los cuatro pacientes que presentaron un nivel medio al inicio, ya que este disminuyó a un nivel bajo o muy bajo en algunos casos al término de la intervención.

Por otro lado, la ansiedad rasgo, que refleja las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión de la ansiedad de los pacientes disminuyó de un promedio de 45.80 al inicio de la intervención, a un promedio de 39.52 al final de la misma. La mayor parte de los pacientes presentaron disminuciones mínimas y otros no presentaron modificaciones, como se esperaba.

Así, al final de la intervención los pacientes mostraron cambios en ansiedad a nivel fisiológico, disminuyendo síntomas como: frecuencia cardíaca, tensión muscular, ahogo, sequedad bucal o transpiración; a nivel conductual mejorando la capacidad de acción, expresión y manejo de situaciones cotidianas; y a nivel psicológico disminuyendo el estado subjetivo de aprehensión e intranquilidad.

La disminución en el nivel de ansiedad de la mayor parte de los pacientes puede deberse a la inclusión de componentes de la intervención como: reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, otras técnicas de relajación, desensibilización sistemática, y el empleo de distractores o detención del pensamiento.

La reestructuración cognitiva (Beck, 1976) buscó modificar en el paciente su visión del futuro como incierto, del entorno como peligroso y de él mismo como carente

de capacidad o recursos para superar esos peligros. Esta modificación aumenta la confianza del paciente en su propia capacidad (autoeficacia), le permite abandonar la demanda absolutista de certidumbre con respecto al futuro (Ellis, 1962), e Investigar objetivamente los riesgos reales y desarrollar las aptitudes y planes necesarios para enfrentarlos dentro de lo posible.

La modificación de estas interpretaciones junto con el entrenamiento en relajación pudo haber contribuido a la disminución de las respuestas fisiológicas y ayudar al cambio de las conductas elusivas. Además, se incluyó la práctica de conductas desconfirmadoras como un medio para facilitar y reforzar el cambio de las creencias o interpretaciones subjetivas.

La disminución en el nivel de depresión y ansiedad de la mayor parte de los pacientes coinciden con otras investigaciones que han utilizado intervenciones cognitivo-conductuales para mejorar las quejas emocionales de pacientes con diabetes tipo 2, tanto a nivel individual (Lustman, Freedland, Griffith, Kissel y Clouse, 1999), como en terapia grupal (Robles, 2002).

La disminución que presentaron la mayor parte de los pacientes en estas variables no solo mejoró su bienestar psicológico, sino que también, como lo señala la literatura (Lustman et al., 1999; Lustman et al., 2000; McGrill et al., 1992), pudo haber incidido ampliamente en una mejor adherencia terapéutica, mejor control glucémico, y en el aumento en la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo 2, todos ellos coinciden con los resultados encontrados en esta investigación.

El último objetivo específico de la investigación fue examinar el efecto de la intervención cognitivo-conductual grupal sobre variables clínicas médicas tales como: nivel de hemoglobina glucosilada, glucosa en ayunas, triglicéridos y colesterol total, que reflejan la adherencia al tratamiento del paciente con diabetes tipo 2. En términos generales la intervención cognitivo-conductual empleada mostró efectividad para disminuir los niveles de las variables fisiológicas señaladas y contribuir a que la mayor

parte de los pacientes lograran las metas de tratamiento recomendadas por organismos reconocidos mundialmente como la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2004).

Se alcanzaron disminuciones clínica y estadísticamente significativas en el nivel de glucosa en ayunas y de hemoglobina glucosilada que se consideran los dos indicadores fisiológicos principales de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2.

En el caso de la glucosa en ayunas el valor promedio disminuyó de 135.15 mg/dl a 113.75 mg/dl al final de la intervención. Catorce de los pacientes tuvieron una disminución en su nivel, de los cuales más de la mitad pasaron de un nivel mayor a 110 mg/dl al inicio de la intervención, a un nivel menor a 110 mg/dl al final de la intervención alcanzando la meta de tratamiento sugerida por la ADA (2004). Cinco pacientes mantuvieron su nivel de glucosa en ayunas y solo dos aumentaron su nivel, sin embargo, todos ellos se mantuvieron dentro de las metas de tratamiento del padecimiento.

Por lo que se refiere al porcentaje de hemoglobina glucosilada (HgbA1c), este disminuyó en promedio de 7.36% a 6.67% al final de la intervención. Dieciseis de los 21 de los pacientes disminuyeron su porcentaje de HgbA1c, de los cuáles, la mitad lograron una disminución de casi un punto porcentual, que equivale a una disminución promedio de 30 mg/dl de glucosa en los últimos tres meses. Al término de la intervención 16 de los pacientes tuvieron un porcentaje menor al 7% alcanzando la meta del tratamiento recomendada por la ADA (2004).

Esta disminución de un punto en el porcentaje de hemoglobina glucosilada lograda al final de la intervención, implica una reducción del 35% en el riesgo de complicaciones como la retinopatía, nefropatía, neuropatía y una reducción del 25% en las muertes relacionadas con diabetes tipo 2, de acuerdo con los datos del estudio prospectivo sobre diabetes del Reino Unido (UKPDS, 1998).

Debido a que la diabetes tipo 2, no solo genera alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, sino también de las grasas, el presente estudio también consideró los cambios en el nivel de triglicéridos y colesterol total, que son las medidas fisiológicas más importantes para conocer el perfil de lípidos de los pacientes con diabetes tipo 2. Aunque no existieron diferencias estadísticamente significativas en las medias de estos niveles al inicio y al final de la intervención, sí se presentaron disminuciones clínicamente significativas.

El nivel de colesterol total disminuyó de un promedio de 190.25 a 175.20. Trece de los 21 pacientes disminuyeron su nivel, de los cuales más de la mitad pasó de un valor por arriba de los 200 mg/dl al inicio de la intervención, a valores por debajo de esa cifra al final de la misma. Tres de los 21 pacientes mantuvieron su nivel, mientras que otros cuatro lo aumentaron.

Es importante recalcar, que 20 de los pacientes participantes obtuvieron al final de la intervención, un nivel por debajo de los 200 mg, cumpliendo con las metas de tratamiento para el paciente con diabetes tipo 2 de la ADA (2004), y que solo 1 paciente obtuvo un puntaje por arriba de ese nivel, pero presentó una disminución significativa en su nivel de colesterol, de 250 a 220 mg/dl , que lo acercó a la meta de tratamiento.

Por otro lado, el nivel de triglicéridos disminuyó de una media de 182.1 a 148.2. Catorce de los 21 pacientes disminuyeron su nivel al final de la intervención, la mayoría de ellos tuvo una disminución por debajo de los 150 mg/dl al final de la intervención, alcanzando la meta de tratamiento de la APA (2004). Sin embargo, siete de los 21 pacientes no lograron esta meta al término de la intervención.

La reducción en los niveles de colesterol y triglicéridos que presentaron los pacientes al final de la intervención contribuye a la disminución del riesgo de padecer enfermedad cerebral vascular, macrovascular y de mortalidad en los pacientes con diabetes tipo 2 (UKPDS, 1998).

La disminución presentada por la mayor parte de los pacientes en el nivel de glucosa en ayunas, triglicéridos, colesterol total y en el porcentaje de hemoglobina glucosilada pueden explicarse con base en la modificación de los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales que forman parte de los factores relacionados con el paciente que afectan la adherencia terapéutica, sobre los que la intervención cognitivo-conductual tuvo como objetivo incidir.

