



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

SÍNDROME DE DESGASTE EN CUIDADORES PRIMARIOS  
DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

IVONNE NALLIELY PÉREZ SÁNCHEZ

DIRECTOR DEL REPORTE:

DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO

COMITÉ TUTORIAL:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DR. LEONARDO REYNOSO ERASO

DR. ARIEL VITE SIERRA

DR. JUAN JOSÉ SANCHEZ SOSA



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.

Agradezco

*A mis padres:*

Por apoyarme e impulsarme a seguir adelante y alcanzar mis metas cada día.

*A mis amigos:*

Nancy, Haideé Sofía, Julio, María Luisa, Verónica de quienes aprendí mucho personal y académicamente; les agradezco por guiarme en la consumación de este proyecto, por acompañarme, escucharme y sostenerme durante los momentos difíciles

*A mis jefes de Servicio y demás compañeros de trabajo:*

El Dr. Martín Herrera Cornejo y la Dra. Argelia Lara Solares, quienes fueron parte importante de mi formación profesional por brindarme el espacio y recursos para concluir mi estancia en hospitales satisfactoriamente

Dedico esta Tesis a la memoria de mi Abuela Dolores González quien me cuidó desde siempre y aunque no pudo verme concluir con esta y aunque no pudo verme concluir la maestría siempre formara parte importante de las decisiones que tome en la vida.

## INDICE

### **Capítulo 1: Síndrome de Desgaste en Cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos**

Introducción.....	1
Objetivo general.....	11
Método.....	11
Tipo de muestreo .....	11
Diseño del estudio.....	12
Variables .....	12
Sujetos .....	14
Criterios de Inclusión .....	17
Criterios de Exclusión .....	17
Instrumentos .....	17
Procedimiento .....	21
Resultados .....	23
Discusión.....	40
Conclusión.....	47

### **Capítulo 2: La incidencia de un tratamiento cognitivo conductual sobre la adherencia de pacientes diabéticos a su tratamiento médico.**

Introducción.....	49
Objetivo general.....	59
Método.....	60
Tipo de muestreo .....	60
Diseño del estudio.....	60
Sujetos.....	60
Criterios de inclusión.....	60

Criterios de Exclusión.....	61
Variable.....	61
Instrumentos .....	63
Procedimiento.....	64
Resultados .....	66
Discusión.....	74

**Capítulo 3: Primer año de residencia en medicina conductual: Medicina Interna en el Hospital Juárez de México.....** 78

Estadísticas de atención a pacientes en el Hospital Juárez de México .....	93
--	----

**Capítulo 4: Segundo año de residencia en medicina conductual: Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en el Instituto nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán.....** 99

Estadísticas de atención á paciente en el Instituto nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubiran.....	114
--	-----

Referencias.....	117
------------------	-----

Apéndice1 Hospital Juárez de México instrumentos y otros formatos.....	127
--	-----

Apéndice 2 Instituto Nacional de Ciencias MÉDICAS y Nutrición Salvador Zubirán: instrumentos y otros formatos.....	148
--	-----

.

## SÍNDROME DE DESGASTE EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS.

### 1.1. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (citado en: Guevara y De Lille, 2008) reportó que en comparación con la primera mitad de la década de los años cincuenta, la esperanza de vida de la población mundial se incrementó en aproximadamente 20 años; este incremento se asocia al aumento de enfermedades crónico degenerativas, como el cáncer, que se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad.

Dos terceras partes de los pacientes con cáncer fallecen a causa de esta enfermedad y durante su evolución, presentan diversos síntomas asociados a él, o a su tratamiento, por ello, la atención médica de estos síntomas es fundamental para evitar el sufrimiento y mejorar las condiciones de vida y muerte de estos pacientes.

Los cuidados paliativos constituyen un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias frente a los problemas relacionados con enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la comunicación, la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas - físicos, psicosociales y espirituales (OMS, 2007).

Los cuidados paliativos son el cuidado activo y total del paciente y su familia, por parte de un equipo de múltiples profesionales cuando la enfermedad del paciente está fuera del tratamiento curativo y tiene una progresión rápida que lo llevara a la muerte en menos de seis meses (Proot, Abu-Sadd, Creadolder, Goldsteen, Luke y Widdersshoven, 2003).

Los objetivos de la atención de cuidados paliativos son:

- Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas que generan angustia.
- Considerar el paso de la vida a la muerte como un proceso normal.
- No acelerar ni posponer la muerte.
- Integrar aspectos psicológicos y espirituales de la asistencia al paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar al paciente a vivir lo más activamente posible hasta la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a enfrentar la enfermedad del paciente y su propio duelo.
- Utilizar un enfoque de equipo para atender las necesidades de los pacientes y su familia.
- Mejorar la calidad de vida, e influir positivamente en el curso de la enfermedad (OMS, 2007).

La enfermedad terminal es un evento que desencadena una crisis, ya que produce sufrimiento en el enfermo y la familia. Los pacientes requieren de

cuidados especiales que desborda el marco de acción de la Oncología convencional y requiere tanto del aporte interdisciplinario como de la atención en el hogar donde vive el enfermo. Por ello es necesario considerar a la familia como parte del equipo en el cuidado de estos enfermos (Sánchez, 2008).

El enfermo al iniciar la fase terminal del padecimiento que le aqueja sufre la presencia de diversos síntomas de forma aguda, mismos que deterioran su calidad de vida así como la de aquellos que le atienden. Cuando estos síntomas se vuelven incontrolables nos encontramos ante una urgencia paliativa, de las cuales se han descrito cinco: la hemorragia masiva, la sofocación, el status epilepticus, la agitación terminal y la crisis de claudicación familiar; estas son consideradas emergencias ya que apresuran la muerte del paciente y conllevan una gran ansiedad para su familia.

Las primeras cuatro urgencias paliativas tienen como último recurso para su resolución la sedación terminal<sup>1</sup>, pero la claudicación, no tiene una solución médica, y si el cuidador no es relevado de sus obligaciones por lo menos temporalmente, el paciente puede recibir una atención

---

<sup>1</sup> La sedación terminal es la administración deliberada de fármacos, indefinida y por tanto irreversible, cuyo objetivo es disminuir de forma suficientemente profunda la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé próxima, con la intención de aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico que no puede ser controlado con otras medidas y se aplica únicamente con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente (Azulay, 2003).



domiciliaria inadecuada o abandono y la familia puede manifestar cansancio extremo o enfermedad (Guevara y De Lille, 2008; Zarit, 2004).

Por todo lo anterior, es indispensable brindar atención a la familia y en especial al cuidador primario.

El cuidador primario es una figura que ha tomado gran relevancia en los últimos años, ya que los cambios en nuestro sistema de salud han propiciado que la mayor parte de los pacientes en fase terminal sean cuidados en casa (Barzil, Bedard, Willson y Hode, 2003) y mueran en su hogar atendidos por su familia y amigos, donde el equipo de profesionales juegan únicamente un papel de soporte (Poot, et. al, 2003).

Estudios recientes acerca del tema han encontrado que aproximadamente un 90% de estos pacientes en Australia y Reino Unido pasan la mayor parte de su tiempo en casa, debido a la poca disponibilidad de camas en los hospitales. Y del 50 al 70% de los pacientes prefieren morir en su casa (Aoun, Krisjanson, Currow y Hudson, 2005).

Por ello la ausencia de cuidadores representaría un elevado costo para nuestro sistema de salud (Zarit, 2004). Los cuidadores en general contribuyen al ahorro de 20 billones en la economía australiana y en Reino Unido se estima que entre 2001 y 2002 el pago de sus servicios habrían costado cerca 57 billones de libras, no existen datos en México al respecto, pero la falta de cuidadores también representaría un gasto importante para nuestro sistema de salud pública.

El cuidador primario es aquella persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el rol del cuidador ya que está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas de éste, ya sea de forma directa realizando las tareas de ayuda, o indirecta determinando cuándo, cómo y dónde se tienen que dar. Por ello tiene el riesgo de presentar una gran carga física y psíquica al responsabilizarse de la vida del paciente (Romer, 2005).

La labor de proporcionar cuidados constantes al enfermo por un tiempo prolongado, produce con frecuencia en el responsable de la asistencia, fatiga, sensación de fracaso, deshumanización de la asistencia, insomnio, síntomas somáticos, pérdida del sentido de la prioridad, estado depresivo, aislamiento social, mayor automedicación, irritabilidad, falta de organización, pobre concentración y rendimiento, pérdida de autoestima, y desgaste emocional severo (Sánchez, 2008).

Para Zarit, y Zarit, (1982) el síndrome de desgaste o sobrecarga del cuidador, son las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar y el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. Este síndrome se desencadena por:

a) La transferencia afectiva de los problemas del enfermo hacia quienes le atienden.

b) La repetición de las situaciones conflictivas.

c) La sensación de percibirse sobrepasado por la carga del cuidado lo que lleva al cuidador a la incapacidad para continuar en esta tarea (Sánchez, 2008).

Existe un *Desgaste objetivo*, es el costo observable y tangible sobre el cuidador como resultado de las demandas de atender a un paciente medicamente enfermo.

Las demandas para el cuidador pueden dividirse en tres categorías:

- a) Demandas físicas por el cuidado directo.
- b) Demandas emocionales de la familia, el paciente y el propio estrés emocional del cuidador.
- c) Estrés financiero (Tzuh Tang, 2006).

El impacto que tienen estas demandas del rol de cuidador sobre la persona que lo ejerce se refleja en varias esferas de su vida:

- a) *Social*: la familia inicia un cambio en su funcionamiento interno, adquiriendo nuevas responsabilidades, toda la atención se centra en el enfermo, se descuida el trabajo y a otros integrantes de la familia. Además, se reduce su tiempo libre (Gómez, 2001).
- b) *Económico*: cualquier enfermedad significa un gasto no contemplado, la compra de medicamentos es una de las principales fuentes de estrés financiero; la familia debe reorientar sus gastos sacrificando desde necesidades básicas hasta placeres elementales. Además, se ha encontrado que la mayor parte de los cuidadores (77%) debe dejar su trabajo para seguir realizando sus labores de cuidado, especialmente

cuando el enfermo se encuentra en las últimas etapas (Aoun y et., al, 2005; Give et., al, 2004; Gómez, 2001; Zarit, 2004).

- a) *Físico*: las limitaciones físicas del paciente se asocian al aumento de tareas de cuidado, y esta carga de trabajo, según un estudio realizado en Canadá con 151 cuidadores, se aumenta sobre todo en los últimos tres meses de vida del paciente ya que sus limitaciones físicas crecen hasta en un 89% (Barzil, et., al, 2003). Como resultado del estrés físico y emocional en el cuidador hay pérdida de apetito, trastornos de sueño, fatiga, falta de periodos de descanso lo cual lleva al deterioro en la salud del cuidador, exacerba problemas médicos previos este posponen cuidados propios por atender a su enfermo, por ello los cuidadores tienen 63% más probabilidades de muerte temprana que la población de no cuidadores, debido a la combinación de estrés prolongado, demandas físicas cuidado y vulnerabilidad biológica (Aoun et., al, 2005).
- b) *Emocional*: la falta de información para lidiar con la enfermedad y sus cuidados, el déficit en el apoyo social, poco espacio para realizar actividades sociales, los cambio del espacio en el que se habita y la incertidumbre por el futuro de su paciente llevan al desgaste emocional de cuidador (Goldstein, Connector, Fried, y V Kals, 2004; Melin-Johansson, Axelsson, y Danielson, 2007). Los intereses propios se desatienden y sacrifican por la atención del enfermo, disminuyendo el gusto por la vida. El cuidador puede sentirse angustiado, aislado socialmente, con falta de control sobre su vida y con resentimiento. También se han encontrado

niveles elevados de ansiedad que van del 35-46% y depresión en 39%-50% de los casos (Grinfeld, et., al, 2004; Tzuh Tang, 2006; Zarit, 2004).

El desequilibrio entre las demandas de cuidado y sus consecuentes fuentes de estrés es lo que lleva a desarrollar el síndrome de Desgaste, el cual se trata de un desgaste *subjetivo*, centrado en el impacto de los cuidados mediado por las emociones en el cuidador derivadas de cumplir con sus funciones y los recursos que considera tener para hacer frente a estas situaciones, lo que lleva a la interpretación de las demandas o funciones de cuidado como algo nocivo o estresante (Kinsella, Cooper, Picton, y Murtangh, 1998).

La aparición del Síndrome de Desgaste a largo plazo causa un deterioro en las funciones de cuidado y en el bienestar del paciente, puede tener repercusiones negativas sobre la vida emocional de éste, ya que llega a considerarse a sí mismo una carga para sus seres queridos, o bien el desgaste lleva la claudicación por parte del cuidador (Buendía y Ramos; 2001; Give, et., al, 2004; Gómez, 2001; Grinfeld et., al, 2004).

El Síndrome de desgaste es una entidad estudiada en cuidadores de diferentes clases de enfermos especialmente en aquellos que atienden pacientes con Alzheimer, demencia senil o esquizofrenia, su estudio en cuidadores de pacientes bajo cuidados paliativos no es tan extenso, sin embargo debido a la carga de trabajo, así como por el deterioro e inminente muerte de su paciente, los cuidadores de pacientes con

enfermedades en fase terminal pueden ser una población vulnerable para desarrollar síndrome de Desgaste.

El objetivo del presente trabajo es buscar factores asociados al cuidado que contribuyan al desarrollo del síndrome de desgaste en el cuidador primario del paciente bajo cuidados paliativos, así como determinar si la presencia de desgaste en el cuidador tiene alguna relación con la presencia de síntomas de ansiedad o depresión en el paciente.

Se han realizado diversas investigaciones para conocer los factores que favorecen el desgaste del cuidador en la literatura se reportan diversos factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de desgaste entre ellos se encuentran: ser mujer, tener un nivel de escolaridad bajo o un empleo (Give, et., al, 2004), restricción de actividades diarias en el cuidador, miedo por el sufrimiento o muerte del paciente, las subidas y bajadas en la capacidad de éste para valerse por sí mismo, inseguridad sobre los deseos del enfermo después de la muerte y pobre calidad de vida en el paciente (Proot, et., al., 2003; Visser, et., al, 2004; Grunfeld, et., al, 2004, Emanuel, Fairclough, Slutsman, y Emanuel, 2000).

Estos estudios también han encontrado una correlación positiva entre la presencia de síndrome de desgaste depresión y ansiedad en el cuidador.

Sin embargo las investigaciones antes mencionadas poseen ciertas limitaciones debido a que la mayor parte se han realizado en cuidadores de pacientes con cáncer exclusivamente, muchos son retrospectivos (se

realizo la entrevista al cuidador varios meses después de que el paciente ha fallecido) por lo que no son capaces de medir el nivel de desgaste en los cuidadores al momento en que están desempeñando este rol ni las circunstancias bajo las cuales se desarrollan sus funciones cotidianas ya que el recuerdo de los cuidadores puede ya no ser muy confiable.

La importancia de este estudio radica en que existen pocos datos en nuestro país respecto a los cuidadores que atienden a pacientes bajo cuidados paliativos, además las investigaciones antes realizadas no han tomado en cuenta si el desgaste en el cuidador y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en el paciente se afectan mutuamente.

## 1.2. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de desgaste en el cuidador y su efecto sobre el nivel de depresión y ansiedad en el enfermo atendido en cuidados paliativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INNCMSZ).

### 1.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características psicosociales de los cuidadores de pacientes en cuidados paliativos.
- Identificar las características psicosociales del paciente en cuidados paliativos.
- Buscar factores en la relación entre el cuidador y el enfermo que influyan en la presencia de síndrome de desgaste.
- Buscar si la presencia de algunos síntomas en el paciente (como dolor, disnea, delirium, fatiga, etc) se relacionan con un mayor desgaste en su cuidador.

## 1.3. METODO.

### 1.2.1. MUESTREO:

No probabilístico intencional.



### 1.2.2. DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio no experimental, exploratorio, y descriptivo.

### 1.2.3. VARIABLES:

#### SÍNDROME DE DESGASTE

Definición conceptual: Hay un desgaste objetivo que se refiere al costo observable y tangible sobre el cuidador como resultado de atender a un paciente medicamente enfermo. Y hay un desgaste subjetivo que se centra en el impacto de los cuidados y refleja tanto la emoción en el cuidador debida al cumplir con sus funciones y sus recursos para hacer frente a estas situaciones este último es el centro de interés de esta investigación (Kinsella, et., al, 1998).

Definición operacional: Que el paciente obtenga una puntuación final en el instrumento mayor o iguala 25 en la escala de sobrecarga de Zarit (Zarit, y Zarit, 1982) ver apéndice 2.

#### DEPRESIÓN

Definición conceptual: Es un síndrome caracterizado por pensamiento negativos referidos hacia visión negativa de sí mismo, consideración

negativa del mundo y consideración negativa del futuro; actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteraciones somáticas (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998).

Definición operacional: Que el paciente obtenga una puntuación mayor o iguala 7 en la subescala de depresión, de la escala de Ansiedad Depresión y hospitalaria (HAD) (López, Vázquez, Arcilla, Sierra, González y Salin, 2002) ver apéndice 2.

## ANSIEDAD

Definición conceptual: Es un estado emocional displacentero de miedo o aprensión, bien en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración emocional es claramente desproporcionada en relación a la intensidad real del peligro. Se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como temblor, hipertonia muscular, hiperventilación, sudoración, palpitaciones, etc. Aparecen también síntomas cognitivos como aprensión e inquietud, hipervigilancia y otros síntomas relacionados con la alteración de la alerta, distractibilidad, pérdida de concentración, insomnio (Farré, Laceras, Casas, 2001).

Definición operacional: Que el paciente obtenga una puntuación mayor o iguala 8 en la subescala de ansiedad, de la escala de Ansiedad Depresión y hospitalaria (HAD) (López, et., al, 2002) ver apéndice 2.

#### 1.2.4. SUJETOS:

Se invitó a participar en el estudio a 66 sujetos, de estos 2 (con sus respectivos cuidadores) no pudieron participar por falta de tiempo, con los otros 4 (y sus cuidadores) se inició la entrevista pero no fue posible concluirla debido al estado del paciente (estaban demasiado cansados para responder a las preguntas, tenían alguna otra consulta a la cual acudir o la ambulancia les estaba esperando). En el caso de una de las pacientes y su acompañante no tomo en cuenta la entrevista ya que no existía un cuidador fijo a quién hacerle la entrevista.

Por lo cual la entrevista sólo se completó con 52 sujetos: 26 pacientes y sus 26 cuidadores primarios. La evaluación duró alrededor de una hora. A aquellos pacientes y cuidadores que resultaron tener algún problema durante la evaluación se les dio seguimiento individual. La tabla 1 muestra los datos sociodemográficos de los pacientes que participaron en este estudio y la tabla 2 muestra los datos socio-demográficos de los cuidadores.

**Tabla 1: Datos sociodemográficos de los pacientes que participaron en el estudio.**

		<b>Pacientes</b>	
Datos socio demográficos		No. de casos (n=26)	Porcentaje
Sexo	Masculino	8	30.7%
	Femenino	18	69.2%
Estado civil	Soltero	2	7.5%
	Casado	15	57.6%
	Viudo	9	34.6%
Religión	Católico	22	84.6%
	Cristiano	1	3.8%
	Mormón	1	3.8%
	Ninguna	1	3.8%
	Espiritista	1	3.8%
Tratamiento con profesional de la salud mental	Psiquiatra	7	26.9%
	Tanatólogo	2	7.5%
	Ninguno	17	65.3%
Enfermedad por la cual es atendido en cuidados Paliativos	Oncológicas	20	76.9%
	Hematológicas	4	15.3%
	Metabólicas	1	3.8%
Comorbilidades psiquiátricas	Demencia	1	3.8%
	Depresión mayor	1	3.8%
	Trastorno de ansiedad	1	3.8%
Comorbilidades	Enfermedades infecciosas	3	11.5%
	Enfermedades Crónico Degenerativas	14	53.8%
	Otras	3	11.5%
Nivel Económico (expediente del paciente)	1	1	3.8%
	2	16	61.5%
	3	7	26.9%
	4	1	3.8%
	6	1	3.8%

**Tabla 2: Datos socio-demográficos de los cuidadores que participaron.**

<b>Cuidadores Primarios</b>			
Datos socio demográficos		No. de casos (n=26)	Porcentaje
Sexo	Másculino	8	30.7%
	Femenino	18	69.2%
Estado civil	Soltero	5	19.2%
	Casado	16	61.5%
	Viudo	3	11.5%
Ocupación	Profesionista	3	11.5%
	Empleado	8	30.7%
	Artesano	1	3.8%
	Comerciante	7	26.9%
	Ama de casa	4	15.3%
	Desempleado	2	7.5%
Parentesco con el paciente	Hermano (a)	5	19.2%
	Padre o madre	2	7.5%
	Hijo (a)	9	34.6%
	Esposo (a)	7	26.9%
	Sin parentesco	3	11.5%
Horas que dedica a cuidar del paciente al día	Todo el día	15	57.6%
	Medio día	9	34.6%
	3 o 4 horas	2	7.5%
Número de días que cuida al paciente a la semana	Toda la semana	21	80%
	5 días (entre semana)	4	15.3%
	3 o 4 días	1	3.8%
Actividades realizadas por el cuidador para atender a su paciente	Compañía	26	100%
	Moverlo	18	69.2%
	Dar medicamentos	14	53.8%
	Bañarlo	12	46.15%
	Vestirlo	13	50%
	Cambiarle el pañal	8	30.7%
	Tramites	10	38.4%
	Alimentarlo	12	46.15%
	Cocinar	23	88.4%
	Curaciones	8	30.7%
	Llevarlo a consulta	19	73%
	Compra de medicamentos	22	84.6%

#### 1.2.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se incluyeron a parejas de cuidadores y pacientes que recibirán atención en la unidad de cuidados paliativos del INCMNSZ.
- Se entrevistaron a aquellos cuidadores que fueron identificados por el paciente como la persona que principalmente se hace cargo de ellos.
- Pacientes y cuidadores Mayores de edad sin importar el sexo.
- Pacientes con pronóstico de vida menor a 6 meses y fuera de tratamiento curativo.

#### 1.2.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes o cuidadores menores de edad.
- No deseen participar en el estudio.

#### 1.2.5. INSTRUMENTOS:

1. *Entrevista de cuidados paliativos:* Entrevista estructurada diseñada para este estudio para recabar los datos socio-demográficos del cuidador y del paciente, el tiempo y recursos que el cuidador dedica a su labor, datos sobre el estado afectivo, medidas de autocuidado (ejercicio, descanso y tiempo para actividades recreativas) fuentes de apoyo así como datos sobre la

- comunicación entre el cuidador primario y su paciente (ver formato en Apéndice 2).
2. *La Escala sobrecarga del cuidador de Zarit* (Zarit y Zarit, 1982), que mide la carga subjetiva, consta de 22 ítems, es una escala tipo likert con 4 opciones de respuesta (Nunca = 0, Rara vez = 1, Algunas veces = 2, Muchas veces = 3 y Casi siempre = 4). Permite identificar con qué frecuencia se siente afectado el cuidador por cada ítem en particular. Cuando la puntuación final del instrumento es mayor a 25 se considera que el cuidador presenta síndrome de desgaste (ver Apéndice 2).
  3. *Test mini examen cognoscitivo Minimental*: proporciona un análisis breve y estandarizado del estado mental del paciente, se empleo la versión al castellano de Lobo, Saz, Marcos, Día, De la Cámara, Ventura, et. al., (1999). Se trata de una escala estructurada, sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje. El coeficiente de fiabilidad es de 0,637 (IC del 95% = 0,596-0,678;  $z = 12,655$ ;  $p < 0,01$ ). El instrumento tiene una sensibilidad del 89,8% y una especificidad del 75,1% El punto de corte es Pacientes geriátricos (> de 65 años), de 24 y Para paciente no geriátrico (menor de 65 años) es de 28 cuando pasan estas puntuaciones se considera que el paciente presenta alteraciones cognitivas (Apéndice 2).