Por lo que toca al aspecto conductual, la intervención puso especial énfasis en el aprendizaje de conductas de autocuidado. Estas conductas, como lo señalan Glasgow, McCaul, Shafer y Self (1987), implicaban que el paciente llevara a cabo un monitoreo continuo y respondiera a los cambios ambientales y las condiciones biológicas llevando a cabo ajustes adaptativos en los distintos aspectos del tratamiento para la diabetes.

Coincidiendo con lo recomendado por la ADA (2002) la intervención cognitivo-conductual efectuada incluyó el aprendizaje y el reforzamiento de conductas de autocuidado como el monitoreo de glucosa en casa, ajuste al plan alimenticio (especialmente de los carbohidratos y las grasas), toma de medicamentos (insulina o agentes hipoglucemiantes), llevar a cabo actividades físicas regularmente y el cuidado de los pies.

En el aspecto cognitivo la intervención buscó aumentar el conocimiento y modificar las creencias distorsionadas que los pacientes tenían acerca de la enfermedad y su tratamiento. Se tuvo como objetivo incrementar la percepción del paciente de la severidad de la diabetes, de su autoeficacia y del control sobre las conductas para manejarla y prevenir complicaciones.

Por último en el aspecto emocional la intervención dotó al paciente de estrategias para el manejo del estrés y de otras emociones disfuncionales como la depresión y la ansiedad. Hay que recordar que un bajo nivel de estrés se relaciona con un mejor control metabólico (Karkashian, 2000) y una disminución en el riesgo de complicaciones

medicas por diabetes mellitus tipo 2 (McGrill, Lustman, Griffith, Freedland, Gavard, Clouse, 1992).

Los resultados de este estudio coinciden con los de otras intervenciones cognitivo-conductuales que han tenido como objetivo mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con otros padecimientos crónicos como la hipertensión (Ceballos y Laguna, 2004; Riveros, 2002;), en pacientes con diabetes a nivel individual (Barrera, 2002; Cortazar, 2003; Lobato, 2002) y en pacientes con diabetes a nivel grupal (Robles, 2002); aunque cabe señalar que ninguna de ellas había considerado el perfil de lípidos de los pacientes como medida fisiológica que refleje la adherencia de los pacientes con diabetes tipo 2.

En conclusión, los resultados indican que la adherencia terapéutica, la calidad de vida y los niveles de depresión y ansiedad son variables susceptibles al cambio por medio de una intervención cognitivo-conductual de modalidad grupal. Si bien no es posible establecer una causalidad directa, los cambios pueden explicarse en función de la modificación de estas variables mediante la intervención realizada.

Los efectos de la intervención disminuyen la probabilidad de agravar síntomas y precipitar complicaciones mediante la adquisición de habilidades para el manejo del estrés y otras reacciones emocionales; y dotar al paciente de habilidades de autocuidado de su padecimiento.

El presente estudio incluyó un análisis de un solo grupo medido antes y después (pretest-postest) donde se midió la efectividad de una intervención cognitivo-conductual grupal para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2. Se sugiere para próximas investigaciones que tengan como objetivo conocer la efectividad de maniobras psicoterapéuticas, la inclusión de un grupo control, aunque se reconoce la dificultad ética para realizarlo, puesto que es difícil y peligroso

estimar que tanto puede afectar a un paciente el retraso del tratamiento por el periodo del estudio aquí contemplado. En el caso de que existieran las condiciones para llevarlo a cabo también existe una dificultad practica ya sea por la disminución en el índice de aceptación a participar en el estudio y/o porque son necesarios mas recursos materiales y humanos.

Se sugiere también la utilización de un mayor número de formas de medición para las variables estudiadas con el fin de aumentar la validez del estudio. Por ejemplo, en la presente investigación se utilizaron medidas fisiológicas como la hemoglobina glucosilada y la glucosa en ayunas, como variables que reflejan el índice de adherencia, sin embargo, seria recomendable utilizar además, un cuestionario de autoinforme y un autoregistro que nos permitiera conocer con exactitud como es que se dio la modificación en conductas como la toma de medicamentos, la realización de actividad física y el consumo de alimentos. En el caso de la medición de calidad de vida, sería recomendable, además de utilizar un cuestionario específico en diabetes como se llevó a cabo en esta investigación, también utilizar un cuestionario general que nos permitiera hacer comparaciones entre la calidad de vida del paciente con diabetes y la de pacientes con otros padecimientos crónicos y/o con la calidad de vida de la población general. Por lo que se refiere a la medición de las respuestas emocionales como la depresión y la ansiedad, se recomienda desarrollar instrumentos específicos en pacientes con diabetes, ya que como se comento en el marco teórico de esta investigación, ambas respuestas emocionales comparten síntomas con la diabetes, lo que podría estar inflando los puntajes reportados por los pacientes.

Por ultimo se sugiere que las intervenciones psicoterapéuticas a utilizar en el futuro incluyan un manual práctico tanto para el paciente como para el terapeuta, además de pensar en realizar las modificaciones necesarias para poder entrenar a otros profesionales de la salud en los aspectos psicológicos relacionados con la diabetes mellitus tipo 2.

El presente estudio aporta evidencia respecto a la efectividad de intervenciones grupales para lograr objetivos terapéuticos específicos, en este caso el aumento de la

calidad de vida y la adherencia terapéutica, así como la disminución de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con diabetes tipo 2.

Este tipo de intervenciones tiene ventajas sobre las individuales en el aprendizaje de los pacientes, por varias razones; en primer lugar, pueden verse beneficiados por el debate generado dentro del grupo acerca de sus estilos erróneos de pensamiento y auto-afirmaciones falsas, así como la discusión grupal de pensamientos y comportamientos incompatibles que estos pueden emplear para reducir la ansiedad y cambiar su comportamiento. En segundo lugar, los grupos proveen de un escenario en que los miembros pueden hacer planes para tener experiencias emocionales novedosas y correctivas, además de que pueden observar su propio comportamiento y recibir retroalimentación de él. Y por último, las intervenciones grupales resultan menos costosas en tiempo y recursos humanos, además de que pueden adaptarse a la perfección al ambiente institucional donde se da tratamiento a la mayor parte de los pacientes con diabetes tipo 2 en nuestro país.

REFERENCIAS

- Aikens, J. & Wagner, L. (1998). Diabetes mellitus and other endocrine disorders. En Camic, P. & Knight, S. (Eds). *Clinical Handbook of Health Psychology: A practical Guide to Effective Interventions* 191-225. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Alogna, N. (1980). Perceptions and severity of disease and health locus of control in compliant and noncompliant patients. *Diabetes Care*, 3, 533-534.
- American Diabetes Association. (2002). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 25, 213-299.
- American Diabetes Association. (2003). Recomendaciones 2003 de la American Diabetes Association para la práctica clínica. *Diabetes Care*, 4, 6, 243-262.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV ed.* Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- Andersen, R., Davidson, P. & Ganz, P. (1994). Symbiotic relationships of quality of life, health services and other health research. *Quality of life research*, 3, 365-371.
- Andrews, F. & Withey, S. (1976). *Social indicators of Well-being: American's perceptions of Life Quality*. New York: Plenum Press
- Arnold, S. (1991). Measurement of quality of life in frail elderly. In J. Birren (Eds), *The Concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes (1998). *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 1, 6-42.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. New York: Prentice Hall.
- Barnett, A., Leslie, R. & Pyke D. (1981). Diabetes in identical twins. *Diabetología* 30, 87-93.
- Barrera, P. (2002). *Estrategias para el cambio de comportamientos relevantes para la salud*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Bauer, R. (1966). *Social Indicators*. Cambridge Press.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. Madison: International University Press.

- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Blanco, A. y Chacón, F. (1985). La evaluación de la calidad de vida. En Morales, J. (Comp). *Psicología Social Aplicada*. Bilbao.
- Bowling, A. (1992). *Measuring Health: a review of quality of life measurements scales*. Open University Press.
- Brewer, B., Cornelius, A., Van Raalte, J., Peitpas, A., Sklar, J., Pohlman, M., Krushell, R. & Ditmar, T. (2000). Attributions for recovery and adherence to rehabilitation following anterior crucial ligament reconstruction: A prospective analysis. *Psychology & Health, 15* (2), 283-291.
- Ceballos G. y Laguna, R. (2004). *Afrontamiento al estrés, calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos: efecto de un programa cognitivo-conductual*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Cheney, C. (1996). Medical Nonadherence. A Behavior Analysis. En Cautela, J. y Ishaq (Eds.) *Contemporary guides in behavior therapy: Improving the human condition*. New York: Plenum Press.
- Cerkoney, A. & Hart, K. (1980). The relationship between the health belief model and compliance of persons with DM. *Diabetes Care, 3* 594-598.
- Cortazar, J. (2003). *Calidad de vida en pacientes diabéticos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Coustan, D. (1995). Gestational Diabetes. En *Diabetes in America*. 2a ed. Washington.
- Dailey, G., Kim, M. & Lian, J. (2001). Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drugs regimens: Evaluation of a medical population with type 2 diabetes mellitus. *Clinical Therapeutics, 23*, 1311-1320.
- Davis, W., Hess, G. & Hiss, R. (1988). Psychological correlates of survival in diabetes. *Diabetes Care, 11*, 538-545.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1988). Reliability and validity of a diabetes quality of life measure for the diabetes control and complication trial (DCCT). *Diabetes Care, 11*, 725-732.

- Diener, E. (1995). Resources, personal strivings and subjective well-being: A nomothetic and idiopathic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.
- Dunbar-Jacob, J., Dunning, E. & Dwyer, K. (1989). Compliance measurement with arthritis regimen. *Arthritis Care & Research*, 2(3), 8-16.
- Ellis, A. (1997). Using rational emotive behavior therapy to cope with disability. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 17-22.
- Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. (2003). *Diabetes Care*, 26, 5-20.
- Federación Internacional de Diabetes (1998). En *Health I.G. Consultora Periodística*.
- Flanagan, J. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33, 138-147.
- Flexner, C. (1997). *Practical treatment issues and adherence: Challenges from the clinic*. Presented at the ICAAC 1997 Satellite Symposium: Evolving HIV Treatments: Advances and the Challenge of Adherence. En www.healthcg.com/hiv/treatment/icaac97/adherence/flexner.html.
- Gavard, J., Lustman, P. & Clouse, R. (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care*, 16, 1167-1178.
- Gladis, M., Gosch, E., Dishuk, N. & Crits-Christodh, P. (1999). Quality of Life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 320-331.
- Glasgow, R., McCaul, K. & Schafer, L. (1987). Self care behaviors and glycemic control in Type 1 diabetes. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 399-412.
- González-Celis, A. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- González-Puente, J. & Sanchez-Sosa, J. (2001). Systematic assessment of quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of the infection. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(3), 519-528.

- Gray, L., Edmonson, E. & Lemke, A. (1998) *HIV Treatment Adherence: A Guide for Program Development*. HIV/AIDS Project Development and Evaluation Unit. University of Washington School of Social Work. Seattle, Washington.
- Guyatt, G., Bombardier, C. y Tugwell, P. (1986). Measuring disease specific quality of life in clinical trials. *Canadian Medical Association Journal*, 134, 889-895.
- Hall, J., Roter, D. & Katz, N. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26, 657-675.
- Haynes, R. (1979). A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimens. *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Harold, E. & Lebovitz, M. (1995). Therapy of diabetes mellitus and complications. *American Diabetes Association*, 1, 122-132.
- Herman, W. (1995). A new and simple questionnaire to identify people at increased risk for undiagnosed diabetes. *Diabetes Care*, 382-387.
- Hotz, S., Kaptein, S., Pruitt, J., Sánchez-Sosa, J. & Wiley, C. (2003). Behavioral mechanisms explaining adherence. What every health professional should know. En *Adherence to Long-term Therapies. Evidence for action*. World Health Organization.
- Hughes, B. (1990). Quality of life. En Sheila, M. y Peace, M. (Eds). *Research social gerontology: concepts, methods and guides*. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Ickovics, J. & Meisler, A. (1997). Adherence in AIDS clinical trials: A framework for clinical research and clinical care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(4), 385-391.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. (1999). *Metodología y Tabulados*. México: INEGI.
- Jacobson, A., Groot, M. & Samson, J. (1994). Quality of life in patient with type I and type II diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 17, 167-274.
- Jurado, S., Villegas, M., Mendez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 3, 26-31.

- Karkashian, C. (2000). A model of stress, resistance factors and disease-related health outcomes in patients with diabetes mellitus. *Dissertation Abstracts International*, 60, 6413.
- Karter, A. (2000). Self-monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care*, 23, 477-483.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw Hill.
- Lawton, M., Moss, M., Fulcomer, M. & Kleban, M. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, 37, 91-99.
- Lawton, M. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. Birren (Eds.). *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego: Academic Press.
- Lobato, M. (2002). *Adherencia terapéutica y bienestar del paciente diabético: Medición y mejoramiento*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Luna, B. & Feinglos, M. (2001) Oral agents in the management of Type 2 Diabetes Mellitus. *American Family Physician*, 63 (9), 1747-1756.
- Lustman, P., Freedland, K., Griffith, L., Barnes, L., Miller, C., Anderson, K., McGrill, J., Rubin E. y Clouse, R. (1999). Effects of major depression on health related quality of life in type 2 diabetes: A controlled analysis. *Diabetes*, 48, 173.
- Lustman, P., Anderson, R., Freedland, K., Groot, M., Carney, R. & Clouse, R. (2000) Depression and poor glycemic control. A meta analytic review of literature. *Diabetes Care*, 23, 934-942.
- Mahoney, M. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge-Ballinger.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- McGrill, J., Lustman, P., Griffith, L., Freedland, K., Gavard, J. & Clouse, R. (1992). Relationship of depression to compliance with self monitoring of blood glucose. *Diabetes*, 41, A84.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence : A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.

- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En: Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. 1045-1070. España: Siglo XXI Editores.
- Mullen, P., Mains, D. & Velez, R. (1992). A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. *Patient Education & Counseling*, 19, 143-162.
- Norma Oficial para la Prevención, Tratamiento y Control de Diabetes. NOM-SSA2-1994. (1999). Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. México.
- Obst, J. (2001). *Los trastornos de ansiedad*. Argentina: Centro argentino de terapia racional emotiva.
- Oppong, J., Ironside, R. & Kennedy, L. (1988). Perceived quality of life in a center-periphery framework. *Social Indicators Research*, 20, 605-620.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Fortalecimiento de la Adherencia Terapéutica. Módulos de Aprendizaje en Ciencia Conductual*. División de Salud Mental.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Iniciativa de diabetes para las Américas: Plan de Acción para América Latina y el Caribe. *La respuesta de la salud a las enfermedades crónicas*. Documento SSP 36/10.
- Paes, A., Bakker, A. & Soe-Agnie, C. (1997). Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care*, 20, 512-517.
- Patrick, D. & Erickson, P. (1993). *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.
- Pohl, S., Gonder-Federick, L. y Cox, D. (1984). Area Review: Diabetes Mellitus. *Behavioral Medicine Update*, 6, 3-7.
- Rachman, S. (1998). *Anxiety*. United Kingdom: Psychology Press.
- Riveros, A. (2002). *Calidad de vida en padecimientos crónicos. Un estudio en pacientes hipertensos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Robles, R. (2002). *Evaluación y modificación de la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM. México.

- Robles, R., Cortazar, J., Sánchez-Sosa, J., Páez, F. y Nicolini, H. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*, 15, 247-252.
- Robles, R. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En Oblitas, L. *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Internacional Thomson Editores.
- Roter, D. (1998). Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Medical Care*, 36, 1138-1161.
- Rubin, R. (2000). Diabetes and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*. En <http://www.diabetes.org>.
- Sackett, D. (1994). *Ayudar a los pacientes a cumplir los tratamientos*. Epidemiología Clínica Ciencia básica para la medicina clínica. Buenos Aires: Interamericana.
- Safren, S. (1999). *Cognitive behavioral interventions to increase medication adherence*. En Psychiatric Practice: Everyday solutions. Course, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. Boston. 191-213.
- Safren, S. (2000). *Cognitive-Behavioral Interventions to increase medication adherence*. Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital. Apuntes de Conferencia Taller.
- Salter, A. (1949). *A conditioned reflex therapy*. New York: Creative Image.
- Sánchez-Sosa, J. y González-Celis, A. (2002). La calidad de vida en ancianos. En Reynoso, L. y Seligson I. *Psicología y Salud*. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Sanchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment Adherence: The role of behavioral mechanisms and some Implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 85-92.
- Schultz, J. (2001). A comparison of views of individuals with type 2 diabetes mellitus and diabetes educators about barriers to diet and exercise. *Journal of Health Communication*, 6, 99-115.
- Schlundt, D., Sbrocco, T. & Bell, C. (1989). Identification of high risk situations in a behavioral weight loss program: Application of the relapse prevention model. *International Journal of Obesity*, 13, 223-234.

- Shuter, J. (2001). *Measuring Adherence*. Treatment Adherence Network Meeting 2/27/01
- Spielberger, C. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. IDARE. Manual e Instructivo*. México: Manual Moderno.
- Stewart, A., Greenfeld, S. & Hays, R. (1989). Functional status and well being of patients with chronic conditions. *Journal of the American Medical Association*, 262, 907-913.
- Stewart, M. (1996). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 153, 1423.
- UK Prospective Diabetes Study Group. (1998). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 352, 837-853
- Velaverde, J. y Ávila, F. (2002). Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Pública en México*, 44, 349-361.
- Watkins, J., Roberts, D., Williams, T., Martin, D. & Coyle, I. (1997). Observation of medication errors made by diabetic patients in the home. *Diabetes*, 16, 882-885.
- Wells, K., Holding, J. y Burnam, M. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 145, 976-981.
- Wikby, A., Hornquist, J. Stenstrom, U. & Anderson, P. (1993). Background factors, long term complications, quality of life and metabolic control in insulin dependent diabetes. *Quality of Life Research*, 2, 281-286.
- Williams, A., & Friedland, G. (1997). Adherence, compliance, and HAART. *AIDS Clinical Care*, 9 (7), 51-55.
- Wolpe, F. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wood, G. (1984). *Fundamentos de la Investigación Psicológica*. México: Editorial Trillas.
- World Health Organization. (1993). Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Switzerland: World Health Organization.

Zimmet, P. (1992). Challenges in diabetes epidemiology: from the west to the rest. *Diabetes Care* 15, 730-739.

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

El Hospital Juárez de México se fundó el 23 de Agosto de 1847 con el nombre de "Hospital de San Pablo". El 19 de Junio de 1962 se le da el nombre de "Hospital Juárez de México".

En 1985 el Hospital Juárez se derrumba a consecuencia del temblor ocurrido en la Ciudad de México. Se decidió su reconstrucción en Av. Politécnico Nacional y se reinauguró el 19 de Septiembre de 1989. El nuevo hospital cuenta con siete edificios, cincuenta consultorios, quirófano con diez salas, cuatro niveles en la torre de hospitalización, diez aulas, cocina, comedor, casas de máquinas y dos plantas eléctricas.

Considerado como un hospital de tercer nivel por su nivel de especialización y por los recursos tecnológicos con los que cuenta, en el Hospital Juárez de México se imparten cursos de 19 especialidades y subespecialidades entre las que se incluyen: dermatología, cardiología, endocrinología, gastroenterología, medicina interna, nefrología, trasplante renal, neumología, alergia, infectología, epidemiología, hematología, reumatología, cirugía general, cirugía cardiovascular, oftalmología, oncología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, cirugía plástica y reconstructiva, urología, cirugía maxilofacial, endoscopia, neurocirugía, endoscopia, neurocirugía, neurología medica, neurofisiología, psicología y psiquiatría, ginecología, obstetricia y planificación familiar, endoscopia ginecológica, neonatología, terapia intensiva, cirugía pediátrica, urgencias, imagenología, patología, anestesiología y medicina nuclear.

El hospital cuenta con un total de 306 residentes de primero a sexto año de las distintas especialidades y subespecialidades mencionadas. Cuenta además con un total de 805 enfermeras y 54 trabajadoras sociales repartidas en cuatro turnos (matutino, vespertino, nocturno y fines de semana).

El área de psicología y psiquiatría, de la que los residentes en medicina conductual forma parte durante su estancia en el hospital, está integrada por dos psiquiatras y nueve psicólogos adscritos, cada uno de ellos con distintas formaciones entre ellas: neuropsicología, psicoanálisis, cognitivo-conductual, pedagogía, y terapia familiar. Las funciones del área de psiquiatría y psicología dentro del Hospital Juárez de México son las siguientes:

- Dar asistencia psicológica individual a pacientes hospitalizados y de consulta externa.
- Creación de grupos de psicoterapia.
- Formación por medio de enseñanza clínica.

DESCRIPCION DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

El servicio de Medicina Interna, sitio en el que se genero el presente informe, se encuentra ubicado en el ala norte del tercer piso del hospital. Tiene asignadas 24 camas ubicadas en 4 salas (6 camas por sala). El personal que labora en él esta constituido por el jefe de servicio¹, tres médicos de base², 22 médicos residentes de posgrado y 3 médicos internos de pregrado.

La mayoría de los pacientes que llegan al servicio provienen del servicio de urgencias y en menor medida de la consulta externa de medicina interna y de otros servicios de la misma institución. Los pacientes se asignan a cada uno de los tres médicos de base conforme ingresan al servicio. A cada médico de base se le asignan

¹ Dr. Martín Herrera Cornejo

² Dr. Claudia García, Dra. Velia Martínez y Dr. José Maldonado

dos médicos residentes de posgrado, generalmente uno de primero y uno de cuarto año; y un médico interno de pregrado. Los demás médicos residentes rotan por otros servicios del mismo hospital, de otros hospitales de la ciudad o de otros lugares de la república.