4. *Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)*. Esta escala mide ansiedad y depresión, excluyendo síntomas somáticos tales como insomnio, pérdida de apetito, entre otros por ello resulta útil para evaluar pacientes con enfermedades físicas. Consta de 14 ítems; es una escala tipo likert de 4 opciones de respuesta, la calificación de cada ítem oscila entre los valores 0 y 3. En México se ha realizado la aplicación y validación de esta escala en sujetos farmacodependientes, quemados, ancianos, pacientes con insuficiencia renal crónica, mujeres con embarazo de alto riesgo y pacientes con obesidad mórbida. El punto de corte para la subescala de depresión es 7, con el 76% de sensibilidad En la subescala de ansiedad el punto de corte es 8 con el 62% de sensibilidad (López, et., al, 2002) ver formato en Apéndice 2.
5. *Edmonton Sintom Assessment Scale (ESAS)*: Mide en una escala del 1 al 10 los síntomas más frecuentemente presentados por los pacientes bajo cuidados paliativos: náusea, debilidad, anorexia, dolor, disnea, problemas de sueño, problemas bucales, depresión, ansiedad, somnolencia. (Yesilbalkan, Ozkutuk, Karadakovan, Turgt, Kasga, 2008) esta escala fue aplicada por el médico algologo antes de cada entrevista.
6. *Palliative Performance Scale (PPS)*: Es una modificación de la escala de Karnofsky está diseñada para evaluar el nivel de funcionalidad de pacientes que requieren cuidados paliativos. Las áreas que



explora son: deambulaci3n, el nivel de actividad, pruebas de la enfermedad, el auto-cuidado, la ingesta de l3quidos y alimentos. La puntuaci3n m3xima es 100% y la m3nima 0 entre m3s baja es la puntuaci3n m3s graves es la enfermedad y menor pron3stico de vida tiene el paciente. (Anderson y Downing,1996) ver formato en Ap3ndice 2.

7. *Expediente cl3nico del paciente:* el cual contiene datos relevante a la enfermedad evoluci3n y tratamiento del paciente de este se obtuvieron los siguientes datos:

a. Diagn3stico m3dico, comorbilidades, y tiempo de evoluci3n de la enfermedad del paciente.

b. Nivel socioecon3mico: Es una estructura jer3rquica basada en la acumulaci3n de capital econ3mico y social, representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y servicios, la Asociaci3n Mexicana de Agencias de Investigaci3n de Mercados y Opini3n P3blica (AMAI). Calcula el nivel socioecon3mico a trav3s de su dimensi3n econ3mica representada por el patrimonio de bienes materiales, que es operacionalizada por la posesi3n de 12 bienes y la dimensi3n social representa el acervo de conocimientos, contactos y redes sociales, que es operacionalizada por el nivel de estudio del jefe de familia vida. En M3xico El nivel de ingresos familiar seg3n el nivel socioecon3mico es el siguiente \$0.00 a \$2,699

para nivel 1 o E (pobreza extrema); de \$2,700 a \$6,790 para nivel 2 o D (pobre); de \$ 6,800 a \$11,599 para nivel 3 o D+ (clase media baja); de \$11,600 a 34,999 para nivel 4 o C (clase media), de \$35,000 a \$84,999 para nivel 5 o C+ (clase media alta) y de \$85,000 o más para nivel 6 o A/B (clase rica).

#### 1.2.6. PROCEDIMIENTO

*FASE 1.* A los cuidadores primarios y pacientes en cuidados paliativos se les proporcionó un consentimiento informado, que explicaba la importancia del estudio y en qué consistiría su participación en el mismo.

*FASE 2.* Se aplicó a cuidadores y pacientes la entrevista de cuidados paliativos, usando los instrumentos de evaluación mencionados anteriormente.

Para el cuidador, se aplicó la *Escala de Zarit sobre la carga del cuidador*. A los pacientes se les aplicó el *Minimal*, para determinar su estado cognoscitivo, y se verificaba si cumplía con criterios para delirium del DSM VI. Si el paciente era encontrado con deterioro cognitivo (signos de delirium minimal con puntuación menor a 23 o 28 según sea el caso) la entrevista con él concluía en este punto, debido a que el autoinforme sería poco confiable para contestar el HAD. Mientras que a los pacientes sin deterioro cognoscitivo, se aplicaba el HAD.

*FASE 3.* Se recabaron las puntuaciones del ESAS y el PPS que aplicó el médico algólogo el día en que se entrevistó al paciente para este estudio,

cabe señalar que estas escalas se aplican en cada consulta del paciente. También se recabaron del expediente datos referentes al nivel socioeconómico, y se verificaron otros datos como el diagnóstico, comorbilidades, y tiempo de evolución de la enfermedad.

*FASE 4.* Una vez recabados los datos de las entrevistas se capturaron y se realizó estadística descriptiva, correlaciones y chi cuadrada con los datos, utilizando el paquete estadístico SPSS 11.

#### 1.4 RESULTADOS:

A continuación se presentan los datos obtenidos por la investigación haciendo uso de figuras y tablas, también se realizó estadístico descriptiva. de acuerdo al nivel de medición de las variables, apoyados en medidas de tendencia central y dispersión.

Se realizó correlación bivariada y chi cuadrada entre los resultados obtenidos en el por las escalas: HAD, La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, la edad del cuidador, el PPS, y el ESAS y otras variables obtenidas a través de la entrevista de cuidados paliativos: Conocimiento del paciente sobre su pronóstico, tiempo que el cuidador dedica diariamente al cuidado de su paciente, actividades de cuidado realizadas por el cuidador Presencia de enfermedades médicas en el cuidador y actividades de autocuidado realizadas por el cuidador (Ejercicio, descanso, actividades recreativas y asistencia al médico), edad del cuidador y apoyo social.

A los 26 pacientes se les aplicó la escala de lobo Minimental para evaluar su estado cognitivo. La tabla 3 muestra los resultados de la prueba.

**Tabla 3: Puntuaciones del Minimental de los pacientes n = 26**

Media	Mediana	Desviación estándar
23.88	24.50	8.3

Nota. La media y la mediana de la población es menor que el punto de corte estas prueba, es importante señalar que cuando no se rebasa el punto de corte se sospecha de alteraciones cognitivas.

El porcentaje de pacientes con delirium se determino cuando el resultado del minimal del paciente se presentaba por debajo del punto de corte, pero además los pacientes debían cubrir los criterios del DSM IV para este padecimiento. Y de acuerdo a estos criterios más de la mitad  $n = 14$  (58%) de los pacientes presentaba *delirium* en el momento de la evaluación, mientras que  $n = 12$  (46%) se presentaron si alteraciones cognitivas al momento de la entrevista, por lo que únicamente a este grupo de pacientes se les aplico la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD). Para el resto de los pacientes que tenían una alteración cognoscitiva (minimal con una puntuación menor a 23 y 28 según la edad y/o presencia de criterios para *delirium* según el DSM IV), la evaluación termino en este punto, no se aplico el HAD, debido a que el auto-reporte para contestar el HAD sería poco confiable.

La mayor parte de los pacientes de este estudio son de sexo femenino y  $n = 17$  (65%) pertenece a un nivel económico bajo (Nivel 2 o menos). En cuanto a la salud mental sólo  $n = 9$  (34%) de los 26 participantes recibieron algún tratamiento, principalmente psiquiátrico, después de ser enviados a cuidados paliativos.

Por otro lado, la mayor parte de los pacientes sufría un padecimiento oncológico, 76.9% ( $n = 20$ ) la incidencia de comorbilidades psiquiátricas es

baja, sin embargo es importante destacar que este dato se obtuvo del expediente de los pacientes y no de una valoración al momento de la entrevista y debido a que muchos de ellos no habían sido valorados en ese momento por psiquiatría es probable que las comorbilidades psiquiátricas estén sub-reportadas.

También es importante destacar que la mayoría de los pacientes tenía comorbilidades con algún padecimiento crónico-degenerativo.

Por otro lado se evaluó la conciencia de enfermedad del paciente y se encontró que la mayor parte de los pacientes  $n = 20$  (77%) tiene conocimiento de cuál es su enfermedad, y solo  $n = 4$  (23%) no saben sobre su padecimiento sin embargo cuando se indago sobre si el paciente estaba enterado de encontrarse en una fase terminal de la enfermedad y tener una expectativa de vida menor a 6 meses, más de la mitad de ellos  $n = 18$  (69%) desconoce su pronóstico mientras que  $n = 6$  (31%) si están enterados de su pronóstico de vida limitado.

Sobre los síntomas de ansiedad medidos a través del HAD, los resultados se

**Tabla 4: Resultados del HAD n=14**

	Media	Mediana	Desviación estándar
Subescala Depresión	6.79	6	4.7
Subescala Ansiedad	7.5	7	4.8

muestran en la tabla 4.

Nota. La Media y mediana de ambas sub escalas del HAD, no rebasa el punto de corte de la prueba sin embargo en ambos casos se encuentra en el límite, recuérdese que el punto de corte para la subescala de ansiedad es ocho y en depresión es de siete al rebasarlos se presume la presencia de ansiedad y depresión respectivamente

De los 14 pacientes a los que se les aplicó el HAD, en la subescala de ansiedad se encontró que n = 6 (43%) presenta síntomas de ansiedad n = 8 (57%) se encuentran sin ansiedad. Mientras que, el 43% (n = 6) presenta síntomas de depresión y n = 8 (57%) se encuentran sin depresión.

En cuanto a los resultados obtenidos en la escala de síntomas ESAS, podemos observar que los síntomas más frecuentemente presentados por estos pacientes fueron: debilidad 76%, somnolencia 61% y Problemas bucales 53%. La tabla 5 muestra la incidencia de síntomas presentados por los pacientes. Los síntomas que se presentaron con mayor intensidad fueron debilidad, dolor y anorexia.

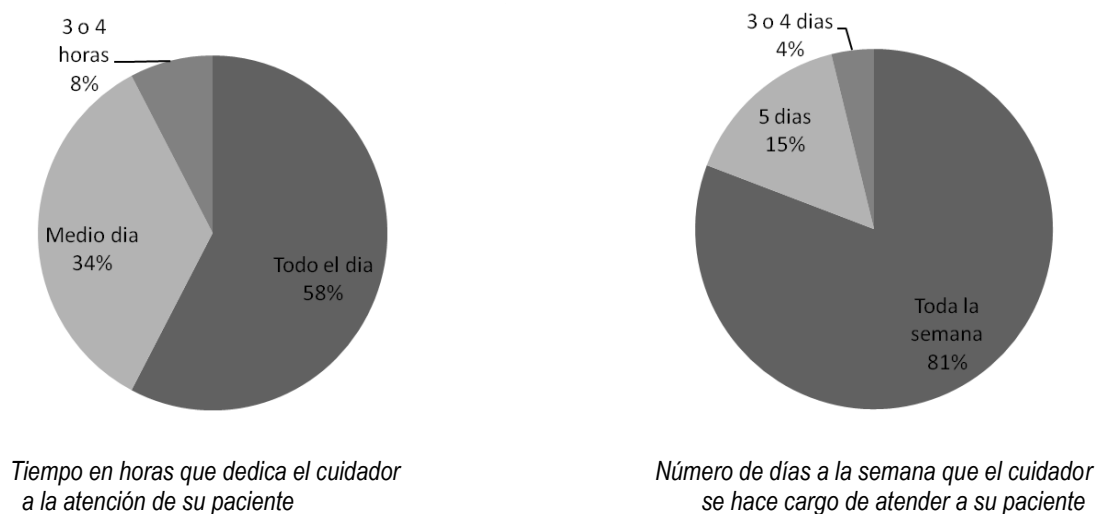
**Tabla 5: Síntomas más comunes presentados por los pacientes de acuerdo con el ESAS.**

Síntoma	Dolor	Debilidad	Depresión	Ansiedad	Somnolencia
<b>Media</b>	3,80	4,68	2,48	2,96	3,28
<b>Mediana</b>	4,00	5,00	1,00	,00	2,00
<b>Desviación estándar</b>	3,841	2,926	2,888	3,680	3,129
<b>Pacientes que lo presentaron n (%)</b>	13 (50%)	20 (77%)	13 (50%)	11 (42%)	16 (62%)
Síntoma	Disnea	Nausea	Problemas Bucales	Problemas de sueño	Anorexia
<b>Media</b>	2,80	1,88	3,04	,84	3,44
<b>Mediana</b>	2,00	,00	3,00	,00	,00
<b>Desviación estándar</b>	3,342	2,789	3,221	1,841	3,948
<b>Pacientes que lo presentaron n (%)</b>	13 (50%)	10 (38%)	14 (54%)	5 (19%)	10 (38%)

Hasta el momento, se han presentado datos reportados por los pacientes. A continuación se procederá a presentar la información obtenida por los cuidadores primarios de los mismos obtenidas a través de la entrevista de cuidados paliativos y del inventario de sobrecarga del cuidador de Zarit.

La mayor parte de los cuidadores  $n = 18$  (69%) son mujeres. En su mayoría, estos cuidadores son las esposas  $n = 7$  (69%) o hijas  $n = 9$  (34.6%) de los pacientes. La edad promedio de los cuidadores es de 48 con una desviación estándar de 16.8, de estos cuidadores  $n = 7$  (26%) son mayores de 60 años.

Sobre el tiempo que los cuidadores emplean en el desempeño de sus labores, podemos observar que la mayor parte de los cuidadores  $n = 21$  (80%) cuida a sus pacientes todos los días de la semana y más del  $n = 15$  (50%) se dedica al cuidado de su paciente todo el día (ver Figura 1).



**Figura 1: Tiempo que ocupa el cuidador en el desarrollo de sus labores de cuidado**



Las actividades que más realizan son: acompañar al paciente n = 26 (100%), prepararle sus alimentos n = 23 (88%), llevarlo a consultas médicas n = 19 (73%), y comprar sus medicinas n = 22 (76%) (ver Figura 2).

Se le preguntó al cuidador cuanto tiempo lleva asistiendo a su paciente, la media fue de 20.9 meses con una desviación estándar de 27.3, la mediana fueron 12 meses el valor mínimo fue 1 mes y el máximo 120 meses

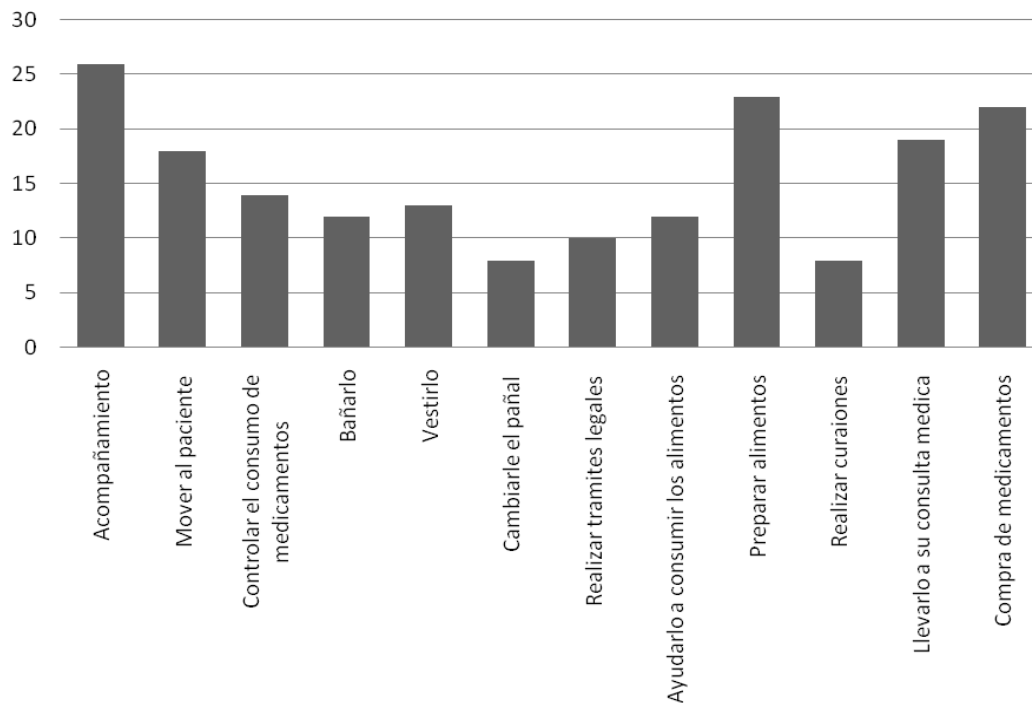


Figura 2: Actividades realizadas por el cuidador para el paciente

En cuanto al nivel de desgaste o carga en el cuidador, que fue evaluado a través del inventario de sobrecarga del cuidador de Zarit los resultados se muestran en la tabla 6.

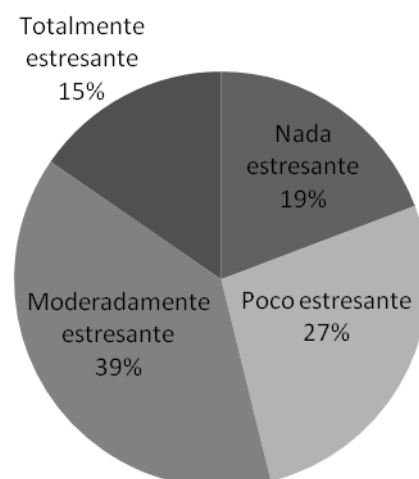
**Tabla 6: Resultados de las puntuaciones del Inventario de carga del cuidador de Zarit.**

Media	Mediana	Desviación estándar
24.62	33.5	13.2

Nota. Existe una gran dispersión en los datos lo que se puede observar debido al tamaño de la desviación estándar lo que hace que la mediana sea una medida más confiable que la media, en este caso la mediana de la población es mucho mayor al punto de corte de la prueba por lo que podemos esperar que una buena parte de los cuidadores presenten Síndrome de desgaste.

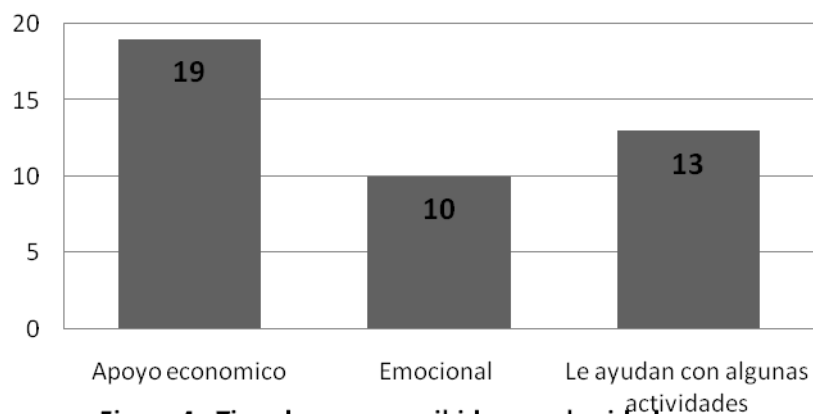
El  $n = 12$  (46.1%) de los cuidadores presentaron síndrome de desgaste, y  $n = 14$  (53%) no tienen síndrome de desgaste.

Además en la entrevista de cuidados paliativos se cuestionó a los cuidadores qué tan estresante era para ellos cuidar de una paciente enferma,  $n = 10$  (39%) considero que era de moderada mente estresante,  $n = 4$  (15%) totalmente estresante para  $n = 7$  (27%) es poco estresante y  $n = 5$  (19%) nada estresante (ver Figura 3).



**Figura 3: Percepción que tiene el cuidador sobre el estrés que le genera desempeñar esta labor**

Sobre el apoyo social que recibían los cuidadores para realizar su labor, la mayor parte de los cuidadores 92% (n = 23) reportó recibir algún tipo de apoyo para realizar su labor, en tanto que solo n = 1 (8%) no cuenta con apoyo social. Cabe destacar que este apoyo fue en su mayoría económico n = 19 (73%), la familia les da dinero para comprar medicamentos, paga algunos estudios o consultas. Al 50% (n = 13) le ayudan con algunas actividades. Y solo n = 10 (38%) reciben apoyo emocional lo que significa que tienen alguna persona con quien hablar de sus problemas y cómo se sienten de realizar sus actividades de cuidado (ver Figura 4).



**Figura 4: Tipo de apoyo recibido por el cuidador para relizar sus labores de cuidado**

Sobre las áreas de la vida del cuidador que se encuentran afectadas debido a sus labores de cuidado. (ver Figura 5) La parte más afectada es la vida social (n = 18, 69.2%) del cuidador, esto puede deberse a que como se muestra en figuras anteriores, una gran parte de ellos dedica a su paciente la mayor parte de su día, durante toda la semana.

Una de las áreas menos afectadas es la escuela, sin embargo solo tres de los cuidadores tenían esta actividad como parte de su vida ya que la mayor parte de los cuidadores ya no se encuentran en edad escolar.

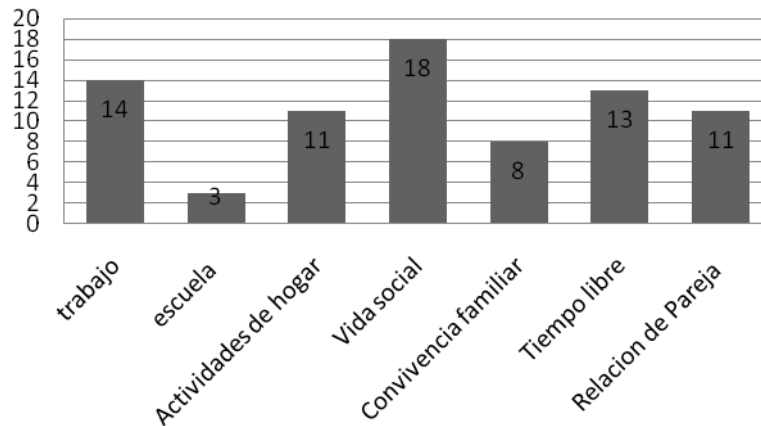


Figura 5: Áreas de la vida del cuidador afectadas por realizar éste roll

Otro factor tomado en cuenta para este estudio fue la práctica de actividades de autocuidado, como la salud, el ejercicio, tiempo de descanso y tiempo dedicado a actividades recreativas. A continuación se describe a detalle lo encontrado en cada una de estas áreas.

#### SALUD.

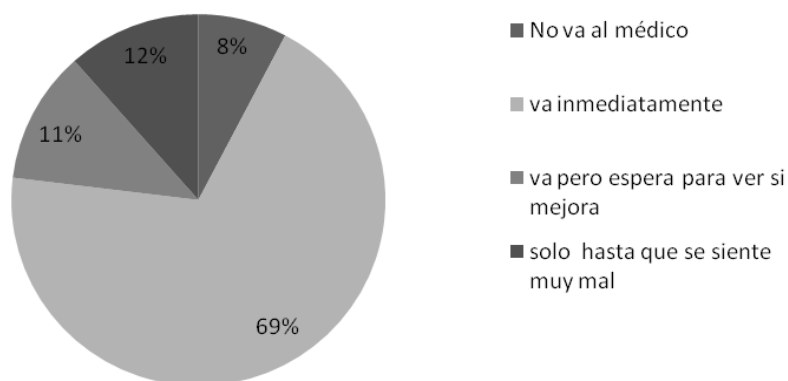
El 34% (n = 9) de los cuidadores reportó tener actualmente una enfermedad médica, mientras que n = 17 (65%) se reporta libre de padecimientos médicos (ver Tabla 7).

**Tabla 7: Enfermedades padecidas por el cuidador**

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Problemas cardíacos	2	7,4%
Cáncer de próstata	1	3,7%
Cirrosis	1	3,7%
Lumbalgia	1	3,7%
Gastritis	1	3,7%
Hipertensión Arterial	2	7,4%
Herpes	1	3,7%

De aquellos que se encontraban enfermos  $n = 8$  (88%) de los cuidadores reportó recibir atención médica constante debido a su enfermedad, solo uno considera que no asiste al médico por falta de tiempo, los demás reportaron no tener más problemas para atenderse.