Cada uno de los médicos de base realizan su pase de visita a los pacientes asignados en horarios distintos que van de 8:30 a 10 de la mañana, excepto el día miércoles cuando el jefe de servicio, los tres médicos de base y todos los médicos residentes de posgrado e internos de pregrado llevan a cabo una visita general por todo el servicio incluyendo a todos los pacientes que inicia a las 9 de la mañana y termina en horario variable dependiendo del número y gravedad de los pacientes.

El servicio cuenta con un consultorio (número 45) que se utiliza de lunes a viernes de 8 a 12 del día, aunque el horario puede variar dependiendo de la gravedad y el número de los pacientes citados que en promedio es de diez. Los días lunes y jueves la consulta es únicamente para pacientes con diabetes, que forman parte de la Clínica de Diabetes del servicio, mientras que los demás días se atienden a pacientes con otros padecimientos.

Debido a la carga de trabajo que representaba las intervenciones en el área de hospitalización, consulta externa y la intervención grupal de pacientes con diabetes tipo 2, durante el segundo año de residencia se decidió asignar dos plazas al servicio, manteniendo al autor del presente informe, además de la incorporación de un residente de primer año en medicina conductual (Lic. Graciela Wilson).

El residente en medicina conductual, autor del presente informe, estuvo adscrito al servicio de medicina interna durante dos años, durante los cuales estuvo bajo la supervisión in situ de la Mtra. Bertha Molina Zepeda, la supervisión académica del Dr. Leonardo Reynoso Erazo, y estuvo bajo las órdenes del jefe del servicio de psicología y psiquiatría, Dr. Ricardo Gallardo Contreras y del jefe del servicio de medicina interna,

Dr. Martín Herrera Cornejo. La asesoría para proyectos clínicos específicos estuvo a cargo del Dr. Juan José Sánchez Sosa.

ACTIVIDADES DEL RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

La participación del residente de medicina conductual en el servicio de medicina interna fue la primera que se llevó a cabo en ese servicio. Al momento de empezar el primer año de residencia el servicio contaba con las siguientes características:

- Desconocimiento por parte del equipo médico, acerca de las funciones que puede llevar a cabo el psicólogo entrenado en medicina conductual con el tipo de pacientes que trata el servicio (diabetes, hipertensión y otros padecimientos crónico-degenerativos).
- Un gran número de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos, sobre todo diabetes mellitus tipo 2, que presentaban deficiencias en el manejo y la adaptación a su padecimiento, con graves problemas de adherencia al tratamiento, una encarecida calidad de vida y sintomatología ansiosa y depresiva que hacía aun más difícil el manejo de su enfermedad.
- Pacientes hospitalizados y familiares, ocasionalmente en crisis que no recibían ningún tipo de orientación o apoyo psicológico, salvo el realizado de forma paraprofesional por enfermeras, médicos y trabajadoras sociales. Esto generaba un riesgo de presentar un incremento en la frecuencia e intensidad de los síntomas en el futuro y de poner en riesgo su vida tal como era el caso de crisis suicidas.
- Un gran número de pacientes con síntomas de ansiedad, depresión y otros padecimientos psicológicos, manejados muy rara vez por los psicólogos adscritos al hospital, cuya sintomatología dificultaba su adaptación a la

enfermedad, afectaba la relación con el equipo de salud, incrementaba el tiempo de hospitalización y por lo tanto prolongaba el tiempo de recuperación con el consecuente dispendio de recursos.

- Signos claros de deficiencia en la relación médico-paciente, que motivaban sentimientos de desconfianza hacia el médico en los pacientes y de enojo y aparente desesperación en el equipo de salud.

Partiendo de estos antecedentes, el presente autor diseñó un programa dividido en tres áreas de atención: 1) Hospitalización, 2) Consulta Externa y 3) Grupo de pacientes con Diabetes Tipo 2. Las actividades realizadas en estas tres áreas se llevaron a cabo en el horario que se describe en la tabla siguiente:

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00- 9:30	Pase de visita en piso	Pase de visita en piso	Pase de visita general	Pase de visita en piso	Pase de visita en piso
9:30-10:00	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno
10:00-11:00	Intervención en pacientes hospitalizado	Supervisión	Sesión Psiquiatría	Intervención en pacientes hospitalizado	Intervención en pacientes hospitalizado
11:00-12:00		Intervención en pacientes hospitalizado	Intervención en pacientes hospitalizado		
12:00-14:00	Intervención Psicológica Grupo de Diabetes	Consulta Externa	Intervención Psicológica Grupo de Diabetes	Consulta Externa	Supervisión y clase

VISITA

Las actividades comenzaban todos los días a las 8 de la mañana con la visita en el piso. Durante el primer año, cuando únicamente había un residente en el servicio, se elegía a un médico adscrito por día y con él se pasaba visita, mientras que la información médica relevante acerca de los pacientes de los demás médicos se captaba por medio del contacto con los residentes a cuyo cargo estaban esos pacientes. Durante el segundo año, cuando se asignó un residente más al servicio, cada uno de los residentes pasaba visita con un médico adscrito e informaba al otro el avance médico de los pacientes que estaban recibiendo tratamiento psicológico.

INTERVENCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

La intervención con los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna consistió, en primera instancia, en hacer contacto con los pacientes, esto podía llevarse a cabo de distintas formas:

- Durante la visita diaria
- A partir de la solicitud del médico de base, del médico residente de posgrado y/o del médico interno de pregrado.
- Por medio de la solicitud de la trabajadora social o de alguna enfermera.
- A solicitud directa de un paciente o su familia para recibir apoyo psicológico.
- Durante el segundo año, a solicitud del residente en medicina conductual de primer año asignado al servicio.

Los pacientes que recibieron atención psicológica en el área de hospitalización del servicio de medicina interna son los siguientes:

- Pacientes de recién diagnóstico o que previamente estaban diagnosticados con uno o varios padecimientos crónico-degenerativos tratados por el servicio de medicina interna como lupus eritematoso sistémico, hipertensión arterial sistémica,

diabetes mellitus tipo 1 y 2, artritis reumatoide, etc. que ingresaban al servicio por complicaciones de su enfermedad.

- Pacientes que durante su estancia en el servicio estuvieron en estudio y posteriormente recibieron diagnóstico de un padecimiento crónico-degenerativo atendido por otros servicios, entre ellos: padecimientos hematológicos (linfoma Hodking y no Hodking, diferentes tipos de leucemia, púrpura trombocitopénica), distintos tipos de padecimientos oncológicos, renales (insuficiencia renal crónica), neurológicos, neumológicos y pacientes transferidos al servicio de infectología (VIH, hepatitis C).
- Pacientes internados por intento suicida que ingresaron al servicio como medida de seguridad o para controlar y tratar los efectos secundarios propios del intento (lavado gástrico en el caso de consumo de alguna sustancia, vigilancia de heridas o de otras consecuencias sistémicas o neurológicas).
- Pacientes con síntomas de distintos trastornos mentales codificados en el DSM-IV. Ejemplo: trastornos por ansiedad, del estado de ánimo, relacionados con sustancias, psicóticos, somatomorfos, de la conducta alimentaria, del sueño y sexuales.
- Familiares y cuidadores primarios de los pacientes hospitalizados anteriormente descritos.

Los pacientes del segundo grupo recibieron atención psicológica durante su estancia en el servicio de medicina interna y cuando se transferían a otro servicio, la intervención continuaba en el área de hospitalización de dicho servicio hasta que se cumplieran las metas propuestas. Cuando al paciente se le daba de alta sin alcanzarse los objetivos de la intervención, se citaba al paciente a la consulta externa hasta concluir el tratamiento.

Las razones primordiales para la referencia a tratamiento psicológico de los pacientes antes descritos fueron:

- a) Estados de crisis suicida o de crisis diagnóstico reciente de algún padecimiento crónico-degenerativo.
- b) Baja adherencia a régimen de tratamiento médico
- c) Ajuste defectuoso a la enfermedad
- d) Trastornos psiquiátricos
- e) Efectos fisiológicos del estrés que exacerban la enfermedad
- f) Deterioro cognitivo.

Una vez que se solicitaba la atención psicológica por parte de algún miembro del equipo de salud o que el residente en medicina conductual elegía a un paciente para tratamiento, se llevaban a cabo los siguientes pasos:

- Presentación del residente en medicina conductual con el paciente hospitalizado y con el familiar que lo acompañaba.
- Evaluación del paciente por medio de entrevista y/o pruebas psicológicas.
- Dependiendo del resultado de la evaluación realizada se instrumentaban una o varias de los siguientes intervenciones:
 - Intervención en crisis
 - Terapia de apoyo
 - Intervención cognitivo-conductual
 - Ingreso a grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Elaboración de la nota psicológica en el expediente médico general del hospital donde se incluían los siguientes datos:
 - Datos sociodemográficos del paciente
 - Estado mental

- Resumen de la entrevista y síntesis de los resultados obtenidos
 - Tipo de intervención a seguir
- Apertura de expediente propio de psicología donde se incluían los datos antes mencionados de forma pormenorizada protegiendo en todo momento confidencialidad de cada uno de los pacientes.

CONSULTA EXTERNA

Los pacientes atendidos en la consulta externa proceden en su mayoría de las intervenciones iniciadas durante el periodo de hospitalización, por lo que el tipo de trastornos que presentan estos pacientes es el descrito anteriormente en el área de hospitalización. La intervención en la consulta externa se llevó a cabo los días martes y jueves de 12 a 14 horas en el consultorio 44 de medicina interna y los días miércoles de 8 a 14 horas en el consultorio 44 de cirugía vascular, ambos en el segundo piso del Hospital Juárez de México.

Una vez que al paciente se le daba de alta en el área de hospitalización el residente en medicina conductual evaluaba si era necesario continuar la intervención. En caso afirmativo se le daba una cita a la consulta externa anotando en su carnet la fecha, hora, servicio y nombre del residente. El residente en medicina conductual apuntaba en la agenda el nombre y número de carnet del paciente y solicitaba a la persona encargada de entregar los expedientes en los consultorios que le proporcionara el expediente en la fecha y hora establecidas.

Durante el primer año de residencia, el número de de pacientes atendidos en la consulta externa, por el presente autor, era relativamente bajo, debido a la gran carga de trabajo que surgía en el área de hospitalización. En el segundo año, cuando se incorporó el residente en medicina conductual de primer año, fue posible citar un mayor número de pacientes de forma externa y así concluir con las intervenciones diseñadas para cada uno de ellos.

ACTIVIDADES ACADEMICAS DESARROLLADAS DENTRO DE LA SEDE

Las actividades académicas desarrolladas dentro del Hospital Juárez de México consistieron en los siguientes puntos:

- Sesiones de supervisión los días martes de 10 a 11 de la mañana y viernes de 12 a 2 de la tarde por parte de la supervisora in situ Mtra. Bertha Molina Zepeda. En estas sesiones se llevaban a cabo distintas actividades que incluían:
 - Introducción al funcionamiento administrativo del hospital: información acerca de las políticas del hospital, su funcionamiento, el llenado de los reportes de productividad semanal y mensual, etc.
 - Clases teóricas donde se profundizaba en los métodos y técnicas cognitivo conductuales utilizadas en ambientes hospitalarios. Se puso especial énfasis en la terapia cognitiva de Aaron Beck y la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis.
 - Supervisión de casos de los residentes en medicina conductual asignados a los distintos servicios del Hospital Juárez de México.

- Sesiones de supervisión una vez por semana con el supervisor asignado por la Facultad de Psicología de la UNAM al residente en medicina conductual, que en el caso del servicio de medicina interna estuvo a cargo del Dr. Leonardo Reynoso, con quien se llevaban a cabo las siguientes actividades:
 - Revisión del protocolo de investigación que se llevaba a cabo en el servicio.
 - Revisión bibliográfica que sustentara el trabajo de intervención psicológica realizada en el hospital.

- Sesiones del servicio de psiquiatría los días miércoles de 10 a 11 de la mañana donde de acuerdo a un rol al azar, donde estaban integrados todos los

psicólogos adscritos del hospital y los residentes en medicina conductual, se revisaban casos, y se hacían sugerencias al diagnóstico y estrategias a seguir.

OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS

- Intervenciones breves con algunos miembros del equipo médico que en ocasiones presentaban síntomas de estrés debido a la intensa carga de trabajo con la que contaba el servicio. En ellas se utilizaron técnicas de relajación como la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva y la imaginación guiada.
- Interconsultas en otros servicios del hospital que no contaban con un residente en medicina conductual, en especial los servicios aledaños al servicio de medicina interna en el tercer piso, entre los que se encuentran: infectología, neumología, gastroenterología, cardiología y endocrinología.
- Interconsultas en servicios que sí contaban con residente en medicina conductual pero éste se encontraba de vacaciones como: hematología, nefrología y oncología.

LOGROS Y METAS ALCANZADAS POR EL RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Durante los dos años que el autor estuvo asignado al servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México se alcanzaron las siguientes metas:

- ❖ Consolidación del trabajo del residente en medicina conductual conjuntamente con el equipo de salud, integrado por: el jefe de servicio, los médicos de base,

residentes de posgrado e internos de pregrado en el servicio, así como con el área de enfermería y de trabajo social. Al final de los dos años de residencia el residente forma parte importante del equipo de salud, se solicita su opinión experta durante la visita, toma decisiones con respecto al manejo del paciente interactuando con el equipo interdisciplinario.

- ❖ Validación del equipo médico de las intervenciones del residente en medicina conductual como una parte importante en el tratamiento integral del paciente y en su recuperación, manifestado en cambios clínicamente significativos en el estado de ánimo del paciente, en el manejo de su padecimiento y en datos fisiológicos como en el caso de las modificaciones en glucosa y hemoglobina glucosilada como resultado de la intervención grupal en pacientes con diabetes tipo 2.
- ❖ Asignación de horarios definidos en consultorios para las intervenciones en consulta externa del residente en medicina conductual. En la mayor parte de los otros servicios donde existen residentes de medicina conductual en el hospital, no existe un consultorio donde llevar a cabo las intervenciones individuales en la consulta externa ya que solo son utilizados por los médicos. En el caso del servicio de medicina interna se logró la asignación de dos consultorios para llevar a cabo esta actividad. Actualmente se cuenta con el consultorio número 44 los días lunes y jueves de 12 a 14 horas y el consultorio 43 el día miércoles de 7 a 14 horas.
- ❖ Asignación de un aula en el edificio de enseñanza para llevar a cabo la intervención grupal con pacientes con diabetes tipo 2 los días lunes, miércoles y viernes de 12 a 14 horas.
- ❖ Desarrollo de intervenciones en crisis para pacientes crónico-degenerativos de primer diagnóstico y pacientes con intento suicida. Se llevaron a cabo alrededor de 40 intervenciones psicológicas al mes durante los dos años de residencia, de las cuales alrededor del 30% eran en crisis. Los resultados derivados de ellas

indican que se logro en la mayoría de los casos que los pacientes disminuyeran sus respuestas emocionales desadaptativas, aprendieran habilidades de solución de problemas y de contacto con otros significativos que brindaran apoyo para enfrentar la crisis.