Sin embargo, en la pregunta sobre, si asistían al médico al sentirse enfermos,  $n = 2$  (8%) reportan no asistir aun cuando están enfermos,  $n = 3$  (11%) asisten pero esperan un tiempo para ver si mejoran,  $n = 3$  (11%) más sólo asisten hasta que se sienten muy mal. Y  $n = 18$  (69%) asisten inmediatamente (ver figura 6). La asistencia al médico es una de las áreas de autocuidado que mejor realizan estos cuidadores.

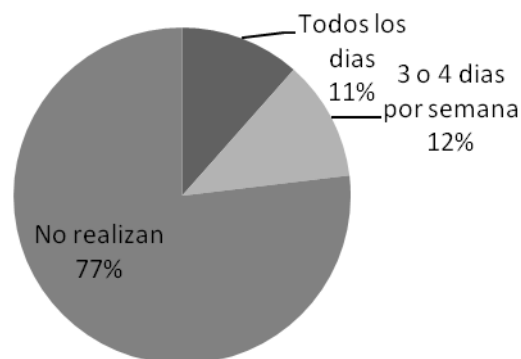


**Figura 6: Frecuencia con la que el cuidador Asiste al medico durante los periodos en los que está enfermo**

## EJERCICIO

Además de la asistencia al médico se evaluó si los cuidadores realizaban otras conductas de autocuidado reportadas en la literatura como relevantes para disminuir el síndrome de desgaste tales como, ejercicio, descanso y realizar actividades recreativas.

Sobre el ejercicio (ver figura 7) La mayor parte de los cuidadores  $n = 20$  (77%), no realiza ejercicio, solo  $n = 6$  (23%) sujetos realizan ejercicio, 3 de ellos diariamente y otros 3 lo hacen 3 o 4 días por semana; de éstos 4 le dedican una hora y los otros 30 minutos o menos.



**Figura 7: Tiempo que dedica el cuidador a realizar ejercicio**

De aquellos que no realizan ejercicio,  $n = 10$  (50%) consideran que es por falta de tiempo,  $n = 3$  (15%) porque no tienen quien cuide a su paciente, otros  $n = 3$  (15%) porque no lo acostumbran y los otros  $n = 4$  (15%) no tiene alguna razón particular.

## DESCANSO

Se evaluó cuánto tiempo dedican al descanso los cuidadores, sin contar el tiempo que utilizan para dormir por las noches (ver figura 8), solo n = 9 (35%) descansan todos los días, n = 4 (15%) le dedican tiempo al descanso solo 3 o 4 días entre semana y de estos cuidadores 3 toman una hora para descansar, 4 usan alrededor de 30 minutos y 6 toman descansos de menos de 30 minutos.

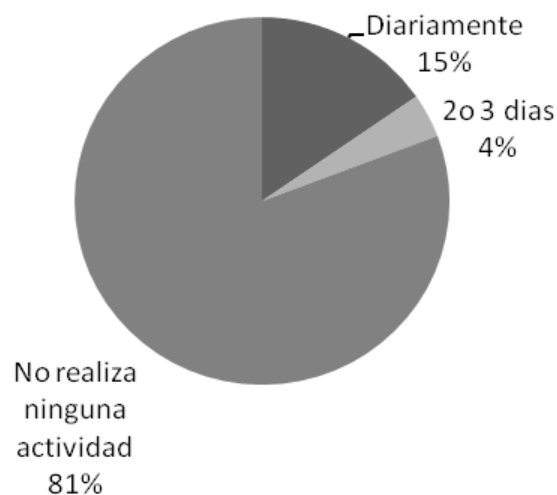


**Figura 8: Tiempo que el cuidador dedica a descansar sin contar las horas de sueño durante la noche**

La mayor parte de los cuidadores n = 13 (50%) no dedica tiempo a descansar. Cuando se cuestionó sobre sus dificultades para descansar n = 11 (42.3%) dijo no tener tiempo, otro factor es no tener quien cuide a su paciente 19.2% (n = 5) y otros cuidadores no reportaron alguna razón en específico para no tomar descansos.

## ACTIVIDADES RECREATIVAS

Las realización de actividades recreativas (ver figura 9), es el área a la que menos atención dedican los cuidadores, el 81% (n = 21) reportaron no realizar ninguna actividad recreativa que les distraiga; 15.3% (n = 4) de los participantes reportaron que no tienen tiempo suficiente; 7.6% (n = 2) consideró que se debe a que no hay quien cuide de su paciente; 7.6% (n = 2) más no lo acostumbran y el resto no considera tener alguna dificultad en este sentido.

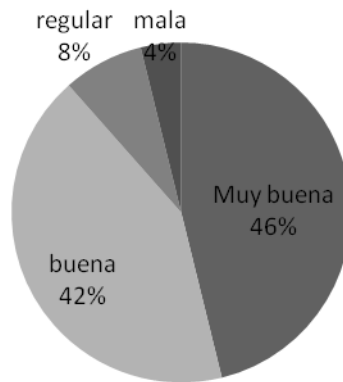


**Figura 9: Tiempo que dedica el cuidador a realizar a actividades recreativas**

## RELACIÓN CUIDADOR PACIENTE

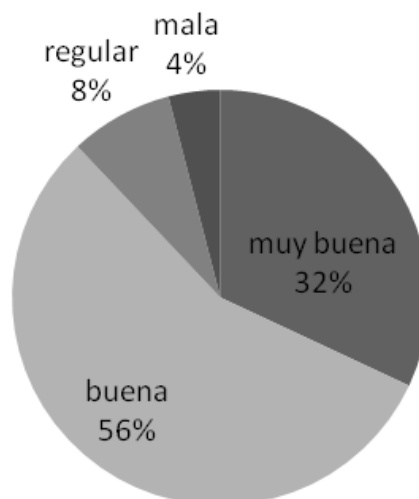
Sobre la relación del cuidador con el paciente, se pidió al cuidador que calificara qué tan buena era la comunicación con su paciente. El 48% (n = 12) considera que su comunicación es muy buena y 44% (n = 11) que es buena regular 8% (n = 2) y mala 4% (n = 1) (ver figura 10).





**Figura 10: Percepcion del cuidador de su comunicacion con el paciente**

Mientras que al calificar la calidad de su relación, los cuidadores consideran en su mayoría que la relación entre ellos y su paciente es buena 56% (n = 14) o muy buena 32% (n = 8). Regular n = 2 (8%) y Mala 4% (N = 1) (ver Figura 11).

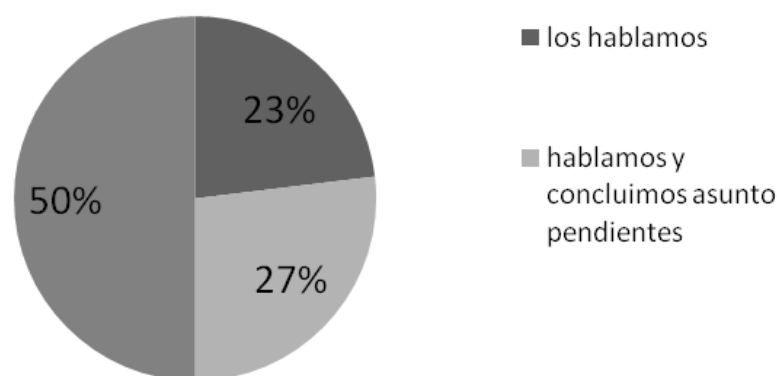


**Figura 11: Percepcion del cuidador sobre su relacion con el paciente**

Es importante señalar que estas preguntas probablemente se ven afectadas por la deseabilidad social, sobre todo, cuando recordamos que el 69% de los pacientes de este estudio no conoce su pronóstico de vida limitado.

Otros datos importantes al evaluar la comunicación del cuidador con su paciente es saber cuánto hablan de los pendientes o problemas que el paciente considera tener, así como de la manera en cómo se siente a partir de estar enfermo o tener un pronóstico limitado de vida.

En lo que respecta al este tema, la mitad de los cuidadores (n = 13, 50%) no habla sobre los asuntos pendientes de sus pacientes, de la otra mitad hay quien habla sobre el tema (n = 6, 23%) y otros hablan sobre estos asuntos y además han logrado ayudar a su paciente a resolverlos (n = 7, 27%) ver figura 12.



**Figura 12: ¿El cuidador habla sobre los pendientes que el paciente tiene antes de morir?**

Sobre lo referente a que si hablan con su paciente sobre cómo se siente el 46% (n = 12) si lo hace, los restantes 54% (n = 14) prefieren no toca este tema con el paciente.

Finalmente, se exploró quién tomó la decisión de que el paciente recibiera atención en cuidados paliativos. Y se observó que en la mayoría de los casos el médico 73% (n = 19) es quien toma la decisión de que pacientes deben estar en cuidados paliativos, n = 2 (8%) fue decisión del paciente y solo en unos cuantos casos se discutía la posibilidad entre el médico, el paciente y la familia 19% (n = 5).

Ya que uno de los objetivos de esta investigación es analizar algunos de los factores de riesgo que pudieran incidir en el síndrome de desgaste de los cuidadores o en los niveles de ansiedad y depresión es los pacientes se corrieron pruebas de correlación, los resultados obtenidos se presentan a continuación.

En cuanto a los datos obtenidos a través del HAD, parece haber relación entre los síntomas depresivos y ansiosos ( $r = 0.8$ ,  $p = 0.00$ ) de los pacientes, es decir cuando existen síntomas depresivos parece haber más probabilidad de que aparezcan síntomas de ansiedad y viceversa (tabla 8). Esto resulta obvio, pues la suma de las puntuaciones obtenidas en las dos subescalas del HAD se han planteado como una medida de "distrés" emocional.

También parece haber una relación entre la presencia de síntomas depresivos y anorexia ( $r = 0.7$   $p = 0.002$ ) La depresión y la ansiedad también parecen relacionarse con la presencia de otros síntomas como debilidad, náuseas y problemas bucales, aunque la correlación es moderada ( $r = 0.5$  ó  $0.6$ ), en la tabla 8 se muestran aquellas correlaciones que fueron significativas.

**Tabla 8: Correlación de Pearson entre las variables ansiedad, depresión y presencia de síntomas según la escala ESAS**

		Ansiedad (HAD)	Debilidad (ESAS)	Disnea (ESAS)	Nausea (ESAS)	Problemas Bucales (ESAS)	Anorexia (ESAS)	Total de síntomas
Depresión (HAD)	r	.800	.559		.579	.566	.705	.551
	p	.000	.019		.015	.017	.002	.021
Ansiedad (HAD)	r				.638	.554	.550	
	p				.007	.020	.021	
Sobrecarga (Inventario de sobrecarga de Zarit)	r			.502				.646
	p			.005				.000

No se encontró una relación entre los síntomas depresivos del paciente y otras variables como su escolaridad, dependencia del cuidador para algunas actividades, otra sintomatología presentada debido a la enfermedad, o conocimiento del paciente sobre su diagnóstico o pronóstico. Esto puede deberse en parte a que no se pudo evaluar la ansiedad y depresión en más de la mitad de los pacientes debido a que presentaban alteraciones cognitivas al momento de la entrevista. Por lo cual la  $n = 14$  para hacer estas correlaciones es muy pequeña.

En cuanto al nivel de desgaste en el cuidador se buscó su relación con los niveles de ansiedad y depresión del paciente, con la presencia de síntomas de éste y con algunas condiciones que la literatura reporta como factores de riesgo para desarrollar desgaste como: tener o no un empleo hacer o no ejercicio, descansar o tener actividades recreativas. Incluso se busco relación entre desgaste y nivel económico dado que en muestra el  $n=17$  (65. 3%) pertenecen a una clase económica de pobreza a pobreza extrema lo que podría ser un factor importante ya que puede ser causa de estrés económico debido al costo de la atención y medicamentos que los pacientes requieren.

Algunas variables con las que sí se encontró relación fueron entre la presencia de desgaste y la presencia de Disnea en el paciente  $\chi = 9.07$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.003$ , con una tendencia a que aquellos que tienen desgaste presenten mayor proporción de disnea. Esto puede deberse a que las dificultades para respirar en un paciente puede ser una gran causa de estrés debido a lo vital que es esta actividad para mantener la vida.

## 1.5. DISCUSIÓN.

Este estudio proporciona datos descriptivos de la población mexicana de pacientes en cuidados paliativos y sus familiares, hasta ahora se ha estudiado poco sobre las características de los cuidadores de pacientes terminales en México así como de los pacientes a los cuales atienden.

Sobre los pacientes entrevistados se encontró que el 58% estaba cursando con delirium, ésta cifras se encuentra por debajo de las reportadas por otros estudios que aseguran que el delirium ocurre de 80 a 90% de los casos en pacientes con cáncer en fase terminal y persiste hasta la muerte en 50 a 70%. La presencia de delirium es importantes ya que se ha observado causa gran estrés emocional en la familia. (Namba, Morita, Imura, Kiyohara, Ishikawa. y Hirai, 2007 y Porta, Serrano, González, Sánchez, Tuca y Gómez-Batiste, 2004) aun cuando este estudio no pudo establecer una relación entre desgaste en el cuidador y presencia de delirium en el paciente lo cual puede deberse a que la muestra estudiada es pequeña.

Otro dato encontrado es que el 69% de los pacientes desconoce su pronóstico, lo cual contrasta con estudios realizados para saber si el paciente desea saber sobre su padecimiento y pronóstico, en éstos se calcula que de entre 50 a 90% de los pacientes quieren saber la verdad de su padecimiento (Prados, y Quesada, 1998). Otro estudio realizado con 380 pacientes con cáncer y 281 familiares destaca que el 71,7% de los pacientes desea ser informados de la enfermedad terminal, Aun que la cifra disminuye a 43,6% entre los miembros de la familia (Yun, et. al., 2004).

La importancia de que el paciente esté enterado de que su pronóstico de vida es limitado radica en que, este periodo previo es importante para fortalecer las relaciones y facilitar la intimidad entre el paciente y su familia también facilita la repartición de bienes, lo que ayuda al paciente lograr un cierre de su vida cuando todavía está vivo y le permite sentir que le

recordarán después de su muerte, además de que la presencia de cambios físicos importantes así como las limitaciones que va desarrollando la persona con cáncer impide mantener el secreto. Por estas razones los enfermos terminales que conocen la verdad sobre su situación la viven con menos ansiedad que los que no la conocen (Melin-Johansson, et., al, 2007 y Prados, y Quesada, 1998).

En el caso de la muestra de este estudio el poco conocimiento que el paciente tiene sobre su pronóstico parece influir también sobre que el cuidador prefiera no hablar de los asuntos pendientes que su paciente tiene (50%) o evite tocar temas sobre sus sentimientos al respecto de su enfermedad (54%) aun que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre conocimiento del padecimiento o pronóstico y el nivel de ansiedad y depresión en el paciente.

Sobre la depresión y ansiedad en los pacientes, se encontró que el 57% de ellos cursa con síntomas de depresión mientras que 43% presenta ansiedad, los datos de la incidencia de estos problemas en la población de pacientes terminales tiene gran variación en otros estudios se calcula que la depresión mayor ocurre de entre 1% a 53% de los pacientes en fase terminal (Block, 2000). Un estudio realizado en NewYork con 89 pacientes revela que 16% cumplen criterios para un episodio de depresión mayor según el DSM IV y el 17% tiene deseos de adelantar su muerte, y es más probable que los pacientes con episodio de depresión presenten el deseo

de hacerlo (47% con depresión mayor y solo 12% de pacientes sin depresión) (Breitbart, et., al, 2000).

En cuanto a la ansiedad esta revisión no encontró un dato exacto pero algunos estudios consideran que más del 60% de los pacientes con cáncer tienen estrés, y que un 47% cumple criterios para trastornos psiquiátricos siendo los más importantes trastornos de adaptación con estado de ánimo depresivo o ansioso.

Es importante saber si el paciente cursa con depresión y ansiedad, debido a que el malestar psicológico se asocia con mala calidad de vida en estos pacientes. La depresión también reduce la habilidad del paciente para despedirse de su familia, causa angustia y preocupación en los amigos y familiares y es un factor de riesgo para ideación suicida; el porcentaje de pacientes encontrados con estos problemas en la muestra estudiada es importante casi 50% tanto para depresión como para ansiedad.

Sobre los datos encontrados respecto a los cuidadores igual que en la literatura la mayor parte de los cuidadores son de sexo femenino 69.2% y son esposas o hijas del paciente en cuestión, la media de edad encontrada en esta muestra fue de 48 con una desviación estándar de 16.8, un poco menor a la reportada en otros estudios en los que oscila entre 55 y 65 (Dumont, et., al, 2004; Wolff, Frick y Kasper, 2007).



Sobre algunos detalles de las actividades del cuidador este estudio encontró que las actividades que más realizan son: acompañar al paciente (100%), prepararle sus alimentos (88%), llevarlo a sus consultas médicas (73%), y comprar sus medicinas (76%) y que el 57% de los cuidadores dedica todo el día a cuidar a su paciente y el 80% lo hace durante toda la semana. En comparación con otro estudio que reporta que el 31.5% dedica 43 hrs por semana va todos los días y las actividades que más realizan son trasportarlo 85.3%, tareas del hogar 82.8% (Wolff, et., al, 2007).

Este estudio encontró que el 46.1% de los cuidadores tenían Síndrome de desgaste, que 39% de ellos consideraba estar moderadamente estresados 15% totalmente estresados y que la mayor parte recibe algún tipo de apoyo social 92%, sobretodo de tipo económico 73%, lo cual contrasta con datos de otra investigación que encontró que el 26% recibe ayuda económica el 20% ayuda con tareas del hogar (Wolff, Frick y Kasper, 2007), es importante destacar que tanto este estudio como otro muestran que existe poco apoyo emocional para el cuidador primario esto podría reflejarse en la elevada presencia de desgaste de los cuidadores.

Por otro lado, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de desgaste en el cuidador y los niveles de ansiedad y depresión del paciente, aun cuando otros estudios muestra que la ansiedad y depresión en el paciente, se asocia con el síndrome de desgaste (Grunfeld, et., al, 2004).

En cuanto a las áreas de la vida del cuidador que se encuentran afectadas por cumplir este rol este estudio encontró que la vida social (69.2%) de los cuidadores es la parte más afectada, seguida por su trabajo (53.8%) lo cual concuerda con otras investigaciones que reportan que el 69% de los cuidadores tiene algún tipo de impacto negativo en el trabajo y que esta cifra aumenta a 77% cuando él paciente se acerca más a la etapa final (Grunfeld, et., al, 2004).

Este estudio también encontró que la mayor parte de los cuidadores ha dejado de lado conductas de auto cuidado como descansar, hacer ejercicio o realizar actividades recreativas sobre algunos otros factores que están relacionados con el síndrome de desgaste, debido al tamaño de la muestra es difícil establecer una relación, por lo cual es importante ampliar el tamaño de la muestra para una próxima investigación.

Algunos estudios mencionan que la prescripción de fármacos es el componente más importante de carga económica. (Grunfeld, et., al, 2004), nivel funcional el paciente, poco apoyo social, estrés financiero. (Dumont, et., al, 2006) ser un cuidador joven cuidando a un paciente también joven, tener un paciente confinado a la cama, ser un cuidador de sexo femenino, falta de apoyo emocional, severidad de los síntomas, esta investigación no pudo corroborar estas relaciones pero sobre la presencia de síntomas específicos, la disnea, si obtuvo una correlación positiva con el síndrome de desgaste en este estudio ( $\chi = 9.07$ ,  $gl = 1$ ,  $p =$

0.003); y otros síntomas como diarrea vomito y delirium, (Dumont, et., al, 2006 y Goldstein, et., al, 2004).

Es posible que muchas relaciones estadísticas no pudieran establecerse debido a que el número de cuidadores y paciente entrevistado es reducido, por lo cual las pruebas de correlación y  $X^2$  realizadas no tienen el poder suficiente para probar si estas relaciones existen.

Es importante seguir investigando los factores que se asocian al síndrome de desgaste en los cuidadores de pacientes terminales para poder adoptar medidas adecuadas e integrar programas específicos para tratarlos en nuestro sistema de salud ya que el síndrome de desgaste no solo afecta al cuidador, algunos estudios han mostrado que tiene un efecto importante sobre el nivel de estrés en el paciente y viceversa (Dumont, et., al, 2006).

Aun hay poca investigación y casi ninguna en nuestro país sobre el síndrome de desgaste en cuidadores de pacientes terminales pero sabemos que algunas intervenciones psicológicas pueden mejorar la calidad de vida del cuidador, así como el nivel de satisfacción que tienen respecto a los servicios recibidos por las unidades de cuidados paliativos (Lorenz, et., al, 2008).

El siguiente paso en las investigaciones debería centrarse en intervenciones específicas para disminuir el desgaste en el cuidador y la evaluación de su efecto en los pacientes que cuidan.

## 1.6. CONCLUSIONES.

Este estudio es relevante porque no existe mucha información sobre esta población en México. Parte de las observaciones que se hacen en los resultados pueden ser un parámetro para realizar intervenciones eficaces con los cuidadores de pacientes terminales, Algunas observaciones importantes para esta población son: que los cuidadores disponen de poco tiempo para asistir a consulta psicológica, es por ello que sería recomendable instaurar intervenciones breves de no más de 2 o 3 sesiones, y deberían centrarse en:

- Dota al cuidador de estrategias para el manejo de malas noticias, esto debido a la cantidad de pacientes que desconocen su pronóstico de terminalidad sería recomendable realizar algunos ensayos conductuales y estar al pendiente de la evolución del paciente después de conocer su pronóstico.
- Aplicar algunas técnicas que permitan un adecuado manejo del estrés, tales como, entrenarlos en técnicas de relajación o reestructuración cognitiva para así ayudar a disminuir los índices de desgaste en esta población.
- Entrenar en Ejercicios de solución de problemas permitirían abordar puntos básicos, como que hacer cuando su paciente se descontrola (dolor sangrado, vomito o cualquier síntoma refractario) o como afrontar los problemas económicos.

- Promover que el cuidador busque redes de apoyo, delegue responsabilidades en otros miembros de la familia o conocidos y dedique tiempo a actividades de auto cuidado como asistir al médico, realizar ejercicio, tomar periodos de descanso y realizar actividades recreativas para este fin pueden usarse técnica de reestructuración cognitiva que permitan afrontar pensamientos tales como: "yo soy la única persona que puede cuidarlo, si le pido a alguien que lo cuide pensara que ya no lo quiero, si me voy algo terrible puede suceder y no me lo perdonare, entre otros, así como mejorar sus habilidades sociales para obtener información precisa del personal de salud y pedir ayuda a sus conocidos.

Elaborar programas de intervención en este sentido es una necesidad de nuestro sistema de salud actual y es fundamental cubrirla para mejorar la calidad de vida en el enfermo en fase terminal, así como para reducir los costos del sistema sanitario de nuestro país al prevenir complicaciones medicas en el enfermo y/o en su cuidador pues es importante recordar que gran parte de estos cuidadores son adultos mayores 26% y padecen algún padecimiento crónico degenerativo que desatienden al convertirse en cuidadores primarios, lo cual genera repercusiones importantes para su salud.

## CAPITULO 2:

### LA INCIDENCIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE LA ADHERENCIA DE PACIENTES DIABÉTICOS A SUS TRATAMIENTOS

#### 2.1 INTRODUCCION

Los cambios de estilo de vida producidos en los últimos años así como la mayor esperanza de vida han modificado los patrones de enfermedad y de muerte en México. Con base en los resultados obtenidos en la encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles, 8.2% de la población de 20 a 69 años padece *diabetes mellitus* (Diario Oficial de la federación- Norma Oficial de Salud, 2007).