- ❖ Desarrollo de intervenciones cognitivo conductuales confiables y eficaces para el tratamiento de pacientes con distintos padecimientos crónicos como diabetes mellitus 2, hipertensión arterial sistémica y lupus eritematoso sistémico. El 70% de las intervenciones realizadas durante los dos años de residencia tuvieron como objetivo mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes.
- ❖ Desarrollo de intervenciones cognitivo-conductuales grupales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- ❖ Publicación y presentación en los siguientes congresos nacionales e internacionales tanto psicológicos como médicos de los resultados obtenidos en las intervenciones realizadas durante la residencia:
 - 2002 Participación en el X Congreso Mexicano de Psicología con el cartel titulado "Adherencia terapéutica e índice de masa corporal en pacientes con diabetes tipo 2" Octubre del 2002 en Acapulco, Guerrero.
 - 2003 Participación en el XI Congreso Mexicano de Psicología con el cartel titulado "La relación medico paciente como indicador de la satisfacción percibida en hospitalización" Octubre del 2003 en Campeche, Campeche.
 - 2004 Participación como profesor en el Programa de Educación para la Salud del servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México con el tema "Control de Estrés" Julio del 2004 en México, D.F.
 - Participación en el XII Congreso Mexicano de Psicología en el Simposio de Diabetes con la ponencia titulada "Intervención cognitivo-conductual grupal para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida en

pacientes con diabetes tipo 2". Septiembre 2004 en Guanajuato, Guanajuato.

- Participación en la IV Conferencia Internacional de Psicología de la Salud con la ponencia titulada "Intervención cognitivo-conductual grupal en pacientes con DM2" Noviembre 2004 en La Habana, Cuba.
- Participación en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud con la ponencia titulada "intervención cognitivo-conductual grupal para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2" Diciembre 2004 en Iztacala, Edo. de México.
- 2005 Participación en el Simposio titulado "Clínica de diabetes mellitus y resistencia a la insulina" con el tema "Modelo de Intervención Cognitivo-Conductual en Diabéticos Tipo 2" que se presentó en la Sesión General del Hospital Juárez de México. Mayo 2005 en México, D.F.

RECOMENDACIONES

- ❖ Incrementar el contacto y la interacción entre el residente en medicina conductual y el equipo médico que permita intervenciones conjuntas a publicar.
- ❖ Desarrollar métodos más efectivos de captación de pacientes en hospitalización que permita aprovechar mejor el tiempo del psicólogo.
- ❖ Desarrollar protocolos de medición antes y después de la intervención del residente en el área de hospitalización.
- ❖ Ampliar el número de intervenciones cognitivo-conductuales grupales a pacientes y cuidadores primarios con otros padecimientos como: hipertensión arterial sistémica, lupus eritematoso sistémico, etc.
- ❖ Exponer en un mayor número de congresos médicos los resultados de las intervenciones realizadas por los residentes de medicina conductual.

ANEXOS

ANEXO 1
Formato de datos sociodemográficos y médicos

NOMBRE: _____ No. EXPEDIENTE: _____

EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____

SEXO: _____ ESTATURA: _____ PESO: _____

EDO. CIVIL _____ OCUPACION: _____

TELEFONO: _____ TIEMPO EVOLUCION DIABETES: _____

HIPERGLICEMIA AGUDA: SI () NO ()

HIPOGLICEMIA AGUDA: SI () NO ()

TIENE OTRA COMPLICACIONES MEDICA: _____

SIGUE ALGUN PLAN ALIMENTICIO: SI () NO ()

REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FISICA: SI () NO ()

TOMA ALGUN MEDICAMENTO: SI () NO ()

QUE MEDICAMENTO TOMA: _____

NIVEL DE APEGO A TRATAMIENTO ACTUAL: 25% 50% 75% 100%

FUMA: SI () NO () TOMA ALCOHOL: SI () NO ()

ANEXO 2

Versión en Español del DQOL

Por favor, lea con cuidado cada pregunta. Por favor indique que tan satisfecho o insatisfecho esta con el aspecto de su vida descrito en la pregunta. Circule el número que mejor describe como se siente. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas preguntas. Nos interesa su opinión.

	Muy Satisfecho	Mas o menos satisfecho	Ninguno	Mas o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
1. ¿Qué tan satisfecho esta con el tiempo que le toma manejar su diabetes?	1	2	3	4	5
2. ¿Que tan satisfecho esta con el tiempo que gasta en hacerse chequeos?	1	2	3	4	5
3. ¿Qué tan satisfecho esta con su tratamiento actual?	1	2	3	4	5
4. ¿Qué tan satisfecho esta con la flexibilidad de su dieta?	1	2	3	4	5
5. ¿Qué tan satisfecho esta con la carga que su diabetes es para su familia?	1	2	3	4	5
6. ¿Qué tan satisfecho esta con si conocimiento sobre la diabetes?	1	2	3	4	5
7. ¿Qué tan satisfecho esta con sus horas de sueño?	1	2	3	4	5
8. ¿Qué tan satisfecho esta con su vida social y amistades?	1	2	3	4	5
9. ¿Qué tan satisfecho esta con su vida sexual?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué tan satisfecho esta con su trabajo, escuela y actividades caseras?	1	2	3	4	5
11. ¿Qué tan satisfecho esta con la apariencia de su cuerpo?	1	2	3	4	5
12. ¿Qué tan satisfecho esta con el tiempo que pasa haciendo ejercicio?	1	2	3	4	5
13. ¿Qué tan satisfecho esta con su tiempo libre?	1	2	3	4	5
14. ¿Qué tan satisfecho esta con su vida en general?	1	2	3	4	5

Ahora, por favor indique que tan frecuentemente le suceden los siguientes eventos. Circule el número apropiado.

	Nunca	Muy poco	Algunas veces	Con frecuencia	Todo el tiempo
1. ¿Con que frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes?	1	2	3	4	5
2. ¿Con que frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en publico?	1	2	3	4	5
3. ¿Con que frecuencia tiene baja el azúcar en sangre?	1	2	3	4	5
4. ¿Con que frecuencia se siente físicamente enfermo?	1	2	3	4	5
5. ¿Con que frecuencia su diabetes interfiere con su vida familiar?	1	2	3	4	5
6. ¿Con que frecuencia duerme mal por las noches?	1	2	3	4	5
7. ¿Con que frecuencia su diabetes limita su vida social y sus amistades?	1	2	3	4	5
8. ¿Con que frecuencia se siente bien con usted mismo?	1	2	3	4	5
9. ¿Con que frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3	4	5
10. ¿Con que frecuencia interfiere su diabetes con su vida sexual?	1	2	3	4	5
11. ¿Con que frecuencia su diabetes no le permite manejar un auto o usar una maquina?	1	2	3	4	5
12. ¿Con que frecuencia interfiere su diabetes con su ejercicio?	1	2	3	4	5
13. ¿Con que frecuencia falta al trabajo, escuela o actividades caseras por su diabetes?	1	2	3	4	5
14. ¿Con que frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?	1	2	3	4	5
15. ¿Con que frecuencia se da cuenta que su diabetes interrumpe las actividades de su tiempo libre?	1	2	3	4	5
16. ¿Con que frecuencia le habla a los demás de su diabetes?	1	2	3	4	5
17. ¿Con que frecuencia lo molestan porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5
18. ¿Con que frecuencia siente que va al baño mas que los demás a consecuencia de su diabetes?	1	2	3	4	5
19. ¿Con que frecuencia se encuentra comiendo algo que no debe en vez de decirle a alguien que tiene diabetes?	1	2	3	4	5
20. ¿Con que frecuencia le oculta a los demás que esta teniendo una reacción por la insulina?	1	2	3	4	5

Finalmente, por favor, indique con que frecuencia le ocurren los siguientes eventos. Por favor circule el número que mejor describa sus sentimientos. Si la pregunta no es relevante a usted, circule no aplicable.