La diabetes es la primera causa de muerte en nuestro país; en el 2005 cobró la vida de 67,090 personas, con el 13.6% de las muertes en México (principales causas de mortalidad generalidad nacional, 2005); a nivel mundial constituye un importante problema de salud pública, por el número de personas afectadas y por la implicación socioeconómica que supone el control y tratamiento de sus complicaciones (Selli, Kauffmann Nazareth y Zapico, 2005).

Además, por ser un padecimiento crónico, se asocia con una gran carga económica y social, tanto para los individuos que la padecen como para quienes los rodean, sus costos están relacionados principalmente con una alta frecuencia de complicaciones agudas y crónicas que causan

hospitalización y muerte prematura, así como aumento de la discapacidad y ocasiona pérdida de productividad, disminuye la capacidad del enfermo para generar ingresos y servicios, también genera un aumento en el uso de servicios de salud y asistencia (Barceló, Robles, White, Jadue y Vega, 2001; Riveros, Cortázar-Palapa, Alcazar, Sánchez-Sosa, 2005).

La diabetes deteriora la calidad de vida y bienestar de los pacientes, además se asocia con mayores niveles de ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía (Riveros, et., al, 2005); aumenta la incidencia de depresión, que es aproximadamente dos veces más alto entre pacientes diabéticos que entre no diabéticos (Ciechanowski, et., al, 2006; Egede, 2004). Lo cual a su vez disminuye la capacidad sentir placer y la habilidad de funcionamiento del paciente, representa riesgos adicionales para llegar a la hiperglucemia, y se relaciona con más complicaciones y con la aceleración en la adquisición de enfermedad coronaria (Lustman, et., al, 2005), asociándose a un aumento en la morbilidad y mortalidad (Petersen, Losifescu, Papakostas, Esquile y Fava, 2006).

Tanto la depresión como la ansiedad tienen una alta prevalencia en la diabetes, un estudio realizado en 1997 con 578 sujetos mostró que el 41.3% de ellos padecía depresión, en tanto que un 49.2% tenía síntomas de ansiedad (Ciechanowski, Katon, Russo, 2000; Peyrot y Rubin, 1997). Los pacientes diabéticos que sufren depresión o ansiedad tienen un control

menos adecuado de su glucosa, más complicaciones debidas a la diabetes, un incremento en el uso de servicios médicos y baja adherencia a sus medicamentos (Das-Munshi, Stewart, Ismail, Bebbington, Jenkins, y Prince, 2007; Peyrot y Rubin, 1997).

Las complicaciones derivadas de un mal control emocional, deben además sumarse a las dificultades que el paciente experimenta debido a la naturaleza misma de la enfermedad, la diabetes es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de predisposición hereditaria, en la que influyen factores ambientales y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas (Diario Oficial de la federación- Norma Oficial de Salud, 2007).

La Diabetes Mellitus se clasifica en Tipo I que se caracteriza por la destrucción de células  $\beta$  del páncreas, que suele llevar a deficiencias absoluta de insulina. Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre delgados y suelen presentar un comienzo abrupto de signos y síntomas, estos pacientes dependen del tratamiento con insulina para prevenir la cetoacidosis y mantenerse vivos.

En tanto que la *Diabetes Mellitus Tipo II*: se presenta en individuos que tienen resistencia a la insulina y deficiencia absoluta o relativa en la producción de insulina; este tipo de diabetes afecta al 90% de los diabéticos, los pacientes suelen ser mayores de 30 años, usualmente



obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos: no tiene tendencia a la cetoacidosis, excepto en periodos de estrés. Y si bien no dependen del tratamiento con insulina para sobrevivir, pueden requerirlo en algunos casos para el control de la hiperglucemia (Alpizar, 2006).

Tanto en la diabetes tipo I como en la tipo II existen complicaciones degenerativas, responsables directa o indirectamente de un alto porcentaje de muertes, entre algunas de las complicaciones más importantes: los diabéticos tienen 25 veces más probabilidad de sufrir ceguera, 20 veces gangrena 17 veces nefropatía y 12 veces cardiopatía además las probabilidades aumentan considerablemente entre los diabéticos mal controlados (Amigo, Fernández, Pérez, 1998); estas complicaciones deterioran la calidad de vida del paciente y acortan la duración de la misma.

La diabetes no es curable, una vez diagnosticada se intenta controlarla para evitar su progresión y retrasar sus complicaciones, varias investigaciones han demostrado que existe una disminución de las complicaciones crónicas mediante el buen control metabólico (Barceló, Robles, White, Jadue y Vega, 2001; Otero y Scheitler, 2003). El mejor indicador para saber si la diabetes está controlada es tener niveles de glucosa dentro de los parámetros normales, una de las medidas más confiables para ello es la toma de la HbA<sub>1c</sub>. (hemoglobina glicosilada), el control intensivo de la glucemia reduce la incidencia de complicaciones microvasculares: retinopatía, nefropatía y neuropatía en la diabetes de

tipo 1 y retinopatía y nefropatía en la diabetes de tipo 2 (Barceló, Robles, White, Jadue y Vega, 2001; Ohkubo, et., al, 1995).

Una pequeña reducción de la HbA<sub>1c</sub> refleja una considerable reducción del riesgo de complicaciones crónicas de la diabetes y se calcula una reducción del riesgo de complicaciones del orden del 35% por cada punto de reducción porcentual de la HbA<sub>1c</sub> (Estudio Prospectivo sobre la Diabetes en el Reino Unido UKPDS; citado en: Barceló, et., al, 2001).

Sin embargo controlar los niveles de glucosa en sangre no es una tarea sencilla, para lograrlo el paciente diabético necesita realizar una serie de conductas de autocuidado (control de la dieta, ejercicio, toma de medicamento o administración de insulina) que implican cambios en el estilo de vida del paciente que son difíciles de realizar, lo cual se refleja en los índices de adherencia al tratamiento, se calcula que sólo un 7% de los pacientes diabéticos cumple adecuadamente las condiciones del tratamiento, debido a barreras tales como:

1. La complejidad y cronicidad del tratamiento.
2. Modificaciones al estilo de vida.
3. Ausencia de síntomas.
4. Complicaciones asociadas.
5. Ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento.
6. Mala relación médico-paciente.

7. Ausencia de conocimiento y hábitos específicos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).
8. Falta de recursos económicos que dificultan el acceso a mejores prestaciones de salud, métodos de control metabólico, mayor cantidad de controles de glicemia, compra de medicamentos y/o insulina (Ortiz, y Ortiz, 2005).

De estas barreras, las más difíciles de superar son las que implican cambios en el estilo de vida del paciente, medidas como la administración de insulina y toma de hipoglucemiantes orales tienden a cumplirse en mayor medida (Simón, 1999).

El control de los índices de glucosa en el paciente diabético es un tema complejo, por lo cual se han realizado múltiples intervenciones tratando de mejorar la adherencia de los pacientes diabéticos, muchas de las cuales se han centrado en la adquisición de conocimientos y habilidades debido a que se ha reportado que una buena cantidad de pacientes diabéticos carece de conocimientos y habilidades necesarias para llevar un buen manejo de su enfermedad, factores que pueden ser modificables con educación (Medel y González, 2006; Simón, 1999). Por lo cual la información es la primera fase del tratamiento y algunos autores afirman puede reducir en 80% las complicaciones asociadas a un pobre control de la diabetes (Ortiz y Ortiz, 2005).

Se han realizado varias intervenciones que utilizan como componente primario la educación sobre la diabetes y han reportado en sus resultados que éstas intervenciones ayudan al paciente a incrementar la frecuencia de los exámenes oftalmológicos (Barceló, et. al., 2001), obtener un mayor cumplimiento de las normas dietéticas, y disminución en los niveles de glucosa en sangre y tensión arterial (Barceló, et., al, 2001; Selli, et., al, 2005).

A pesar de estos resultados, es necesario destacar que varias de estas investigaciones poseen diferencias importantes en características tales como edad, nivel educativo y tiempo de evolución del padecimiento entre sus grupos experimentales y control, así como falta de seguimientos para asegurar que los efectos obtenidos se mantengan.

De igual manera es importante señalar que varias de estas intervenciones agregan a su intervención educativa elementos como búsqueda de alternativas, e implementación de cambios conductuales así como entrenamiento en habilidades específicas (técnicas conductuales) lo cual hace notar que no es posible atribuir los beneficios del tratamiento únicamente al proceso educativo, sino que es importante hacer uso de otras herramientas conductuales que son campo de acción del psicólogo en medicina conductual.

Sin embargo a pesar de los resultados mencionados anteriormente, se ha observado que algunas intervenciones educativas aún cuando aumentan el nivel de conocimientos de los pacientes, no tienen un efecto duradero sobre el control de glucosa a largo plazo, según datos de seguimiento

(Amigo, et., al, 1998). Un estudio realizado en 2006 revela que la asistencia de las personas a sesiones educativas, tiene poco o ningún efecto en su salud, sin el seguimiento correspondiente del personal de salud para realizar asesorías, aclaraciones, actualizaciones y sobre todo un reforzamiento continuo en los pacientes. En este estudio se siguieron a 10 pacientes que habían pasado por un programa de educación sobre diabetes un año y medio antes y que al terminarlo obtuvieron resultados favorables, sin embargo, en el seguimiento se observó que el índice de masa corporal, y los niveles de tensión arterial estaban fuera de los parámetros saludables, así como los hábitos alimenticios (elevado consumo de grasas y carbohidratos), seguían fuertemente arraigados. Los pacientes reportaron no saber diseñar un menú de acuerdo a su presupuesto y a la disponibilidad de alimentos en la comunidad y aunque asignaron un valor importante a la práctica de ejercicio, no realizaban éste de forma regular por problemas de salud asociados a la diabetes o por el exceso de actividades en el hogar o trabajo. Otro estudio realizado en Tepic Nayarit, con pacientes diabéticos tipo II o hipertensos, que realizó una intervención similar reportó que La adherencia se mantuvo durante la fase de seguimiento sólo en el grupo experimental, sin embargo se observó un decremento en la medición post intervención y en el seguimiento a los cuatro y nueve meses (Medel y González, 2006).

1. Lo anterior podría apoyar la opinión de algunos investigadores, que argumentan que la Información aunque es esencial para lograr la

adherencia, por sí misma no es suficiente para promover los cambios conductuales requeridos como parte del manejo de la enfermedad, ya que algunos diabéticos con un adecuado grado de información, también pueden tener un deficiente control de su condición (Ortiz, y Ortiz, 2005). Las intervenciones que combinan componentes cognitivos, conductuales y afectivos son más eficaces que las unifocales (Barceló et. al, 2001).

Por ello también se han realizado programas de modificación de conducta, para mejorar habilidades de auto-cuidado en niños y adolescentes con diabetes, usando modelamiento, refuerzo positivo y enseñanza de técnicas de regulación, así como solución de problemas, estos han tenido un buen resultado en el entrenamiento de habilidades específicas como inyectarse insulina, pero no han reportado cambios en cuanto al control ansiedad en estos pacientes (Simón, 1999). Algunas de las estrategias usadas en este tipo de programas son: asignar de manera específica tareas a realizar, proporcionar señales y claves de conductas específicas, adaptar el régimen de tratamiento a las necesidades específicas del paciente. Elaborar contratos que defina las contingencias de incumplimiento con el tratamiento practicar gradualmente y en fases sucesivas las conductas a implantar, usar modelado y refuerzo diferencial. (Amigo, et. al., 1998)

También se han probado los efectos de la reestructuración cognitiva, asignación de tareas y entrenamiento en actividades instrumentales en

diabéticos tipo II, y los resultados han sido un mejor control en los niveles de glucosa en sangre y tensión arterial, cambios mínimos en el ajuste a la dieta, y un aumento en las conductas de adherencia a la toma puntual de medicamento, estos resultados se han mantenido al medirlos en un seguimiento a 6 meses (Riveros, et., al, 2005). Otra investigación que combinó psicoeducación con reestructuración cognitiva logró mejoras en la percepción de la calidad de vida, disminución en las puntuaciones de depresión y ansiedad, disminución de la medida de glucosa en ayunas, triglicéridos y hemoglobina (Cabrera-Pivaral, González-Pérez, Vega-López y Arias-Merino, 2004).

En resumen, la anterior revisión muestra que la diabetes es una enfermedad ampliamente extendida y con graves repercusiones económicas y sociales, para el paciente su familia, y que para disminuir éstas, es necesario diseñar e implementar intervenciones psicológicas para favorecer la adherencia al tratamiento médico ya que el cambio en el estilo de vida de estos pacientes es esencial. Estas intervenciones deben mantener componentes tanto educativos como de cambio conductual así como abordar emociones como la depresión y la ansiedad ya que ambas son frecuentes en este tipo de pacientes y pueden tener graves repercusiones en su salud. También requieren de sesiones de seguimiento que permitan evaluar su efectividad a largo plazo de la misma manera que es importante reducir su tiempo de aplicación ya que de las intervenciones antes revisadas, conllevan un tiempo de aplicación, que va

de 4 meses a dos años, lo cual reduce la cantidad de pacientes que pueden beneficiarse al participar. Por lo cual el objetivo de esta investigación es diseñar y evaluar una intervención cognitivo conductual que cumpla con los criterios antes señalados: tener componentes conductuales para dotar al paciente de herramientas específicas que lo ayuden a desarrollar habilidades para el control de su diabetes, tener técnicas cognitivas y de relajación para mejorar el control emocional de los pacientes y contar con materiales gráficos que ayuden al paciente a comprender con más facilidad los temas dados en psicoeducación sobre diabetes y que pueden repasarlos en casa.

## **2.2 OBJETIVO GENERAL:**

Diseñar y evaluar una intervención cognitivo conductual para mejorar la adherencia al tratamiento médico y regulación emocional de los pacientes diabéticos del Hospital Juárez de México.



## 2.3. MÉTODO

### 2.3.1. TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico intencional.

### 2.3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO:

N = 1, con réplicas.

### 2.3.3. SUJETOS:

Pacientes diabéticos hombres o mujeres del Hospital Juárez de México, mayores de edad que aceptaran participar en el estudio y tuvieran problemas para adherirse a su tratamiento médico (tabla 9).

**Tabla 9: Datos socio demográficos de los participantes en el estudio**

Paciente	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Sexo
1	54	carrera técnica	hogar	Soltera	Femenino
2	61	Primaria	hogar	Casada	Femenino
3	52	Preparatoria	hogar	Casada	Femenino
4	62	Primaria	hogar	Casada	Femenino

#### 2.3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron pacientes:

- Adultos, hombres ó mujeres.
- Diagnosticados con diabetes mellitus 2.
- Bajo tratamiento médico en el Hospital Juárez de México.

- Con algún déficit en adherencia a su tratamiento para controlar la diabetes.

#### 2.3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de edad.
- Con diabetes tipo 1.
- Pacientes con buen control de la diabetes.
- Pacientes con algún problema Psiquiátrico o retraso.

#### 2.3.4 VARIABLES

##### VARIABLE INDEPENDIENTE.

Intervención para incrementar adherencia terapéutica en pacientes diabéticos (Apéndice 1).

*Definición conceptual.* Intervención psicológica de corte cognitivo-conductual.

*Definición operacional.* La intervención se dividió en módulos (psicoeducación, adherencia al medicamento, adherencia al régimen alimenticio y al ejercicio físico, control emocional), que se impartieron en sesiones grupales que se programadas semanalmente y durara en promedio fue de 60 minutos.

##### VARIABLES DEPENDIENTES.

Adherencia terapéutica.

*Definición conceptual:* Proceso por 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 para cada padecimiento (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa y Willey, 2003).

*Definición operacional.* Auto-informe diario en el carnet de adherencia (ver apéndice 1) de las siguientes conductas:

- Toma de medicamento: dosis, horario.
- Régimen alimenticio: frecuencia de ingesta de alimentos no permitidos y frecuencia de ingesta de alimentos recomendados, horario.
- Realización de ejercicio: frecuencia y duración.
- Conductas de riesgo (beber alcohol, tomar café, fumar): frecuencia.
- Conductas protectoras para el estrés: diversión, actividad sexual y dormir bien, medidas en frecuencia.

Depresión:

*Definición Conceptual:* síndrome que se puede dividir en tres factores altamente correlacionados: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática.

*Definición operacional:* Medido con el Inventario de Depresión de Beck ver apéndice 1 (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

Ansiedad:

*Definición conceptual:* Condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y de aprehensión y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y pueden variar a través del tiempo (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

*Definición operacional:* medido con el inventario de Aseidad de Beck Apéndice 1 (Jurado, et., al, 1998)

### 2.3.5. INSTRUMENTOS

Se utilizaron diversos instrumentos para medir las variables anteriormente citadas a continuación se describen:

- Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)

Versión en español, traducida y adaptada por Robles, Varela, Jurado y Páez, (2001). Es un instrumento de papel y lápiz que mide sintomatología ansiosa. Consta de 21 reactivos, cada uno de los cuales se califica en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa poco o nada y 3 severamente, del síntoma en cuestión. El instrumento posee un índice de consistencia interna de 0,83 (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

- Inventario de Depresión de Beck (IDB)

Versión en español, traducida y adaptada por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, y Varela (1998). Es un instrumento de papel y lápiz que mide la severidad en los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas. Consta de 21 bloques de reactivos, cada uno de los cuales se califica en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa ausencia del síntoma y 3 Presencia del síntoma en mayor intensidad o frecuencia, del síntoma en cuestión. El instrumento posee un índice de consistencia interna de 0,87.

- Carnet de adherencia terapéutica:

Derivado del autoinforme diario de adherencia terapéutica y bienestar (Cortazar- Palapa, Riveros y Sánchez-Sosa, 2004 citado en: Riveros, et. al., 2005) que incluye toma puntual de medicamentos, apego a un régimen de dieta, actividad física y conductas de riesgo, así como variables de bienestar que incluyen desempeño de actividades cotidianas (laboralmente, en sus estudios, en el hogar, sueño reparador, actividad sexual, interacción con otras personas e involucrarse en actividades recreativas.

### 2.3.6. PROCEDIMIENTO

Fase 1: Se invito a participar a cada paciente el objetivo del estudio. Se leyó junto con el participante la carta de Consentimiento Informado y si estaba de acuerdo se le pidió que la firmara.

Fase 2: Se realizó la evaluación inicial, del pre-post. La línea base, incluyó la aplicación del IDB el IAB y registro en el carnet por una semana.

Fase 3: Se llevó a cabo la intervención, en módulos (ver tabla 10)

**Tabla 10: componentes de la intervención cognitivo conductual para mejorar la adherencia en pacientes diabéticos a sus tratamientos**

Módulo	Contenido
1 Psicoeducación sobre diabetes	Diabetes, factores de riesgo, complicaciones y cuidados (ejercicio, medicamento y dieta)
2 Adherencia al tratamiento	Entrenamiento en habilidades sociales y rol playing para mejorar la relación médico paciente, rechazar alimentos no permitidos en fiestas o reuniones. Entrenamiento en solución de problemas para mejorar la adherencia al ejercicio y medicamentos. Entrenamiento en autocontrol para mejorar adherencia a ejercicio y dieta
3 Control emocional	Reestructuración cognitiva y entrenamiento en relajación.

Nota: Durante la intervención se realizaron mediciones semanales a través de auto-registro en el carnet de adherencia.

Fase 4. Al final de la intervención se realizo una segunda medida de los instrumentos Inventario de Depresión de Beck (IDB) el Inventario de Ansiedad de Beck (IAB) y el carnet de adherencia.

## 2.4. RESULTADOS

*Sujetos:* Inicialmente participaron en el estudio 8 sujetos, 5 mujeres y 3 hombres, de éstos, 4 abandonaron el tratamiento, principalmente por haber iniciado una actividad laboral o porque el horario del taller interfería con su horario de trabajo por lo cual a continuación sólo se muestran los resultados de los 4 pacientes que concluyeron el tratamiento.

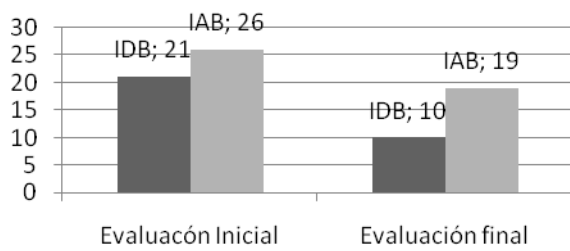
Las figuras 13 a 16 muestran los resultados de las pruebas: Inventario de Depresión de Beck (IDB) el Inventario de Ansiedad de Beck (IAB), antes y después de la intervención.

Como se puede observar a través de las figuras los niveles de ansiedad disminuyeron en 2 de las 4 pacientes, en el caso de la paciente 1, las puntuaciones del IAB aunque disminuyeron siguen en el rango de ansiedad moderada, debido a la pérdida de empleo y a su dificultad para conseguir uno nuevo, incluso después de finalizar el tratamiento, sin embargo a pesar de los problemas económicos cabe destacar que las puntuaciones de ansiedad no se elevaron sino que lograron disminuir ligeramente lo cual refleja que esta paciente obtuvo un beneficio del tratamiento en este sentido.

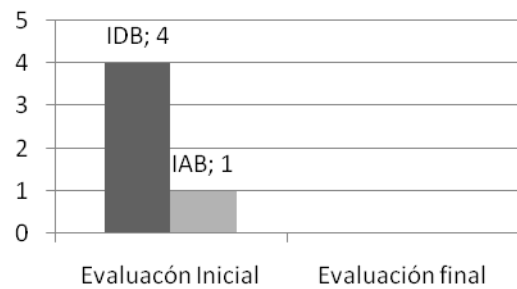
Para la paciente 3 los niveles de ansiedad se mantuvieron igual (como ansiedad mínima) y para la paciente 4 hubo un ligero aumento aunque sin salir del rango para ansiedad mínima (figura 16) esto puede deberse a

que días antes de la evaluación con él IAB ocurrió la muerte de un familiar cercano para esta paciente.

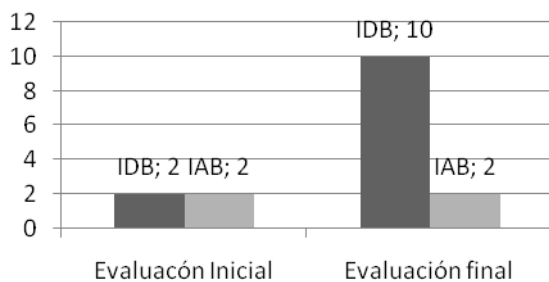
En lo que respecta a los niveles de depresión medidos a través del IDB para la mayoría de los paciente se encuentra dentro del rango de depresión mínima con excepción de la paciente 1 cuya puntuación de depresión fue de 21, lo que se traduce como depresión moderada y disminuyó a 10, que es depresión leve después del tratamiento. Para las pacientes 3 y 4 la puntuación del IDB aumentó, pero se mantuvo dentro del rango de depresión mínima para la paciente 3 y leve para la paciente 4.