	Nunca	Muy poco	Algunas veces	Con frecuencia	Todo el tiempo	No se aplica
1. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si se va a casar	1	2	3	4	5	0
2. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si tendrá hijos?	1	2	3	4	5	0
3. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si mantendrá el trabajo que quiere?	1	2	3	4	5	0
4. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si le negaran un seguro?	1	2	3	4	5	0
5. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si podrá terminar la escuela?	1	2	3	4	5	0
6. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si faltara a su trabajo?	1	2	3	4	5	0
7. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si podrá tomar unas vacaciones o hacer un viaje?	1	2	3	4	5	0
8. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si se desmayara?	1	2	3	4	5	0
9. ¿Con que frecuencia le preocupa que su cuerpo se vea diferente porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5	0
10. ¿Con que frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes?	1	2	3	4	5	0
11. ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si alguien no saldría con usted a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	0

ANEXO 3

BDI

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo marque el número (0, 1, 2 o 3) que se encuentre junto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante la **última semana, incluyendo el día de hoy**. Si considera que dentro de un mismo grupo de enunciados varias pueden aplicarse de la misma manera circule cada uno de ellos. **Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.**

0. **No** me siento triste
 1. **Me** siento triste
 2. **Me** siento triste todo el tiempo
 3. **Me** siento tan triste o infeliz que no puedo **soportarlo**
0. **No** me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro
 1. **Me** siento mas desanimado que antes con respecto a mi futuro
 2. **No** espero que las cosas resulten bien
 3. **Siento** que mi futuro no tiene esperanza y que seguiré empeorando
0. **No** me siento como un fracasado
 1. **Siento** que he fracasado más de lo que debería
 2. **Cuando** veo mi vida hacia atrás, lo único que **puedo** ver son muchos fracasos
 3. **Siento** que como persona soy un fracaso **total**
0. **Obtengo** tanto placer como siempre de las cosas que me gustan
 1. **No** disfruto tanto de las cosas como antes.
 2. **Obtengo** muy poco placer de las cosas que **solía** disfrutar
 3. **No** siento placer con las cosas que **solía** disfrutar
0. **No** me siento particularmente culpable
 1. **Me** siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o **debía** de hacer
 2. **Me** siento bastante culpable casi todo el tiempo
 3. **Me** siento culpable todo el tiempo
0. **No** siento que esté siendo castigado
 1. **Siento** que tal vez seré castigado
 2. **Espero** ser castigado
 3. **Siento** que estoy siendo castigado

7. 0. Me siento igual que siempre acerca de mí mismo
1. He perdido confianza en mí mismo
2. Estoy desilusionado de mí
3. No me agrado
8. 0. No me critico ni me culpo más de lo usual
1. Soy más crítico de mí mismo de lo que solía hacer
2. Me siento crítico por todas mis fallas y errores
3. Me culpo por todo lo malo que sucede
9. 0. No tengo ningún pensamiento acerca de matarme
1. Tengo pensamientos de matarme, pero no los llevaría a cabo
2. Me gustaría matarme
3. Me mataría si tuviera la oportunidad
10. 0. No lloro más de lo usual
1. Ahora lloro más que antes
2. Ahora lloro por cualquier cosa
3. Siento ganas de llorar pero no puedo
11. 0. No me siento mas tenso de lo usual
1. Me siento más inquieto o tenso de lo usual
2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo estar quieto
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente
12. 0. No he perdido interés en otras personas o actividades
1. Ahora me encuentro menos interesado que antes en otras personas o actividades
2. He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades
3. Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa
13. 0. Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre
1. Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes
2. Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes
3. Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión
14. 0. No me siento devaluado
1. No me siento tan valioso o útil como antes
2. Me siento menos valioso comparado con otros
3. Me siento francamente devaluado

15. 0. Tengo tanta energía como siempre
1. Tengo menos energía de lo que solía tener
2. No tengo suficiente energía para hacer gran cosa
3. No tengo suficiente energía para hacer nada
16. 0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño
1a. Duermo más de lo usual
1b. Duermo menos de lo usual
2a. Duermo mucho más de lo usual
2b. Duermo mucho menos de lo usual
3a. Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir
17. 0. No estoy más irritable de lo usual
1. Estoy más irritable de lo usual
2. Estoy mucho más irritable de lo usual
3. Estoy irritable todo el tiempo
18. 0. No he sentido ningún cambio en mi apetito
1a. Mi apetito es menor que lo usual
1b. Mi apetito mayor que lo usual
2a. Mi apetito es mucho menor que antes
2b. Mi apetito es mucho mayor que antes
3. No tengo nada de apetito
19. 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre
1. No puedo concentrarme tan bien como siempre
2. Me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo
3. No puedo concentrarme en nada
20. 0. No estoy más cansado o fatigado de lo usual
1. Me canso o fatigo más fácilmente que antes
2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer cosas que solía hacer
3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer
21. 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo
1. Me encuentro menos interesado en el sexo ahora
2. Me encuentro mucho menos interesado en el sexo que ahora
3. He perdido completamente el interés por el sexo

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

ANEXO 5

Consentimiento Informado

El Hospital Juárez de México y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustentan la práctica de protección de los participantes en esta investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuario de los servicios del instituto o de cualquier otra índole.

El propósito del estudio es brindarle educación con respecto a la diabetes y conocer aquellos aspectos de su enfermedad que interfieren con su vida cotidiana y bienestar, y el aprendizaje de distintas maneras de sobrellevarlas, para ello se le pedirá que llene algunos cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia la salud; se le pedirá que se someta a estudios de sangre y orina para determinar el control de su diabetes y posteriormente se le pedirá que asista a una intervención tipo curso, en la que se le brindara mayor información acerca de su padecimiento y además se revisarán y modificarán aquellas conductas, emociones o pensamientos que interfieran en su bienestar y en el de su familia, dicha intervención será de aproximadamente 16 sesiones, una por semana.

Es probable que pueda sentirse incomodo con algunas preguntas, pero su franqueza nos permitirá desarrollar el tratamiento adecuado a sus necesidades, contribuyendo a la mejora substancial de su calidad de vida aun dentro del proceso de enfermedad.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que nos proporcione será anónima y no habrá forma de identificarlo a través de ella. Todo cuanto diga se utilizara únicamente para propósitos de la investigación.

Con mi firma declaro tener 18 años o más y que también otorgo mi consentimiento informado para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios pertinentes y a asistir a las entrevistas.

Testigo