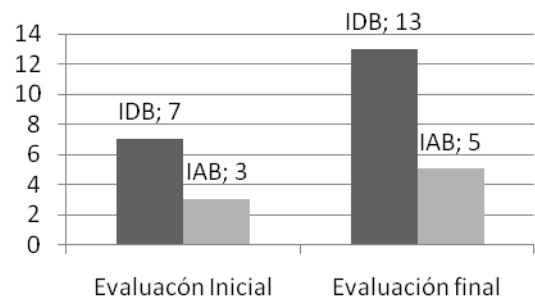
**Figura 13: Pre-Post del IAB y del IDB del Paciente 1**



**Figura 14: Pre-Post del IAB y del IDB del Paciente 2**



**Figura 15: Pre-Post del IAB y del IDB del Paciente 3**

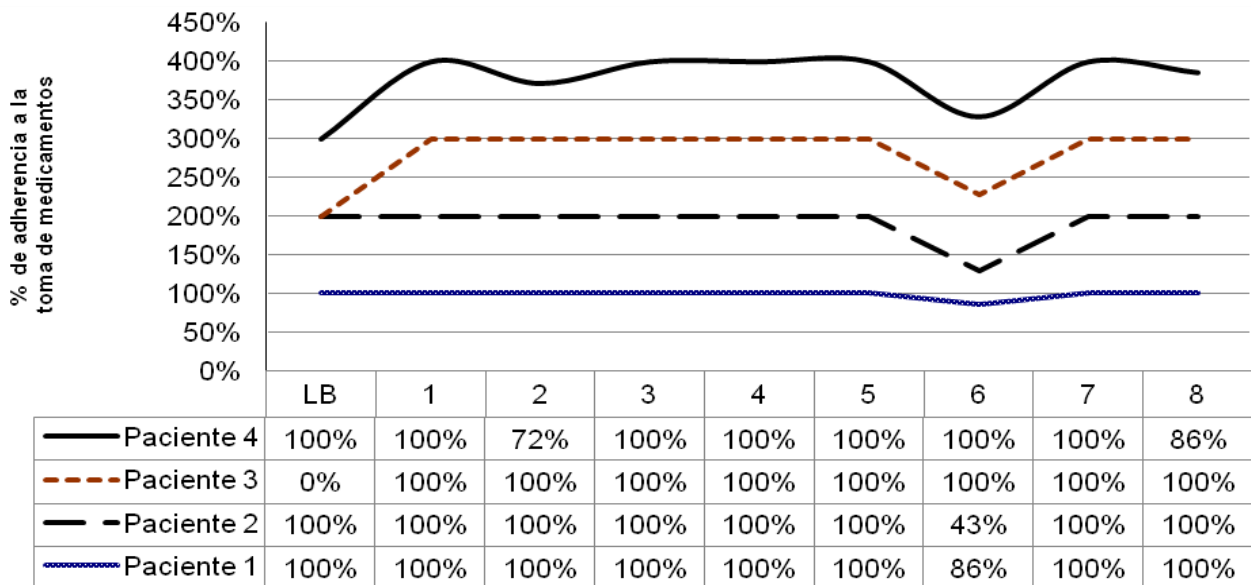


**Figura 16: Pre-Post del IAB y del IDB del Paciente 4**



**ADHERENCIA: TOMA PUNTUAL DE MEDICAMENTOS:**

La figura 17 muestra el porcentaje de los medicamentos tomados por semana. La literatura indica, la toma de medicamentos es uno de los puntos del tratamiento que presenta menos problemas para que el paciente se adhiera lo cual se corrobora en este estudio, en la figura podemos observar que todas las pacientes logran mantenerse adherentes desde el inicio hasta el final del tratamiento, aun cuando todas las pacientes en alguna semana disminuyeron su toma de medicamentos regresan a ella sin problemas.



**Figura 17: Toma puntual de medicamentos, medido con el carnet de adherencia semanal.**

Para la paciente 1 que fue una de las menos adherentes, el problema principal fue el precio de los medicamentos aunado a su situación de desempleo, sin embargo pudo hallar algunas soluciones para subsanar

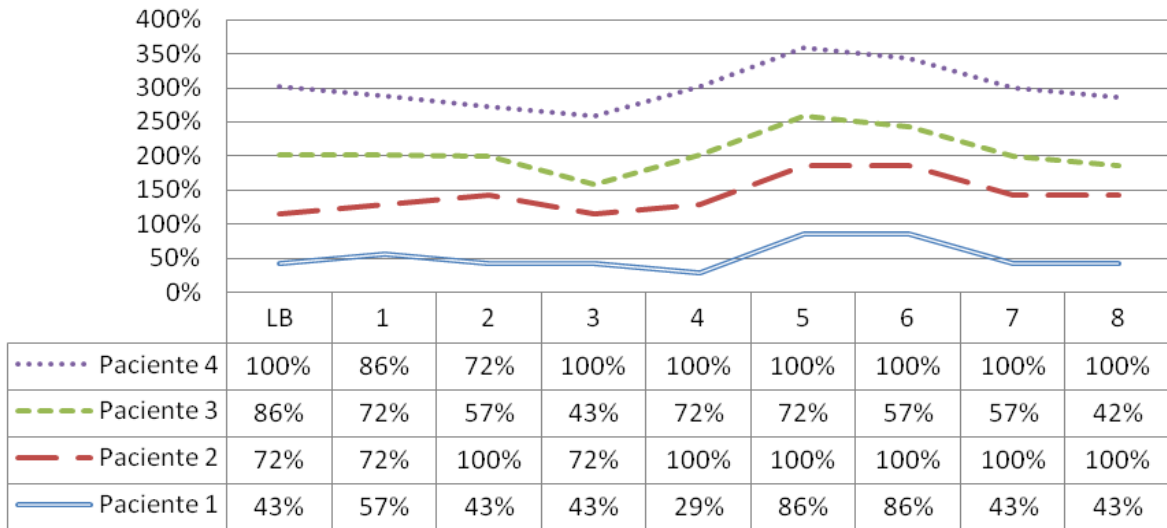
estos problemas. Para la paciente 3 la disminución de la adherencia a sus medicamentos estaba marcada por sus periodos de hipoglucemia.

En el mismo sentido las sesiones de psicoeducación fueron importantes para que las pacientes 1 y 3 dejaran de automedicarse con insulina que conseguían de sus familiares con diabetes. Esto es importante pues reduce el riesgo de complicaciones agudas en particular la hipoglucemia.

#### ADHERENCIA AL RÉGIMEN ALIMENTICIO

La figura 18 muestra la adherencia al régimen alimenticio, las pacientes 1 y 2 muestran un aumento en la adherencia a su dieta, la paciente 4 regresó a su régimen alimenticio y se mantuvo adherente a él. Mientras que las pacientes 2 y 3 comenzaron a consumir colaciones entre comidas lo cual fue especialmente importante para la paciente 3, ya que ella tenía tendencia a la hipoglucemia y las colaciones ayudaron a mejorar esta situación.

En las diferentes pacientes el programa tuvo un beneficio para la adherencia a la, las pacientes más beneficiadas en este punto, fueron las pacientes 1, 2 y 4.

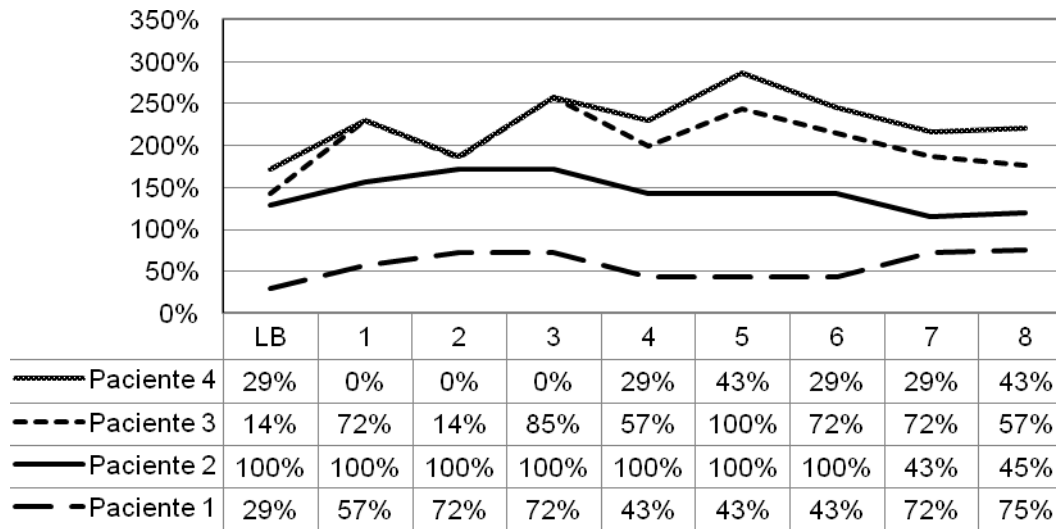


**Figura 18: Apego al regimen alimenticio medido a través del carnet del adherencia semanal**

## EJERCICIO

Uno de los objetivos del programa desarrollado fue mejorar la práctica de ejercicio en las pacientes ya que ayuda a disminuir los niveles de glucosa en sangre así como a prevenir complicaciones.

La figura 19 muestra el ejercicio realizado por las pacientes a lo largo el tratamiento, la paciente 2 realizaba ejercicio regularmente lo cual se mantuvo a lo largo de todo el tratamiento con excepción de la última semana, debido a su carga de actividades, las pacientes 3 y 4 muestran un incremento en el ejercicio realizado conforme la intervención avanzaba, siendo estas pacientes las que más se beneficiaron del tratamiento en esta área.

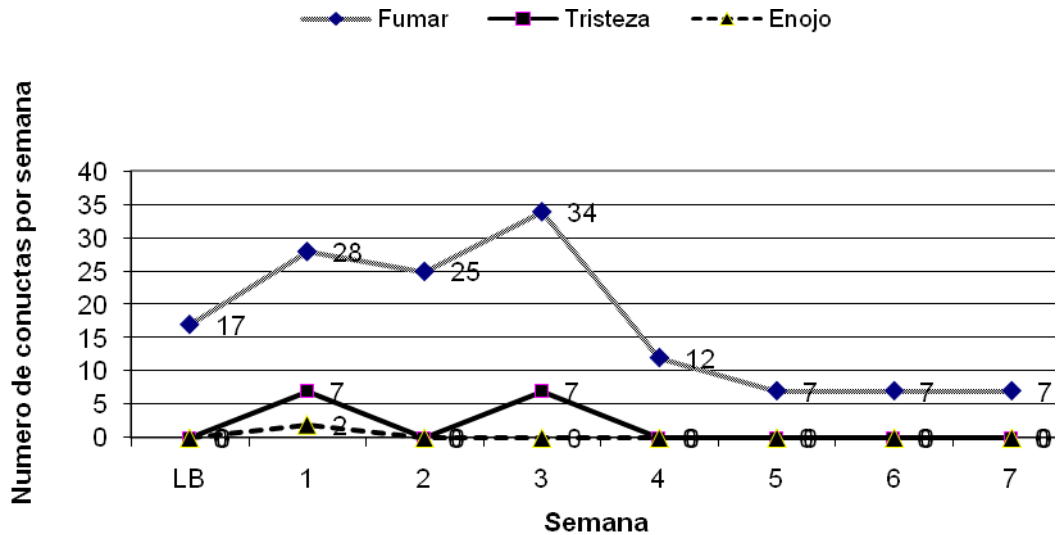


**Figura 19: Adherencia al ejercicio medida a través del carnet del adherencia semanal**

#### CONDUCTAS DE RIESGO:

Se intento disminuir el número de trasgresiones al régimen alimenticio así como la frecuencia con la que las pacientes practicaban conductas riesgosas como fumar, beber o la presencia de emociones intensas (enojo y ansiedad) que pueden variar del nivel de glucosa en las pacientes.

La figura 20 muestra las conductas de riesgo realizados por la paciente 1, todas estas conductas disminuyeron al final de la intervención, esta paciente fue la más beneficiada con el tratamiento en esta área, se nota especialmente en la reducción en su consumo de cigarrros por semana.

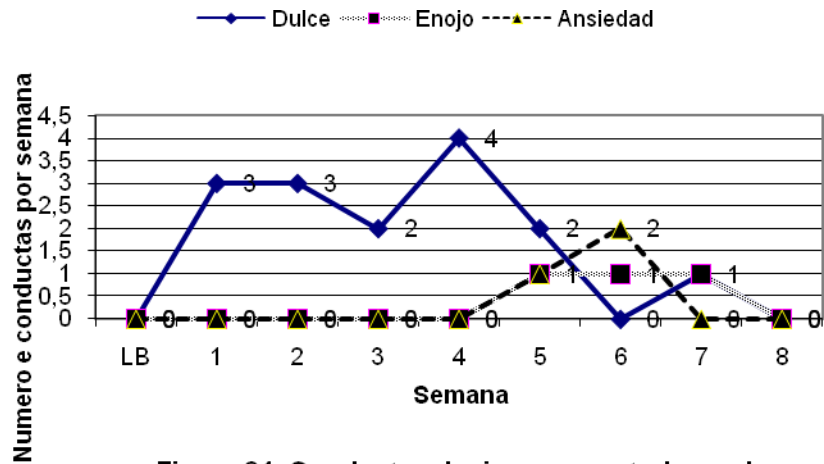


**Figura 20. Conductas de riesgo reportadas por la Paciente 1 en sus carnet de adherencia semanal**

La figura 21 muestra las conductas de riesgo de la paciente 3, no se realizó una figura de la paciente 2 ya que ella no registró conductas de riesgo durante toda la intervención.

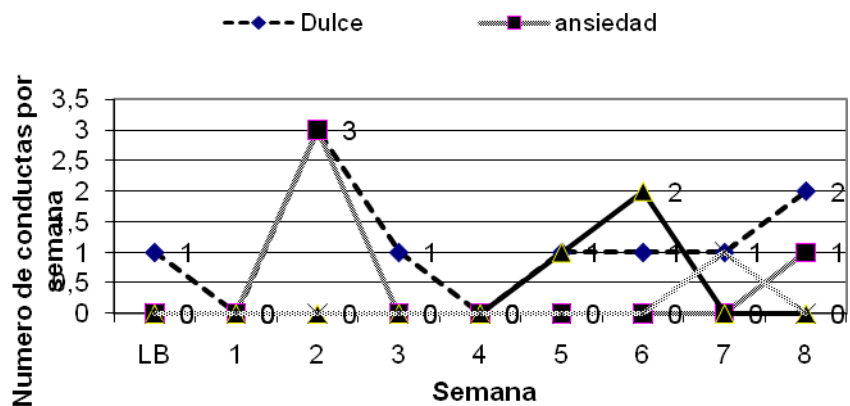
La paciente 3 por otro lado mostró varias conductas de riesgo, las cuales disminuyeron al finalizar la intervención, pero es importante mencionar que ésta paciente solía tener síntomas de hipoglucemia corroborados por pruebas de glucosa en sangre, por lo que consumía dulces para subir su nivel de glucosa, eso fue corroborado con un familiar (hijo); esta paciente como se menciona en una figura anterior tuvo que incluir colaciones en su

dieta e incluso se modificó la medicación con supervisión del médico casi al final de la intervención e psicología



**Figura 21: Conductas de riesgo reportadas po la Paciente 3 en sus carnet de adherencia semanal**

La figura 22 muestra las conductas de riesgo de la paciente 4 estas conductas me mantuvieron a lo largo de todo el tratamiento, aun cuando disminuyeron ligeramente, la razón por la cual se mantuvo de esta manera fue que su pareja, quien también padece diabetes no es adherente al tratamiento y ella considero que esto le dificultaba disminuir su consumo de alimentos dulces.



**Figura 22: Conductas de riesgo reportadas po la Paciente 4 en sus carnet de adherencia semanal**

## 2.5. DISCUSIÓN

En cuanto a los módulos propuestos por la intervención, se presentaron algunas dificultades, el taller constó de 10 a 11 sesiones esto se debió en gran parte a la cantidad de información dada en las sesiones de psicoeducación, sin embargo esta parte del programa es muy importante ya que con excepción de una participante las demás presentaban serios huecos y distorsiones en la información que tenían sobre su enfermedad; algo que ayudó a mejorar la comprensión de las pacientes fue la elaboración de trípticos para leer en casa así como el diseño de presentaciones de power point impresas que se les mostró durante las sesiones.

La psicoeducación ayudó a disminuir la automedicación de 2 de las pacientes y les dio a conocer al resto las posibles complicaciones secundarias de la diabetes y que hacer en caso de hipo o hiper glucemia lo cual fue de especial importancia sobre todo para una de las pacientes.

En cuanto al módulo de adherencia al tratamiento este fue de gran provecho para las participantes especialmente, para mejorar su habilidades de comunicación con el médico y para negociar con su familia y amigos los cambios de la dieta, la solución de problemas fue muchos más provechosa para la paciente 1 ya que se abordaron sus problemas para financiar el medicamento.

El entrenamiento en autocontrol ayudó a aumentar y mantener la actividad física, así como la disminución de conductas de riesgo en todas las pacientes.

Finalmente sobre el módulo de control emocional, el tratamiento fue efectivo para disminuir los niveles de ansiedad en las pacientes sin embargo los niveles de depresión solo disminuyeron en 2 de las 4 participantes esto puede deberse a que fue especialmente difícil para nuestras participantes entender la reestructuración cognitiva. Sólo se llegó hasta la detección de pensamientos automáticos y el debate utilizando el registro de cadena cognitivo conductual (apéndice 1) realizar la técnica por escrito facilitó la comprensión de esta técnica

Por otro lado la relajación fue bien comprendida y aceptada por las pacientes algo que podría ayudar a la mejora de este taller es incluir sesiones de relajación intercaladas entre el resto de los módulos o bien, elaborar un CD con instrucciones para la relajación, esto reduciría el tiempo dedicado a esta técnica al mismo tiempo que puede ayudar a mejorar el estado anímico del paciente desde un inicio lo cual también podría ayudar a mejorar la adherencia de los pacientes.

Las cuatro pacientes que terminaron el tratamiento mostraron una mejoría en la adherencia a su tratamiento médico en diferentes áreas.

Sin embargo, la investigación presenta varias limitaciones, la primera es que no fue posible tomar las medidas de hemoglobina glicosilada por la falta de recursos económicos, esta prueba hubiera permitido determinar



con exactitud si existía una reducción en los niveles de glucosa en sangre después de la intervención, se recomienda incluir esta medida para un próximo taller así como realizar sesiones de seguimiento para asegurar que los cambios se mantengan, estas no fueron posibles de llevar a cabo por la falta de tiempo y problemas con los espacios en donde se impartía el taller.

Por otro lado la muerte experimental fue de 50% debido en gran parte a la poca disponibilidad de espacios y horarios, se sugiere contar con más horarios para la realización de la intervención (taller) para disminuir la deserción de los pacientes al tratamiento, en ocasiones fue necesario reponer alguna sesión del taller a las participantes ya que no asistían y no fue posible realizar el seguimiento debido a que el taller se alargó por falta de un espacio físico para realizarlo.

Otro punto importante es el uso de material gráfico e impreso ya que esto facilita no solo la psicoeducación en los pacientes sino también la comprensión de técnicas como la detección y debate de pensamientos, por ello es importante la comunicación entre los residentes de medicina conductual que están terminando su estancia en el hospital y aquellos que la inician para así poder dar continuidad a los trabajos e investigaciones realizadas, en el caso de este taller se entregó copias del material diseñado para los pacientes, tanto a los residentes nuevos y como al jefe de servicio de medicina interna (ver apéndice 1).

Finalmente cabe destacar que existen otros factores que pueden afectar las medidas de ansiedad depresión y adherencia obtenidas por estas pacientes a lo largo del taller, entre ellas: la pérdida de trabajo y la pérdida de un miembro de la familia de dos de nuestras participantes, así como condiciones propias del régimen médico, el costo de las medicinas o el tiempo que lleva ajustarlas, lo cual fue un problema, especialmente para una de nuestras pacientes, esto pone de relieve la importancia de una comunicación abierta entre el psicólogo y el médico para mejorar las condiciones médicas del paciente, sin embargo debido a que una paciente era de un servicio distinto a medicina interna aquí fue importante echar mano de sus recursos personales para mejorar la comunicación de ella con su médico.

### **CAPITULO 3: PRIMER AÑO DE RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL: MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.**

A continuación se describen las actividades realizadas en el programa de residencia. El primer año se trabajó en el Hospital Juárez de México, en el servicio de Medicina Interna.

#### **3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE.**

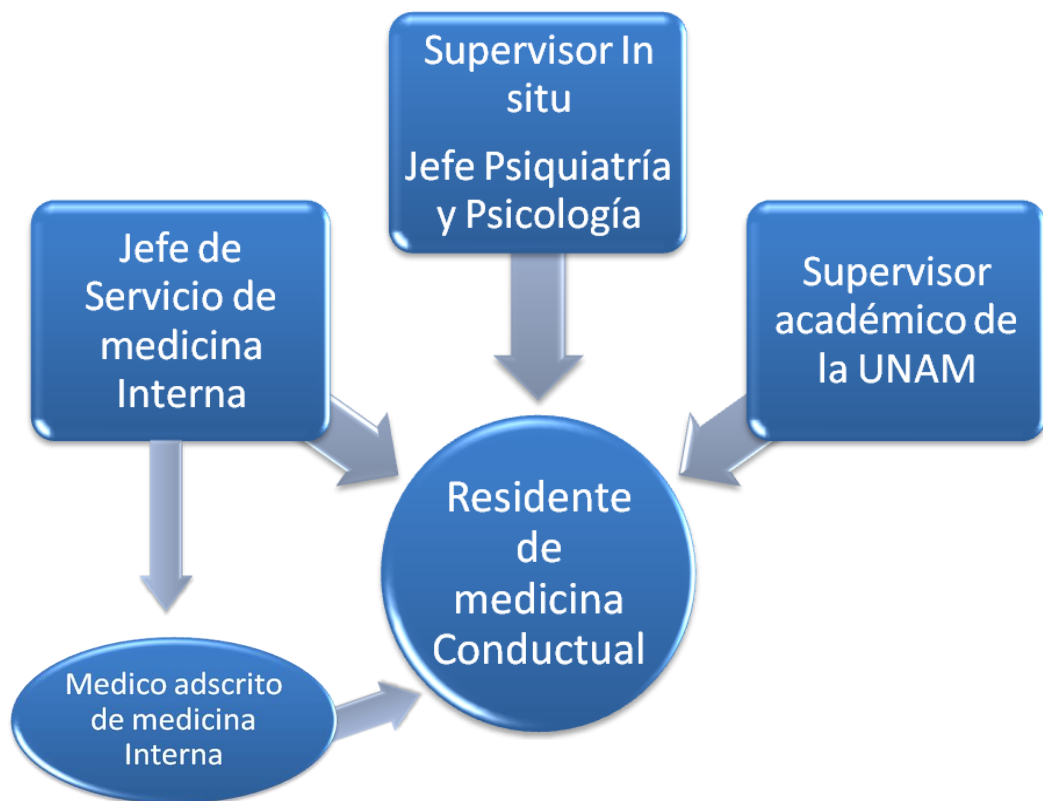
El Hospital Juárez de México (HJM) se fundó el 23 de agosto de 1847 en el edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo, por lo que su nombre inicial fue Hospital de San Pablo hasta el 19 de julio de 1872 que se le dio el nombre de Hospital Juárez.

En 1985 como consecuencia del sismo ocurrido en la Ciudad de México el HJM se derrumbó, por lo que fue reconstruido en la zona norte de la ciudad y se reinauguró el 19 de septiembre de 1989 en Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Del. Gustavo A. Madero.

El HJM es un organismo público descentralizado, cuya misión es la asistencia de alta especialidad, tanto preventiva como de tratamiento médico quirúrgico, enfocada a todo el ciclo de vida de los pacientes. Se considera un hospital de tercer nivel por su especialización y por sus recursos tecnológicos; cuenta con 19 especialidades y subespecialidades médicas, su superficie es de 61,500 m<sup>2</sup>, donde están

construidos siete edificios: 1. Consulta externa; 2. Imagenología; 3. Servicios médicos y administración, 4. Edificio C en donde está: urgencias, oncología, medicina física y rehabilitación y anatomía patológica; 5. Hospitalización; 6. Investigación y enseñanza; 7. Servicios generales.

La autora de esta tesis fue asignada al Servicio de Medicina Interna, bajo la supervisión in situ del Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología (Dr. Ricardo Gallardo), además del Jefe del Servicio de Medicina Interna (Dr. Martín Herrera Cornejo) y los médicos adscritos de dicho servicio; también se contó con la supervisora académica de una profesora de la U.N.A.M. (Dra. Sandra Anguiano), que acudía periódicamente al hospital (ver Figura 23).



**Figura 23:** Líneas de autoridad en el HJM.

### 3.2 CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

El servicio de medicina interna se encuentra en el ala sur del tercer piso del edificio de hospitalización y cuenta con cuatro salas de hospitalización, dos para mujeres y dos para hombres, cada sala tiene seis camás, en total de 24, en ocasiones debido a la gran cantidad de pacientes que ingresan al servicio se ocupan las salas de otros servicios como gastroenterología, cardiología y endocrinología.

Además de las salas de hospitalización se cuenta con un consultorio para la consulta externa (consultorio 45), el cual se ocupa de lunes a viernes en un horario de 8:00 a 13:00 hrs., aunque el horario puede variar dependiendo de la gravedad y el número de pacientes citados. Los días martes 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 atiende a pacientes con otros padecimientos.

La mayoría de los pacientes que llegan al servicio de Medicina Interna provienen del servicio de Urgencias y en menor medida de la consulta externa de Medicina Interna y de otros servicios del mismo hospital. Los pacientes se asignan a cada uno de los médicos adscritos conforme ingresan al servicio.

El personal que labora en el servicio de Medicina Interna está conformado por el Jefe de Servicio (Dr. Martín Herrera Cornejo), cinco médicos adscritos (Dra. Velia Martínez, Dra. Claudia García, Dr. José Salud

Maldonado, Dr. Fausto González y Dr. Jorge Luís Angulo), cinco residentes médicos, cinco médicos internos (que rotan cada dos meses), el equipo de enfermería y una trabajadora social (ver Figura 24).

Cada médico adscrito trabaja con un residente médico y un médico interno, para atender a los pacientes hospitalizados; además cada médico adscrito atiende pacientes en la consulta externa dos días a la semana.



**Figura 24:** Líneas de autoridad en el Servicio de Medicina Interna.

### 3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

Medicina Interna es un servicio que atiende a pacientes con una gran variedad de padecimientos, muchos de sus pacientes se encuentra en fase de estudio para poder establecer un diagnóstico y ser canalizarlos al servicio correspondiente para que reciban el tratamiento adecuado. De tal manera el servicio atiende a pacientes que están hospitalizados por

probable linfoma, leucemia, cáncer, VIH-SIDA, insuficiencia renal, lupus eritematoso sistémico, enfermedades metabólicas, entre otras.

El padecimiento más común en la población que ingresa al servicio de Medicina Interna es la diabetes mellitus y sus complicaciones agudas y crónicas.

La diabetes tiene implicaciones en el funcionamiento social y psicológico de los pacientes, por ser un padecimiento crónico, obliga a cambiar radicalmente el estilo de vida y su aceptación es siempre compleja (García, Ruíz y Díaz, 2002).

Las creencias de salud/enfermedad, la percepción de poca autoeficacia, las ideas irracionales sobre la salud caracterizadas por distorsiones cognitivas (por ejemplo, minimización de riesgo personal); los pensamientos automáticos relacionados con la aceptación y no aceptación de la enfermedad y su curso, se relacionan con problemas emocionales y conductuales que influyen de manera importante en el autocontrol de la diabetes (Christenson, Moran y Wiebe, 1999; Robiner y Keel, 1997). Genera sentimientos de tristeza a debido a la preocupación por las pérdidas asociadas con el diagnóstico de diabetes y el impacto en el estilo de vida del paciente. Además se calcula que de un 15 y un 20% de los pacientes llega a cursar con depresión lo cual interfiere con un adecuado control glicémico (Christenson, et., al., 1999). Lo cual se debe a que el control de la diabetes requiere que el paciente tenga realice

diversas conductas de auto cuidado tales como: seguir un régimen alimenticio, hacer ejercicio, tomar sus medicamentos acudir a visitas médicas y medir el nivel de glucosa en sangre. Sin estos cuidados la cual la enfermedad no logra ser controlada (García, et. al., 2002).

Para llevar a cabo estas conductas el paciente depende de información sobre su padecimiento, conocimiento específico sobre cómo llevar a cabo cada una de las actividades requeridas, así como de aprender y desarrollar estrategias para cumplir con las demandas de su tratamiento. Por lo que las intervenciones psicológicas que el residente de Medicina Conductual son de gran ayuda para el paciente y complementan el tratamiento médico.

### 3.4 EVALUACIÓN DEL SERVICIO.

Cuando se inicio la residencia en el servicio de Medicina Interna el residente de Medicina Conductual no era totalmente incluido al equipo médico:

- No asistía a las clases o sesiones médicas.
- No tenía espacios para brindar atención en consulta externa.
- Eran pocas las canalizaciones de pacientes por parte del equipo de salud (médicos, enfermeras, trabajadora social).
- A pesar de que sabían de la presencia de psicología, no era tan requeridas sus intervenciones, principalmente por falta de



comunicación con el médico acerca del trabajo realizado y el tipo de intervenciones que el psicólogo entrenado en Medicina Conductual puede llevar a cabo con los pacientes.

- El equipo de salud canalizaba a los pacientes con el residente de Medicina Conductual principalmente cuando no cooperaba con el equipo médico, cuando se quería "convencer" al paciente de realizarse algún tratamiento médico, o cuando lo observaban desesperado por el tiempo de hospitalización.
- El equipo médico (incluidos el jefe de servicio) no conocían el tipo de intervenciones que puede realizar el psicólogo entrenado en Medicina Conductual, para favorecer adherencia la tratamiento, conductas de autocuidado, aceptación y adaptación a la enfermedad, que complementa su tratamiento médico y que le permite al paciente mejorar su calidad de vida.

En el servicio de Medicina Interna se detectó un gran número de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos que presentaban deficiencias en el manejo y adaptación a su enfermedad, con altos índices de falta de adherencia al tratamiento, sintomatología ansiosa y depresiva, que hacían más difícil el manejo de su enfermedad.

Además de los pacientes hospitalizados, sus cuidadores primarios y familiares también requerían de apoyo psicológico, debido a dificultad para aceptar el diagnóstico, adaptarse a la enfermedad, falta de

información sobre la enfermedad, pocas habilidades para relacionarse con el equipo de salud y preguntar sus dudas, síndrome de desgaste del cuidador, problemas económicos, duelo, entre otros.

En la mayoría de los casos la relación médico-paciente era deficiente, muchas veces ocasionada por las pocas habilidades de los pacientes para comunicarse con su médico y el reducido tiempo del éste para explicar en un lenguaje adecuado la progresión del paciente. Cabe destacar que las características sociales, culturales, educativas y económicas de los pacientes que acuden al HJM dificultan las intervenciones tanto médicas como psicológicas, debido a que la población que asiste a este hospital tiene en su mayoría escasos recursos económicos poco apoyo social y en muchos casos es analfabeta.

### **3.5 ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL.**

Las actividades realizadas se llevaron a cabo principalmente en el área de hospitalización, también se trabajó en consulta externa dando seguimiento a pacientes captados en hospitalización y atendiendo a grupos terapéuticos de pacientes diabéticos y pacientes con enfermedades gastrointestinales (ver tabla 11).

**Tabla 11:** Actividades diarias del residente de Medicina Conductual.

<b>Hora</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
8:00-9:00	Pase de visita	Pase de visita	Hospitalización	Sesión bibliográfica	Pase de visita
9:00-10:00	Hospitalización	Hospitalización	Pase de visita general	Hospitalización	Hospitalización
10:00-11:00		Sesión bibliográfica	Sesión clínica		
11:00-12:00		Clase con médicos	Grupo de pacientes con enfermedades gastrointestinales	Supervisión académica	Grupo de pacientes diabéticos
12:00-13:00		Consulta externa		Consulta externa	
13:00-14:00			Hospitalización		Hospitalización

Las actividades realizadas se dividen en clínicas y académicas, a continuación se describen cada una de ellas.

- **ACTIVIDADES CLÍNICAS.**

*Visita diaria a las salas de hospitalización.* Se realizaba junto con cada uno de los cinco médicos adscritos el pase de visita los días lunes, martes, jueves y viernes de 8:00 a 9:00 hrs. aproximadamente, dependiendo del número de pacientes. Durante el pase de visita cada residente de Medicina Conductual acompañaba a un médico adscrito distinto cada día, con el fin de visitar la mayor cantidad de pacientes y se mantenía la comunicación con los cinco médicos. En cada pase de visita estaban presentes el médico adscrito, el médico residente, el médico interno y el residente de Medicina Conductual, de tal forma que frente a la cama de

cada paciente los médicos revisaban el expediente, los estudios y después de auscultar al paciente discutían el caso para determinar los procedimientos a seguir para establecer un diagnóstico o para decidir su tratamiento. El papel del residente de Medicina Conductual era observar y tomar nota de lo más importante del estado médico del paciente (estudios médicos, diagnóstico, evolución, pronóstico), así como identificar alguna necesidad psicológica que requiriera de intervención; al finalizar la discusión de cada caso el médico daba información sobre su estado al pacientes y a su cuidador o familiar, en ese momento también se identificaban necesidades psicológicas en los cuidadores o familiares.

Los miércoles se realizaba pase de visita general en el que estaban presentes el jefe de servicio, los cinco médicos adscritos, los cinco residentes médicos, los cinco médicos internos, los dos residentes de Medicina Conductual y la trabajadora social.

*Hospitalización.* La intervención con los pacientes hospitalizados y/o sus cuidadores primarios consistió, en primera instancia, en hacer contacto con ellos y detectar a los que necesitaran algún tipo de intervención o apoyo psicológico, esto podía llevarse a cabo de diferentes formás:

- Durante el pase de visita diario.
- Por la solicitud del jefe del servicio, el médico de base, el médico residentes o el médico interno.

- A partir de la solicitud de personal de enfermería o de la trabajadora social.
- A solicitud directa de un paciente o un familiar.

Una vez identificados los pacientes por atender se asignaban entre las dos residentes de Medicina Conductual para realizar entrevista inicial, intervención y seguimiento a cada paciente. Los pacientes en la hospitalización se atendían generalmente en su cama y a los familiares fuera de la sala de hospitalización, en el pasillo, ya que no se contaba con un espacio adecuado.

Los pasos a seguir para la atención a los pacientes una vez identificados y asignados eran los siguientes:

- Presentación del residente de medicina conductual con el paciente hospitalizado y con el cuidador o familiar que lo acompañaba.
- Explicación de la función del psicólogo en el hospital y la forma en que lo podía ayudar.
- Evaluación del paciente por medio de entrevista y/o pruebas psicológicas.
- De acuerdo a la evaluación, a la enfermedad y a los probables días de hospitalización se realizaba un plan de intervención.
- Realización de las notas de primera vez o subsecuentes en el expediente médico.

Generalmente los pacientes atendidos en la hospitalización eran:

- Pacientes con algún padecimiento crónico degenerativo tratado en el servicio de medicina interna y que había requerido hospitalización por alguna complicación de su enfermedad.
- Pacientes que fueron hospitalizados para ser estudiados en busca de su diagnóstico médico, la mayoría con: cáncer, padecimientos hematológicos (leucemia, linfoma, púrpura trombocitopénica), insuficiencia renal, VIH-SIDA, y que después de su diagnóstico eran canalizados al servicio donde iban a recibir su tratamiento.
- Pacientes hospitalizados por intento suicida que ingresaron al servicio como medida de seguridad o para tratar o controlar los efectos secundarios propios del intento (lavado gástrico, vigilancia de heridas o de otras consecuencias sistémicas o neurológicas).
- Algunos pacientes además de sus padecimientos médicos tenían síntomas de algún trastorno mental como: trastornos relacionados con consumo de sustancias, de la conducta alimentaria, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo.
- Cuidadores primarios y familiares de los pacientes hospitalizados.
- También fue frecuente la intervención en crisis por fallecimiento de un paciente o por recibir malas noticias (diagnóstico médico, mal pronóstico de una enfermedad, recaídas de la enfermedad, poca efectividad del tratamiento, amputación de miembros, entre otros).

*Consulta externa.* En la consulta externa se daba atención a los pacientes que eran dados de alta de la hospitalización requerían seguimiento o completar el tratamiento psicológico (en el consultorio 45 después de la consulta médica)

*Grupos.* Desde el inicio de la residencia se dio continuidad a los talleres para pacientes diabéticos, que se habían iniciado tres años antes. Aunque se hicieron cambios en la estructura del taller, colocando más temas a tratar, así como la elaboración de materiales gráficos para la mejor comprensión de los pacientes. Se piloteo la variante de esta intervención, los resultados se muestran en el capítulo 2.

Los pacientes fueron captados en la Clínica de Diabetes y en la hospitalización, se incluyeron entre 3 y 5 pacientes en cada grupo. Estos grupos se llevaron a cabo los días lunes de 12:00 a 14:00 hrs., en el aula 1 del Edificio de Enseñanza y posteriormente los días viernes de 11:00 a 13:00 hrs., en la sala de juntas del tercer piso del edificio de hospitalización.

A la mitad del año se inició el grupo para pacientes con enfermedades gastrointestinales (gastritis crónica, úlcera péptica y enfermedad por reflujo gastro-esofágico). Los pacientes fueron captados en el servicio de endoscopia, sólo se llevó a cabo un grupo al que asistieron 3 pacientes. El grupo tuvo un horario de 11:00 a 13:00 hrs., los miércoles en el aula 11 del Edificio de Enseñanza.

Estas intervenciones grupales tenían la finalidad de incrementar la adherencia al tratamiento médico y fomentar la regulación emocional.

*Interconsultas.* Se atendían a los pacientes de otros servicios como infectología, endocrinología, neumología o reumatología (servicios que se encuentran en el mismo piso que medicina interna), cuando el médico adscrito o médico residente responsable del paciente, o la trabajadora social, lo solicitaba a alguno de los residentes de Medicina Conductual; después de la intervención se realizaba la nota correspondiente en el expediente médico.

*Elaboración de notas clínicas.* Por cada intervención realizada (en hospitalización y consulta externa) por el residente de Medicina Conductual se hacía una nota psicológica en el expediente médico. La nota de primera vez incluye: ficha de identificación, motivo de consulta, historia clínica, examen mental, diagnóstico y plan de tratamiento; para las notas subsecuentes se utiliza el formato SOAP, S: subjetivo (lo que el paciente refiere), O: objetivo (lo que se observa en el paciente/impresión diagnóstica), A: aplicación (las técnicas utilizadas para realizar la intervención) y P: plan (el plan de tratamiento y sugerencias), además de la ficha de identificación.

*Otras actividades clínicas.* Se llevo a cabo una campaña de detección de ansiedad y depresión en pacientes y cuidadores del Hospital Juárez de México, a petición del jefe del servicio de Medicina Interna como parte del festejo del 160 aniversario del hospital; los resultados se expusieron en la



modalidad de cartel en el congreso de la Sociedad Mexicana de Psicología llevado a cabo en 2007.

- **ACTIVIDADES ACADÉMICAS.**

*Sesiones bibliográficas* Se asistían a dos sesiones bibliográficas semanales, de una hora. Los martes sólo con el supervisor in situ y los residentes de Medicina Conductual y otra los jueves a la que asistían el supervisor in situ, los psicólogos adscritos, y los residentes de medicina conductual.

*Sesiones clínicas.* Los días miércoles se exponían casos difíciles o complicados, estos casos eran presentados por los psicólogos adscritos, por los residentes de Medicina Conductual y por los estudiantes de psicología que realizaban su servicio social. Entre todos los asistentes se discutía el caso y se daba retroalimentación al ponente sobre su intervención y plan de tratamiento.

*Supervisión académica.* Cada 15 días acudía al hospital la supervisora académica con la finalidad de revisar los avances del protocolo de investigación, además de recomendar bibliografía relacionada con dicho protocolo o con los casos clínicos más relevantes o complicados.

*Clases con médicos del servicio.* Se tomaba una clase a la semana de una hora junto con los médicos del servicio de Medicina Interna, cada clase un médico residente o un residente de medicina conductual exponía un tema asignado por el jefe del servicio, en otras ocasiones representantes de

laboratorios farmacéuticos daban la clase e información sobre sus medicamentos.

### **Otras actividades académicas.**

Temas impartidos en el HJM en sesiones bibliográficas y clases médicas:

- Autocontrol: aplicación en pacientes diabéticos.
- La enfermedad crónica: aspectos psicológicos.
- Síndrome de burnout en personal de salud.
- Síndrome de burnout: estrategias para su tratamiento.

Congresos:

- XXXI Congreso interamericano de psicología del 1 al 5 julio 2007 como asistente.
- XV Congreso Mexicano de Psicología, el 26 de octubre de 2007.

Presentación del cartel "Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes y cuidadores del Hospital Juárez de México"

*Desarrollo de protocolo de investigación.* Se modificó y aplicó el protocolo de investigación titulado "Efectos de una intervención cognitivo-conductual para incrementar adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos a sus tratamientos", para aplicarlo se trabajó en el servicio medicina interna con pacientes de la clínica de diabetes y se invitó a algunos pacientes hospitalizados prontos a obtener su alta.

### 3.6. ESTADÍSTICAS DE ATENCIÓN A PACIENTES EN HJM

En el Hospital Juárez de México se atendieron en total 440 pacientes, de estos 249 (59%) fueron pacientes de primera vez, 152 (34%) fueron subsecuentes y 39 (9%) fueron pacientes de interconsultas, pedidas principalmente por los servicios de Infectología y reumatología (Figura 25).

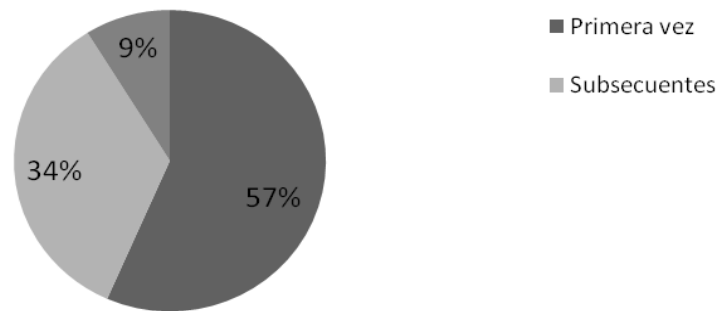


Figura 25: Total de pacientes atendidos en el Hospital Juárez de México

253 (59%) fueron del sexo femenino y 174 (41%) sexo masculino, en cuanto a la edad, el promedio fue de 39 años, la media de 32 años, y la desviación estándar de 19.3, estos pacientes presentaron distintos

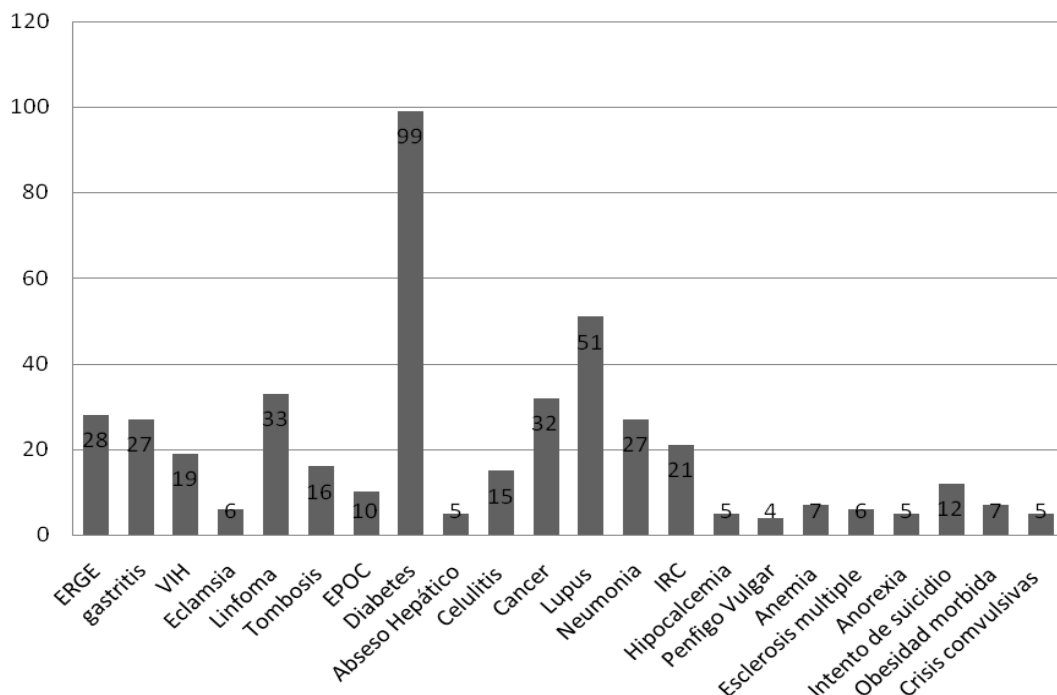
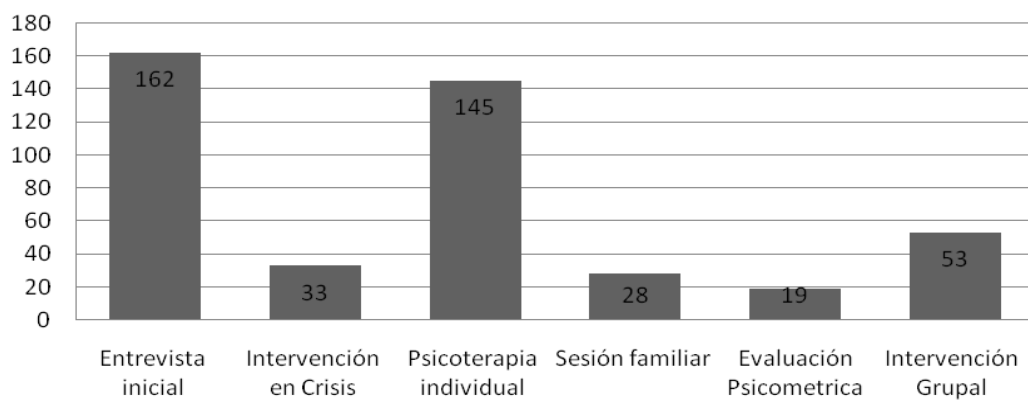


Figura 26: Enfermedades medicas padecidas por los pacientes atendidos por el residente de medicina conductual

padecimientos médicos, entre los más frecuentes: Diabetes, 22.5% (n=99), y Lupus con el 11.5% (N= 51) ver figura 26.

Sobre el tipo de atención psicológica brindada, en 162 se realizó entrevista inicial, 27 se atendieron por intervención en crisis debido a un diagnóstico como cáncer o VIH o bien fueron cuidadores atendidos por la muerte cercana de algún paciente; en 145 pacientes, se pudo dar un seguimiento del caso durante la hospitalización o después del alta, dándoles terapia individual, con 28 pacientes se realizaron sesiones familiares, a 17 se le aplicaron instrumentos de evaluación psicómetra principalmente para medir ansiedad y depresión y 48 recibieron atención grupal. (ver Figura 27)



**Gráfica 27: Tipo de atención psicológica brindada por el residente de medicina conductual**

Las actividades tanto clínicas como académicas realizadas durante el primer año de residencia permitieron a los residentes de Medicina Conductual interactuar más con el equipo médico y formar parte de éste.

A través de dichas actividades se demostraron los beneficios que obtiene el paciente en salud física y psicológica, con un tratamiento interdisciplinario; de esta manera se ganaron espacios (como el consultorio 45 para la consulta externa y la sala de juntas del tercer piso de hospitalización para las intervenciones grupales) para brindar atención a los pacientes y espacios para interactuar con los médicos y dar a conocer el trabajo del residente de Medicina Conductual (clases y sesiones médicas).

Las actividades clínicas fueron difíciles por la falta de un espacio físico, lo que implica menor oportunidad de dar un apoyo psicológico en un ambiente adecuado y en algunos casos los resultados se afectaron, como en el caso de los pacientes que requerían entrenamiento en relajación, en los cuales la falta de espacio adecuado así como las interrupciones del resto del equipo médico y los ruidos constantes hacían difícil aplicar esta y otras técnicas con los pacientes y sus familiares.

Sin embargo, las actividades clínicas resultaron adecuadas para la obtención de las competencias profesionales propuestas para el residente de Medicina Conductual, ya que la población a la que se tiene acceso es amplia y con una diversidad de problemáticas que invitan al alumno a aplicar sus conocimientos teóricos, y a pesar de las limitaciones siempre se buscaba la manera de llevarlas a cabo lo mejor posible con apoyo de los médicos y el jefe de servicio.

Con lo que respecta a las actividades académicas, los temas revisados en las sesiones bibliográficas no concuerdan con el marco conceptual de la Medicina Conductual e incluso los temas de exposición que se revisan no van acorde con las problemáticas a las que el residente se enfrenta en el ambiente hospitalario (en relación al tipo de padecimiento ni médico ni psicológico); sin embargo, se intentó proponer y exponer temas relacionados con el trabajo diario y con el marco conceptual que maneja el residente de Medicina Conductual, para lo cual se nos brindó el apoyo, aunque no se recibió la retroalimentación esperada del supervisor in situ y su equipo de trabajo.

En cuanto a las sesiones clínicas no fueron tan enriquecedoras, por la misma razón que las sesiones bibliográficas, la diferencia de marcos conceptuales. Esta situación ocasionaba, discusiones de las que no se podían obtener conclusiones ni una retroalimentación adecuada en relación a la evaluación de la intervención en los diferentes casos.

La supervisión en el hospital, se enfocó más a cuestiones administrativas, es decir, asistencia, puntualidad, tiempo de permanencia en el servicio, asistencia a sesiones y clases, permisos y vacaciones; la supervisión clínica como tal fue escasa, y cuando se pedía había pocos resultados por la diferencia de marcos conceptuales, de tal forma que las dudas eran resueltas entre los mismos residentes que estaban en otros servicios del hospital. A pesar de la escasa supervisión, es importante mencionar que

siempre se contó con el apoyo del supervisor in situ para cualquier actividad que se le proponía.

La supervisión académica fue adecuada, ya que se compartía el marco conceptual de tal forma que la revisión bibliográfica y la revisión de casos clínicos eran útiles para el trabajo cotidiano del residente de Medicina Conductual.

La elaboración y aplicación del protocolo de investigación durante este año, fue difícil, debido a que la gran cantidad de pacientes que se tenían que atender diariamente, y esto reducía el tiempo que se le podía dedicar a captar pacientes e invitarlos a participar en el protocolo y llevar a cabo la aplicación, además de que no existían espacios adecuados, y muchos de los pacientes no aceptaban participar porque vivían muy lejos del hospital o porque el horario de las sesiones semanales del protocolo se interponían con sus actividades diarias principalmente el trabajo. A pesar de estos inconvenientes, el servicio de medicina interna así como el de endoscopia brindó el apoyo para facilitar la captura de pacientes.

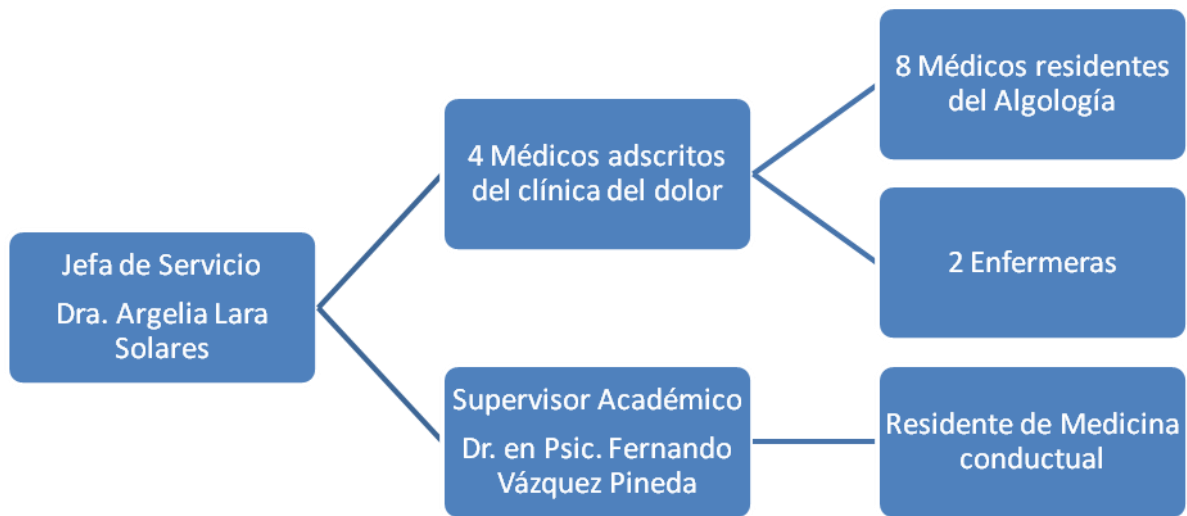
**CAPITULO 4: SEGUNDO AÑOS DE RESIDENCIA EN MEDICINA  
CONDUCTUAL: CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EN EL  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR  
ZUBIRAN.**

**4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE.**

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ, INNSZ) depende de la Secretaría de Salud. Se inauguró el 12 de octubre de 1946 con el nombre de Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Al extenderse sus funciones hacia otros campos, en 1978 se le cambió el nombre por el de Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán que se utilizó hasta junio de 2000, fecha en que se le dió el nombre actual. Su fundador y primer Director fue el Dr. Salvador Zubirán quien dirigió la institución hasta 1980.

Desde su fundación hasta el día de hoy el número de departamentos médicos creció de 3 a más de 40, actualmente dispone de 167 camas para internamiento y una consulta externa que da servicio a un promedio de 135,000 pacientes al año, su personal médico es de 176 especialistas. Y cuenta con 20 cursos de posgrado avalados por la UNAM, en que se forman especialistas en distintos campos. Las líneas de autoridad en INCMNSZ para el residente de medicina conductual se muestran en la figura 28





**Figura 28:** Líneas de autoridad en INCMNSZ

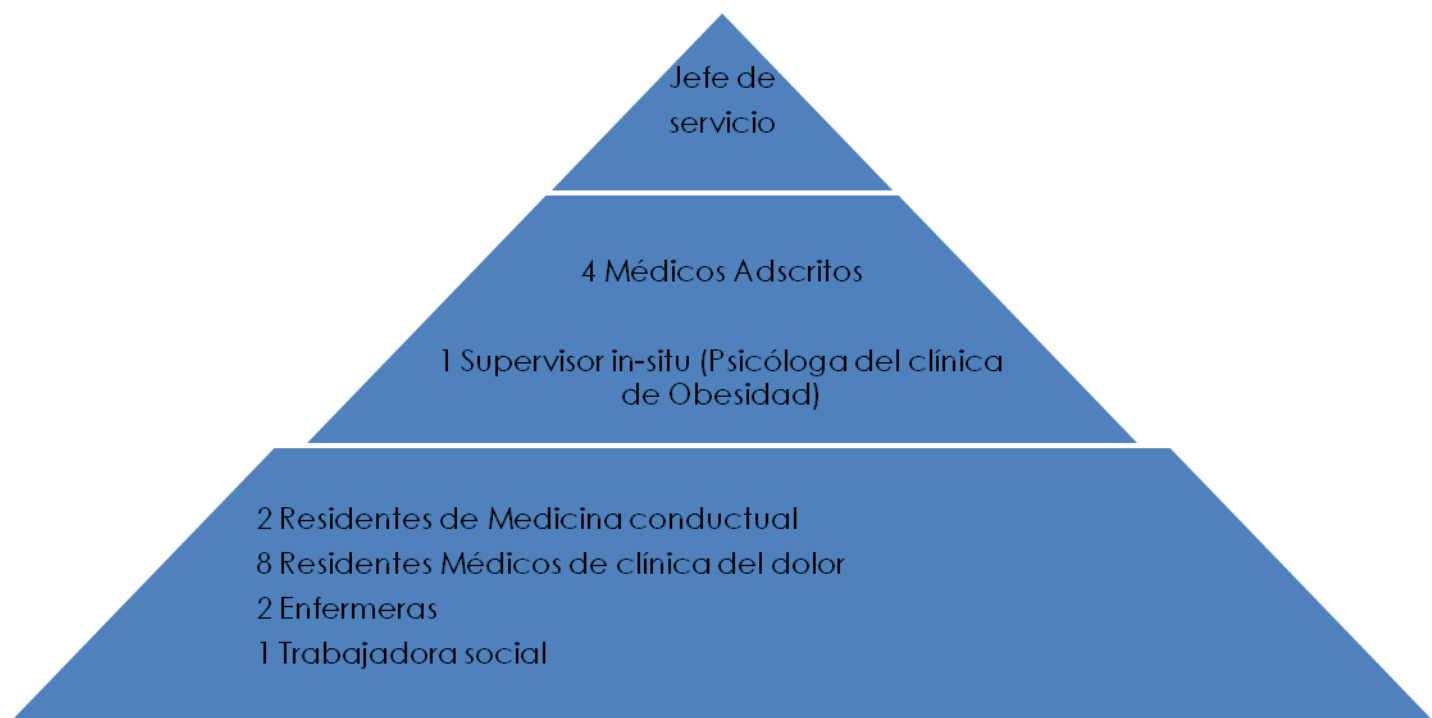
#### 4.2. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE CLINICA DEL DOLOR.

El servicio de Clínica del dolor y cuidados paliativos se encuentra ubicado en el edificio de consulta externa y cuenta con un consultorio (208) para consulta externa de pacientes con dolor crónico en el primer piso del edificio de consulta externa, este espacio se subdivide en cuatro para la atención simultánea de varios pacientes, tiene además un área de cuidados paliativos que se compone de cuatro camillas para la atención de pacientes un área de oficina y un anexo que se comparte con el servicio de neurología. Además cuenta con una sala de juntas para las clases y la entrega de guardia ubicado en el primer piso de la consulta externa, misma que comparte con el servicio de anestesiología y medicina crítica. Y cuenta con una sala de procedimientos que consta de una

pequeña oficina y un consultorio con 3 camillas para atender a los pacientes así como un anexo que se comparte con neurofisiología.

Los pacientes que llegan al servicio de Clínica de dolor y cuidados paliativos siempre son referidos de otros servicios principalmente de oncología.

El personal que labora en el servicio de Clínica del dolor está conformado por la Jefa de Servicio (Dra. Argelia Lara Solares), cuatro médicos adscritos (Dr. Antonio Tamayo, Dr. Alfredo Covarrubias, Dr. Andrés Hernández) y el Profesor titular del curso de dolor anterior jefe de servicio de la clínica de dolor (Dr. Uria Guevara Lopez) además hay ocho residentes médicos, dos enfermeras y una trabajadora social que también se encarga de los pacientes de terapia intensiva (ver Figura 29).



**Figura 29:** Líneas de autoridad en el Servicio de Clínica del Dolor.

Cada médico adscrito tiene asignado un piso y un día de revisión y se encarga de supervisar la atención de los pacientes asignados a su día y a su piso, los fines de semana se alternan para la supervisión.

La consulta de clínica del dolor se lleva a cabo en el consultorio 208 del primer piso ubicado en consulta externa este tiene un horario de 9:00 a 5:00 de la tarde, la consulta de paliativos se lleva a cabo en el consultorio de planta baja de 9:00 a 2:00 de la tarde con excepción de los miércoles día en que ambas consultas finalizan a las 10: 30 para permitir que los residentes asistan a la revisión de casos.

#### 4.3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

Clínica del dolor y cuidados paliativos atiende a pacientes con dolor crónico, la mayor parte de la población de la consulta externa sufre dolor de espalda baja y polineuropatía diabética, mientras que las interconsultas de piso son principalmente por dolor oncológico.

En la consulta de cuidados paliativos se atiende a aquellos pacientes que han sido declarados como pacientes fuera de protocolo curativo por su servicio primario (oncología principalmente) y que se estima su supervivencia no rebasa los 6 meses de vida.

#### 4.4. ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL.

El residente de medicina conductual cumple con diversas actividades dentro de la clínica del dolor y cuidados paliativos, los horarios y lugares donde esas se llevan a cabo se muestran a continuación en la tabla 12.



*Clases:* De lunes a jueves de 7 am a 8 am en el aula 5 del edificio de enseñanza se llevaban a cabo las clases con los médicos residentes. Cada día estaba asignado a un revisor quien coordinaba la clase. El residente de Medicina Conductual también prepara e imparte clases aproximadamente una vez al mes. Los temas que se revisan en clases tienen el objetivo de dar a conocer el papel del psicólogo, orientar al médico sobre aspectos psicológicos y el uso de métodos y estrategias para el manejo del paciente en el área de Medicina del Dolor y Paliativa. El residente de medicina conductual también asiste a las sesiones conjuntas INCMNSZ e INCAN en las cuales se realiza una revisión de un caso clínico, el psicólogo puede dar una opinión sobre aspectos psicosociales del caso. Posteriormente se hace una revisión de artículos en donde el residente de medicina conductual debe proponer artículos de aspectos psicológicos relacionados con el tema visto en esa sesión.

*Pase de visita en hospitalización:* Se realizaba junto con cada uno de los 4 médicos adscritos y los 8 residentes, de lunes a jueves de 8:00 a 8:30 am aproximadamente, dependiendo del número de pacientes. Durante el pase de visita cada residente de Medicina Conductual acompaña a un médico adscrito que tenga asignado ese mes.

En cada pase de visita están presentes el médico adscrito, el médico residente, rotantes y el residente de Medicina Conductual, de tal forma que frente al paciente los médicos revisan las dosis de medicamentos, preguntan la intensidad del dolor por medio de la EVA (escala visual

análoga de dolor) y la ESAS en caso de que el paciente sea interconsultado para cuidados paliativos, se da información y se aclararan dudas con el paciente y los familiares.

En la entrega de guardia se discute cada caso para determinar los procedimientos, establecer un diagnóstico o el manejo de tratamiento. El papel del residente de Medicina Conductual es observar y tomar nota de lo más importante del estado médico del paciente (estudios médicos, diagnóstico, evolución, pronóstico), identificar alguna necesidad psicológica que requiriera de intervención. Cuando el caso ya ha sido evaluado por el Residente de Medicina Conductual se comenta sobre el estado mental, afectivo y social del paciente así como de los familiares. Los comentarios realizados deben ser relevantes para el manejo adecuado del caso.

*Asignación de pacientes:* El área de trabajo de los residentes de Medicina conductual son: consulta externa de dolor, consulta externa de cuidados paliativos, urgencias y hospitalización. La asignación de éstas áreas se proponen a continuación en la tabla 13

**Tabla 13:** Asignación de pacientes entre los residentes del medicina conductual.

Actividad	1er trimestre	2º trimestre	3er trimestre	4º trimestre
Hospitalización	R1: 1º, 4º piso y urgencias. R2: 2º y 3º piso	R1: 2º y 3º piso R2: 1º, 4º piso y urgencias	R1: 1º, 4º piso y urgencias. R2: 2º y 3º piso	R1: 2º y 3º piso R2: 1º, 4º piso y urgencias.
Consulta Externa	R1: consulta de dolor R2: consulta del paliativos	R1: consulta del paliativos R2: consulta de dolor	R1: consulta del paliativos R2: consulta de dolor	
Guardias de Fin de semana	Los residentes asisten alternadamente a la guardia de fin de semana el horario de inicio depende de la hora en que el residente de clínica del dolor inicie el pase de visita.			

Residente 1: R1, Residente 2: R2.

**Canalización:** La forma de canalización de los pacientes es distinta dependiendo de si el paciente es atendido por dolor crónico o es enviado a cuidados paliativos, el número de pacientes en cuidados paliativos es menor al número de pacientes atendidos por dolor crónico, por ello se intenta entrevistar a todos los pacientes y cuidadores atendidos en consulta de cuidados paliativos y se tienen criterios más específicos con los pacientes de dolor crónico el procesos de canalización se describe más detalladamente a continuación:

*Atención en Cuidados Paliativos:* Se entrevistaba a todos los pacientes de cuidados paliativos y a su cuidador primario (Apendice1) entrevista de pacientes en cuidados paliativos) se detectan las necesidades de atención el paciente y de su cuidador primario y se da seguimiento en



caso de ser necesario. La entrevista se realizaba después de la consulta médica y duraba aproximadamente 1 hora. Las consultas de seguimiento podían hacerse por cita directa con el psicólogo encargado del área o bien en la posterior consulta médica del paciente.

*Consulta de Dolor:* Se realizaba la entrevista inicial con aquellos pacientes analizados por el médico residente por cumplir las siguientes condiciones: síntomas depresivos o ansiosos, déficit de adherencia al tratamiento o sospecha de abuso de sustancias. La entrevista incluía aspectos sobre el conocimiento del paciente sobre su padecimiento, apoyo social, antecedentes de adicciones, características de la familia, se evaluaba también déficit en adherencia a su tratamiento, síntomas de ansiedad y depresión y duelo debido a la enfermedad y sus efectos. Una vez que se detectaban las necesidades del paciente se realizaba la intervención correspondiente, la cual incluía: psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, planeación de actividades.

La intervención también podía ser individual solo en caso de que el paciente no pudiera asistir al taller; la intervención psicológica individual mantenía los mismos elementos que la grupal.

#### 4.5. EVALUACIÓN DEL SERVICIO.

Cuando se inició la residencia en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, el residente de Medicina Conductual fue desde un inicio incluido al equipo médico:

- Asiste a las clases o sesiones médicas.
- Tiene los mismos espacios para brindar atención en consulta externa.
- Se le realizan varias canalizaciones de pacientes por parte del equipo de salud.
- Y está presente en la entrega de guardia y discusión de casos clínicos y se pide su opinión profesional con frecuencia

Las condiciones para desarrollar el trabajo del equipo de psicología son adecuadas, se cuenta con el apoyo e interés de la jefa de servicio así como de los médicos adscritos lo cual permite que los residentes de algología consideren al psicólogo como un miembro relevante para el tratamiento de los pacientes con dolor crónico y en cuidados paliativos.

En el servicio se detectó un gran número de pacientes con padecimientos dolor crónico que tiene baja adherencia al tratamiento, deficiencias en el manejo y adaptación a su enfermedad, y sintomatología ansiosa y depresiva, también se pide la participación del psicólogo para guiar del diagnostico de delirium el cual es muy común en los pacientes de paliativos

También hay una elevada incidencia en los índices de Desgaste en los cuidadores primarios de estos pacientes. Y al inicio no se les daba la atención psicológica adecuada, es por ello que el protocolo desarrollado durante la estancia en la clínica se enfocó a esta población.

Cabe resaltar que la pérdida de funcionalidad durante la progresión de la enfermedad en fase terminal dificulta el seguimiento tanto de los pacientes como de sus familias, debido a que se limita su movimiento y esto dificulta que continúen con sus visitas al hospital. Por lo que el psicólogo debe contar con estrategias para realizar intervenciones breves, otro problema que surge con frecuencias es la falta de apoyo social; y en el caso de los pacientes en cuidados paliativos en muchas ocasiones es necesario concientizar a la familia sobre la importancia de informar al paciente sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad ya que su desconocimiento dificulta las intervenciones tanto médicas como psicológicas.

Otra deficiencia del servicio es que una vez que el paciente en cuidados paliativos fallece, es difícil dar seguimiento a la familia, ya que ésta, no está contemplada dentro del tratamiento debido a que carece de carnet de consulta.

Los pasos a seguir para la atención a los pacientes una vez identificados y asignados eran los siguientes:

- Presentación del residente de medicina conductual con el paciente hospitalizado y con el cuidador o familiar que lo acompañaba.
- Explicación de la función del psicólogo en el hospital y la forma en que lo podía ayudar.
- Evaluación del paciente por medio de entrevista y/o pruebas psicológicas.
- De acuerdo a la evaluación, del paciente y de su cuidador se realizaba y ejecutaba un plan de intervención.

Los pacientes atendidos en la hospitalización eran:

- Pacientes con dolor crónico derivado de Cáncer, artritis y problemas en la estructura de la columna vertebral.
- Pacientes fuera de tratamiento curativo que se estimaba una sobrevivencia de menos de 6 meses principalmente derivado de la evolución de algún tipo de cáncer.
- Cuidadores primarios de pacientes de clínica del dolor y cuidados paliativos con síndrome de desgaste del cuidador.

#### **OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS:**

Clases:

Síndrome Burnout en personal médico y de enfermería

Evaluación psicológica del paciente con dolor crónico.

Síndrome de Desgaste o sobrecarga en el cuidador y su importancia en el tratamiento médico del paciente de clínica de dolor y cuidados paliativos

Trastornos de personalidad en Dolor Crónico.

Clase en el Auditorio: Síndrome de desgaste en el cuidador del paciente terminal y su importancia en el tratamiento de cuidados paliativos

Clase para el curso de cuidados paliativos para enfermería: Síndrome Burnout en enfermeras de cuidados paliativos

*Ensayos:*

Mitos y realidades sobre las Adicciones en dolor crónico.

Dolor pensamiento y conducta

Delirium en el paciente en fase terminal.

Encefalopatía hepática y su medición

Miedo al movimiento en dolor crónico

Adherencia en dolor crónico

¿Es importante la evaluación psicológica en clínica de dolor?

*Congresos y Talleres impartidos durante la maestría.*

☞ Sociedad mexicana de psicología

XVI Congreso mexicano de psicología

Trabajo: Evaluación de un programa cognitivo conductual en la adherencia de los pacientes diabéticos a sus tratamientos

Fecha: 1 al 3 de octubre del 2008

∞ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran

Nombre de la ponencia: Burnout en el personal de salud

Fecha: 31 marzo al 11 abril del 2008

∞ Sociedad mexicana de psicología

XV congreso Mexicano de psicología

Trabajo: Depresión y ansiedad en familiares y pacientes del Hospital Juárez de México

Fecha: 24 al 26 de octubre del 2007

∞ Instituto Nacional de Ciencias Médica y Nutrición Salvador Zubiran

Curso "Taller de Tanatología desde una visión multidisciplinaria"

Ponencia: Desgaste en el cuidador primario de paciente terminal

Fecha; 23, 24 y 25 de febrero del 2009

#### *Congresos y Cursos como asistente durante la maestría*

∞ Sociedad mexicana de psicología

XVI Congreso mexicano de psicología

1 al 3 de octubre del 2008

∅ Sociedad interamericana de psicología

XXI Congreso interamericano de psicología

Fecha: 1 al 5 julio del 2007

∅ Sociedad mexicana de Psicooncología A. C., Instituto Nacional de Cancerología y la Facultad de psicología UNAM

Taller aspectos médicos y psicológicos en cuidados paliativos del paciente con cáncer.

Fecha: 30 junio del 2007

∅ Sociedad mexicana de medicina conductual

Nombre del curso: Coloquio 2006 de medicina conductual

Fecha: 12 octubre 2006

#### 4.6. ESTADÍSTICA DE PACIENTES ATENDIDOS DURANTE LA ESTANCIA EN EL INCMNSZ

Durante el año de estancia en el instituto nacional de nutrición se atendieron a 432 pacientes de estos, 131 eran cuidadores y 301 eran pacientes del hospital. Sobre los pacientes, n=248 (81%) eran de sexo femenino y n=58 (19%) de sexo masculino, La media de edad de los pacientes fue de 53.8 años la mediana fue 50 años y la desviación

estándar 13.4 l. Estos pacientes eran atendidos en el instituto por diferentes padecimientos médicos entre los más importantes Lumbalgia 15%, Cáncer de mama 14%, y Cáncer gástrico con 11% de los casos (ver figura 30)

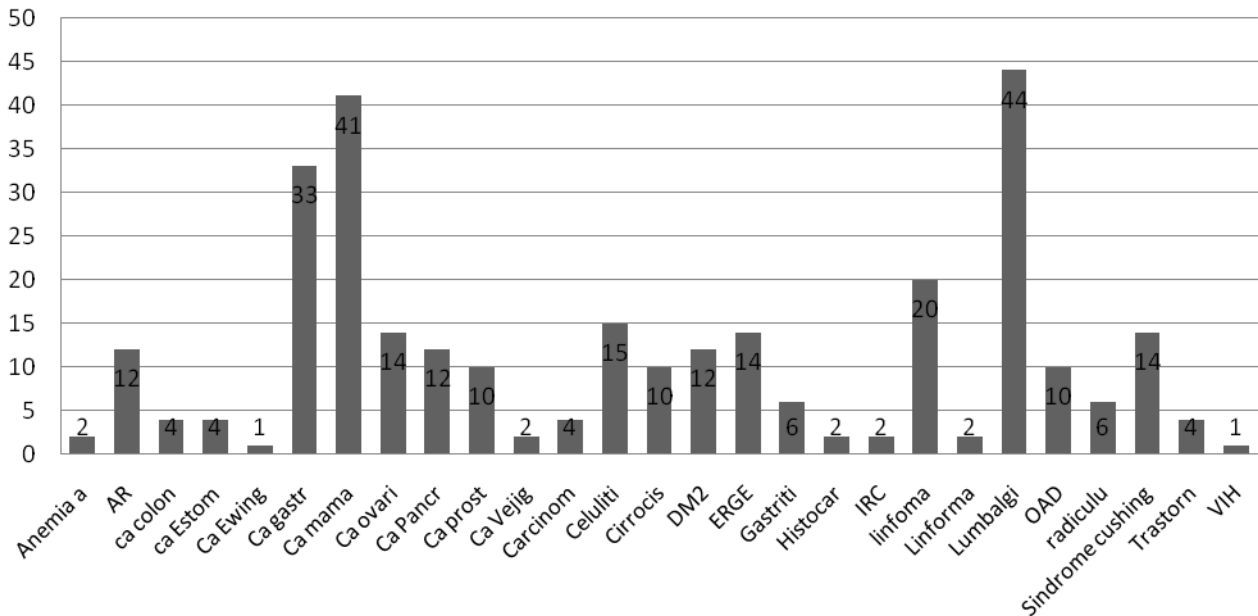


Figura 30: Diagnóstico médico de base de los pacientes atendidos por el residente de medicina conductual en clínica del dolor del INCMNSZ

El motivo de consulta más frecuente por el cual se atendió a estos pacientes fue presencia de síntomas de ansiedad 28% y presencia de síntomas depresivos 24% (ver figura 31)

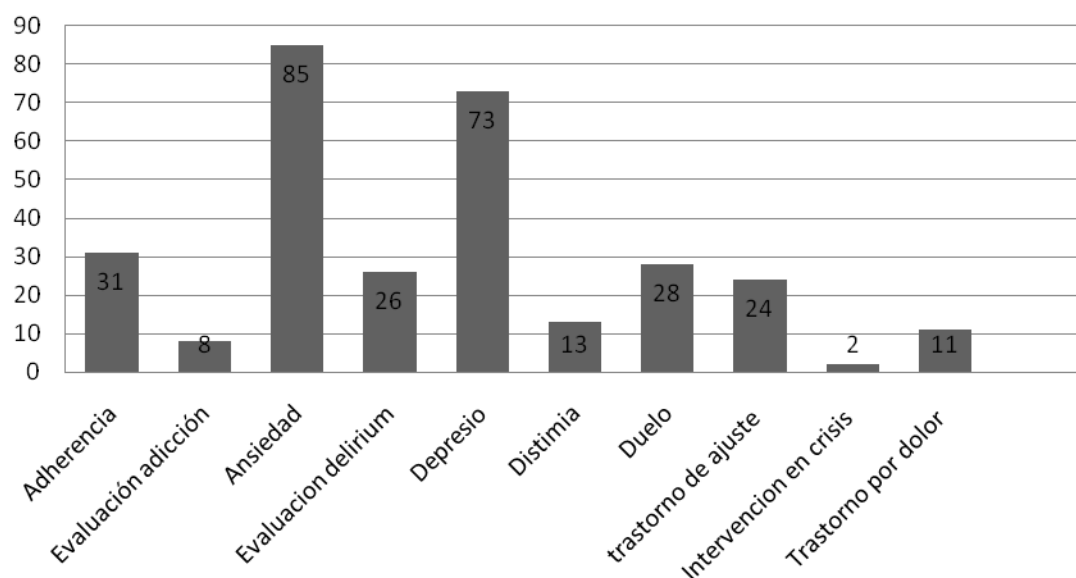


Figura 31: Motivo de consulta por el cual fueron remitidos con el residente de medicina conductual



En cuanto a los cuidadores que se atendieron, n=95 eran de sexo femenino, n=36 fueron de sexo masculino, n=46 atendían a pacientes con dolor crónico y 85 eran cuidadores de pacientes en cuidados paliativos. Sobre la edad, el promedio fue de 43.5 años la mediana, fue de 43 años y la desviación estándar fue 13.5.

El motivo por el cual se atendió a estos cuidadores fue principalmente por elaboración de duelo 27% debido a que su paciente se encontraba en una fase terminal. Y por presentar síndrome de desgaste 20%. (figura 32).

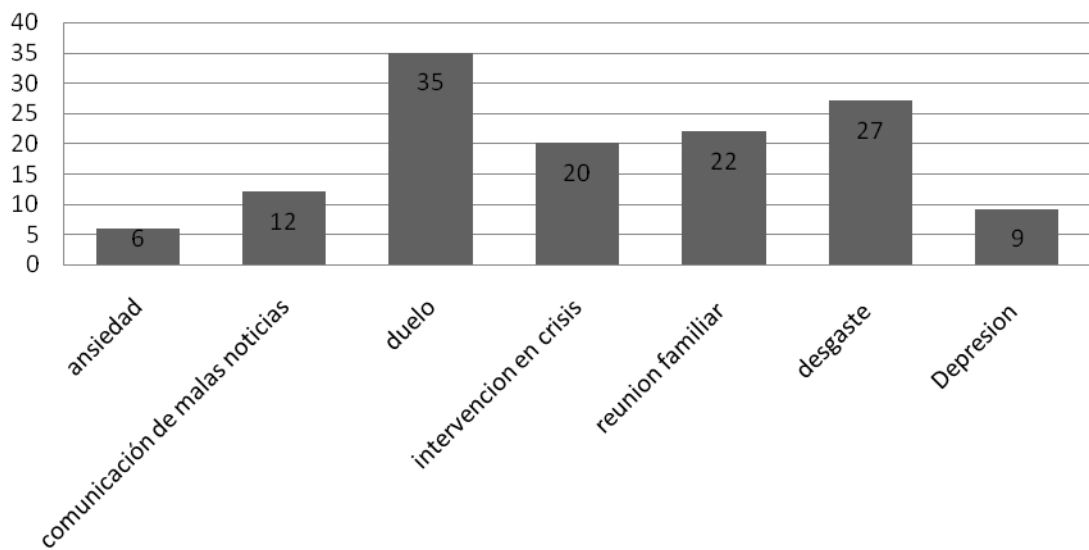


Figura 32: Motivo de consulta por el cual se atendió a los cuidadores primarios

## REFERENCIAS

- Alpizar, M., (2006). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. Vol 1. México: Alfil.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M., (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Anderson, F y Downing, G, (1996) Palliative Performance Scale (PPS): A new tool. *Journal of Palliative Care*, 12, 5-11.
- Aoun, S., Krisjanson, L., Currow, D. y Hudson, P., (2005). Caregiving for the terminally ill: at what cost?. *Palliative Medicine*, 19, 551 -555.
- Azulay, T., (2003). La sedación terminal: Aspectos éticos. *Anales de Medicina Interna*, 20, 49- 53
- Barceló, A., Robles, S., White, F., Jadue, L., y Vega, J., (2001). Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10, 307-313
- Block, S., (2000). Managing Depression in Assessing and the Terminally Ill Patient. *Annals of Internal Medicine*, 132, 209–218
- Barzil, K., Bedard, M., Willson, K. y Hode, M., (2003). Caregiving and its impact on families of the terminally ill. *Aging and Mental Health*, 7, 376-382.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, K., Funesti-Esch, J., Galietta, M., et., al., (2000) Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer. *JAMA*, 284, 2907-2911.

- Buendía, J. y Ramos, F., (2001). *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cabrera-Pivaral C., González-Pérez, G., Vega-López, M., Arias-Merino E., (2004). Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con diabetes tipo 2. *Cuadernos de Salud Pública*, 2, 275-28.
- Castillo, A. (2005). *Intervención cognitivo-conductual grupal para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., (2000). Depression and Diabetes: Impact of Depressive Symptoms on Adherence, Function, and Costs. *Annals of Internal Medicine* 160, 3278- 3285.
- Ciechanowski, P., Russo, J., Katon, W., Von Korff, M., Simon, G. L., Ludman, E., y Joven, B. (2006). The Association of Patient Relationship Style and Outcomes in Collaborative Care Treatment for Depression in Patients With Diabetes. *Medical Care*, 44, 283-291.
- Christensen, A., Moran, P. y Wiebe, J, (1999). Assessment of irrational health beliefs: Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology*, 18, 169-176.
- Consulta Mitofsky, Distribución de los niveles socioeconómicos en México informe del fondo monetario internacional; Perspectivas de la economía

mundial. (2006, abril). Recuperado el 12 junio de 2009, de [http://www.consulta.com.mx/interiores/17\\_articulosinteres/ai\\_distrib\\_nse06.html](http://www.consulta.com.mx/interiores/17_articulosinteres/ai_distrib_nse06.html)

Das-Munshi, J., Stewart, R., Ismail, K., Bebbington, P. E., Jenkins, R., Prince, M. J., (2007). Diabetes common Mental disorders and disability: Findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychosomatic Medicine*, 69, 543-550.

*Diario Oficial de la Federación, MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994* (2000, 7 de abril). Recuperado el 15 de mayo de 2007, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>

DiMatteo, R., Lepper, H., Croghan, T., (2000). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Annals of Internal Medicine*, 132, 2101-2107

Dumont. S., Turgeon, J., Allard, P., Canon, P., Chanconneau, C. y Vezina, L., (2006). Caring for a Loved One with Advanced Cancer: Determinants of Psychological Distress in Family Caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 912-921.

- Egede, L., (2004). Effect of Comorbid Chronic Diseases on Prevalence and Odds of Depression in Adults With Diabetes. *Diabetes Care*, 27, 421–428.
- Emanuel, E., Fairclough, D., Slutsman, J y Emanuel, J., (2000). Understanding Economic and Other Burdens of terminal illness: The experience of patients and their caregivers. *Annals of internal Medicine* 132, 6, 451– 459
- Farré, J., Laceras, M., Casas, J., (2001). *Enciclopedia de Psicología*. Barcelona, España: Océano.
- García, A., Ruíz, J., Díaz, A., (2002). Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes medicamente enfermos internados en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, ISSSTE. *Psiquiatría*, 18 (3), 172-174.
- Give, B., Wyatt, G., Given, C., Sherwood, P., Giff, A., DeVoss, D. y Rahbar, M., (2004). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncology nursing forum*, 31, 1105-1114.
- Goldstein, N., Connector, J., Fried, T., y V Kals, S., (2004). Factors associated with caregiver burden among caregivers of terminally ill patients with cancer. *Journal of Palliative Care*, 20, 38-43.
- Gómez, N., (2001). *Incidencia de depresión y colapso de cuidado primario de pacientes hospitalizados en el servicio de geriatría*. Tesis de Especialidad no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina, México.

- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C., et., al., (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association*, 170, 1795-1801.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C, et., al., (2004). Family caregivers burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregiver. *CMAJ*, 170, 1795-1801.
- Grunfeld, E., Cpyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, A., Viola, R., Cristine, M., Jans, T. y Glossop, R., (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patient and their principal caregivers. *Canadian Medical Association*, 170, 1795-1801
- Guevara, U. y De Lille, R., (2008) *Medicina del dolor y Paliativa*. México: Corinter.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, Sánchez-Sosa, J. y Willey, C., (2003). Behavioral mechanisms explaining adherence. What every health professional should know. World Health Organization.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, 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, 26-31
- Kinsella, G., Cooper, B., Picton, C., y Murtangh, D., (1998). A review of the measurement of caregiver and family burden in palliative care. *Journal of Palliative care* 14, 37- 45

- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J., De la Cámara, C., Ventura, et., al., (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112, 767-774
- López, J., Vázquez, V., Arcilla, D., Sierra, A., Gonzalez, J. y Salin, R., (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del hospital anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obsesos mexicanos. *Revista de Investigacion clínica*, 54, 403-401.
- Lorenz, K., Lynn, J., Dy, S., Shugarman, L., Wilkinson, A., Mularski, R., et., al., (2008). Evidence for Improving Palliative Care at the End of Life: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 148, 147- 160
- Lustman, P. J., Clouse, R. E., Nix, B.; Freedland, K., Rubin, E. H., McGill, J.B., Williams, M., et., al., (2005). Sertraline for Prevention of Depression Recurrence in Diabetes Mellitus: A Randomized, Double-blind, Placebo-Controlled Trial. *Health Care*, 17, 141-161.
- Medel, B. C., y González, L., (2006). Estilos de vida. Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 15, 16-19
- Melin-Johansson, C., Axelsson, B. y Danielson, E., (2007). Caregivers perceptions about terminally ill family members quality of life. *European Journal of Cancer Care*, 16, 338–345

- Mittelman, M., (2005). Taking care of the caregivers. *Geriatric psychiatry. Current Opinion in Psychiatry*, 18, 633-639
- Namba, N., Morita T., Imura, C., Kiyohara E., Ishikawa, S. y Hirai, K., (2007). Terminal delirium: familys experience. *Palliative Medicine*, 21, 587-594.
- Oblitas, L. y Becoña, E., (2000). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdez Editores.
- Ohkubo, Y., Kishikawa, H., Araki, E., Miyata, T., Isami, S., Motoyoshi, S., et., al., (1995). Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study *Diabetes Research and Clinical Practice*, 28, 103-117
- OMS *Palliative care: cancer control knowledge into action, WHO guide for effective programs*. (2007). Recuperado de internet el 29 de abril del 2009 de <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>
- Ortiz, M. y Ortiz, E., (2005). Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Revista médica de Chile*, 133, 307-313
- Otero, L. y Scheitler, F (2003) Educación del paciente: Prevalencia de diabetes en pacientes internados. *Revista Médica del Uruguay*, 19, 4-13.
- Petersen, T., Losifescu, D., Papakostas, G., Esquile, D., Fava, M., (2006). Clinical characteristics of depressed patients with comorbid diabetes mellitus. *International Clinical Psychopharmacology*, 21, 43-47.



- Peyrot, M. y Rubin, R., (1997). Levels and Risks of Depression and Anxiety Symptomatology Among Diabetic Adults. *Diabetes Care*, 20, 585-590.
- Porta, P., Serrano, G., González, J., Sánchez, D., Tuca, A. y Gómez-Batiste, X., (2004). Delirium en cuidados paliativos oncológicos: revisión. *Psicooncología*, 1, 113-130
- Prados, J. y Quesada, F., (1998) Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. *FVC*, 5, 238-249.
- Proot, I, M., Abu-Saad, H. H., Crebolder, H., Goldsteen, M., Luke, K. A., y Widdershoven, G., (2003) Vulnerability of family caregiver in terminal palliative care at home, balancing between burden and capacity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 113- 121
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F., Sanchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 445-462
- Robiner, W., Keel, P., (1997). Self-Care Behaviors and Adherence in Diabetes Mellitus. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 2, 40-56
- Robles, R., Varela, R., Jurado. S., y Páez, F., (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométrías. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.

- Romer, A. (2005) *Factores de riesgo para síndrome de sobrecarga del cuidador primario del paciente pediátrico con trasplante renal*. Tesis de Posgrado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, México.
- Sánchez, L., (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Ciencia Médica La Haban*, 8,
- Selli, L., Kauffmann, L., Nazareth, S. y Zapico, J., (2005). Técnicas educacionales en el tratamiento de la diabetes. *Cuadernos de salud Publica*, 21, 1366- 1372.
- Simon, M., (1999). *Manual de Psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca nueva
- Sistema nacional de Información en Salud (SNAIS). Principales causas de mortalidad generalidad nacional*, (2005). Recuperado el 15 de mayo de 2007 de <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
- Spielberger, C. y Díaz-Guerrero R., (1975). *Inventario de ansiedad rasgo-estado*. Primera parte manual e instructivo. México: Manual Moderno.
- Tzuh-Tang, S., (2006). Predictor of the extent of agreement for quality of life assessments between terminally ill cancer patients and their primary family caregiver in Taiwan. *Quality of life research*, 15, 391-404
- Visser, G., Kinkenber, M., Broese van, M., Groenou-Willems, D. I., knipscheer, C., y Deeg, D, (2004). The end of life: informal care for dying older people and its relationship to place of death. *Palliative medicine*, 18, 468-477.

- Wolff, L., Dy, S., Frick, K., Kasper, J., (2007). End-of-Life Care Findings From a National Survey of Informal Caregivers. *Annals of internal medicine*, 167, 40-46
- Yesilbalkan, O., Ozkutuk, N., Karadakovan, A., Turgut, T., Kasga, B., (2008). validity and reliability of the Edmonton Symptom Assessment Scale in Turkish cancer Patients. *Turkish Journal of Cancer*, 38, 62-70
- Yun, Y., Lee, C., Kim, S., Lee,S., Heo D., Kim J, et., al., (2004). The Attitudes of Cancer Patients and Their Families Toward the Disclosure of Terminal Illness. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 307-314
- Zarit S. (2004). Family care burden at the end of life. *Canadian Medical Association*, 170, 1811-1812.
- Zarit, M., y Zarit, T., (1982). Evaluación del medio y del cuidador del paciente con demencia. Barcelona: Prous.

## Apéndice 1

### Hospital Juárez de México

#### Instrumentos y otros formatos

Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Ansiedad de Beck

Cartas descriptivas del Protocolo de adherencia en pacientes diabéticos

Folleros de Protocolo de adherencia en pacientes diabéticos

Carnet de Adherencia

Recetario para pacientes diabéticos

Registro de cadena cognitivo conductual.

## Inventario de Depresión de Beck

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- |   |  |
|---|--|
| 0 Yo no me siento triste  | 0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo                                |
| 1 Me siento triste  | 1 Estoy desilusionado de mí mismo  |
| 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo                       | 2 Estoy disgustado conmigo mismo   |
| 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo                        | 3 Me odio  |
| 0 En general no me siento descorazonado por el futuro                       | 0 Yo no me siento que sea peor que otras personas                          |
| 1 Me siento descorazonado por mi futuro                                     | 1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores                      |
| 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro                           | 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas                                   |
| 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar | 3 Me culpo por todo lo malo que sucede                                     |
| 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo                | 0 Yo no tengo pensamientos suicidas  |
| 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo               | 1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo                  |
| 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada                              | 2 Me gustaría suicidarme   |
| 3 Estoy insatisfecho  | 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad                                  |
| 0 Yo no me siento como un fracasado   | 0 Yo no lloro más de lo usual  |
| 1 Siento que he fracasado más que las personas en general                   | 1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo                                  |
| 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos          | 2 Actualmente lloro todo el tiempo   |
| 3 Siento que soy un completo fracaso como persona                           | 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo |
| 0 En realidad yo no me siento culpable                                      | 0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar                          |
| 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo                              | 1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes                               |
| 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo                              | 2 Me siento irritado todo el tiempo  |
| 3 Me siento culpable todo el tiempo   | 3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo                   |
| 0 Yo no me siento que esté siendo castigado                                 | 0 Yo no he perdido el interés en la gente                                  |
| 1 Siento que podría ser castigado   | 1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar                 |
| 2 Espero ser castigado  | 2 He perdido en gran medida el interés                                     |
|   | 3 He perdido todo el interés en la gente                                   |
|   | 3 ya no tengo interés en la gente  |
| 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho                         |  |

- |  |  |
|--|--|
| 1 Pospongo tomar decisiones más que antes  | 2 Mi apetito está muy mal ahora  |
| 2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes   | 3 No tengo apetito de nada   |
| 3 Ya no puedo tomar decisiones   |  |
| 0 Yo no siento que me vea peor de como me veía   | 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente  |
| 1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)                                       | 1 He perdido más de dos kilogramos   |
| 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)      | 2 He perdido más de cinco kilogramos   |
| 3 Creo que me veo feo(a)   | 3 He perdido más de ocho kilogramos  |
|  | A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos   |
|  | SI_____ NO_____  |
| 0 Puedo trabajar tan bien como antes   | 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes   |
| 1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo   | 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación |
| 2 Tengo que obligarme para hacer algo  | 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más                         |
| 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo   | 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa            |
| 0 Puedo dormir tan bien como antes   |  |
| 1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo   | 0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo                                   |
| 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir | 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba   |
| 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir        | 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora  |
|  | 3 He perdido completamente el interés por el Sexo  |
| 0 Yo no me canso más de lo habitual  |  |
| 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo  |  |
| 2 Con cualquier cosa que haga me canso   |  |
| 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa  |  |
|  |  |
| 3 Siento que he sido castigado   |  |

### Inventario de Ansiedad de Beck

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **No. De expediente:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMA	POCO O NADA	MÁS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilitamiento de las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

## Cartas descriptivas del taller de Diabetes y Trópicos

<i>SESIÓN 1. PRESENTACIÓN, INTEGRACIÓN Y EVALUACIÓN.</i>					
<b>Objetivo.</b> Los participantes se integrarán, conocerán el objetivo general del grupo y la dinámica a seguir en cada una de las sesiones.					
Tiempo	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
10 min.	Presentación del terapeuta.	Presentación Participantes	Exposición.		
4 min.	Explicar objetivo de la intervención y dinámica de sesiones.	Escuchar, exponer duda.	Exposición.		
5 min.	Establecer reglas: Asistencia, Puntualidad y Participación.	Escuchar, expresar opiniones, dudas, generar más reglas.	Exposición, lluvia de ideas.	Pizarrón, plumones.	
3 min.	Señalar la importancia de la evaluación antes, durante y después del tratamiento. Pedir autorización para usar datos	Escuchar dudas, expresar dudas. Firmar en caso que así lo desee carta de consentimiento informado	Exposición.	Carta de consentimiento o informado.	
40 min.	Aplicación de las escalas de IDB e IAB	Responder los cuestionarios,	Ninguna	IDB e IAB Lápices.	terapeuta calificara las escalas
20 min.	Coordinar dinámica para la integración del grupo.	Participar en la dinámica.	Dinámica Esta en tus manos	Hojas blancas y lápices	
15 min.	Explicación del llenado de registro de adherencia y su importancia.	Escuchar, expresar dudas. Poner ejemplos.	Exposición, autoregistro.	Carnet de adherencia terapéutica, lápices.	El paciente deberá con sus palabras como llenar el carnet



SESIÓN 2. ¿QUÉ ES LA DIABETES?					
<b>Objetivo.</b> Los participantes identificarán: que es la diabetes, el funcionamiento del páncreas y de la insulina en el organismo, las causas de la enfermedad, síntomas y factores de riesgo.					
Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
70 min	Explicar: que es diabetes, sus causas, síntomas y factores de riesgo. función de: páncreas e insulina en el organismo.	Escuchar, participar, expresar dudas	Exposición	Pizarrón blanco, plumones y cartel del funcionamiento del páncreas	Resumir cual es la función del páncreas y la insulina, listar por lo menos 3 síntomas y factores de riesgo de la diabetes
15 min	Dar el folleto de ¿Qué es la diabetes? Y el carnet de adherencia.	Recibir el folleto y leerlo en casa. Llenar carnet de adherencia	Ninguna	Folleto ¿Qué es la diabetes? Y Carnet de adherencia	

SESIÓN 3. COMPLICACIONES DE LA DIABETES.

**Objetivo.** Los participantes identificarán las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes, y su relación con la falta de adherencia

Tiempo	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
10 min	Preguntar que tema se reviso la sesión anterior y pedir a los participantes que lo resuman	Resumir en qué consiste la diabetes, como funciona el páncreas y la insulina; las causas, los síntomas y factores de riesgo de la diabetes	Exposición	Pizarrón y Plumones	El paciente resumirá los temas vistos la sesión anterior.
75 min	Explicar cuales son y porque se originan las complicaciones crónicas y agudas en diabetes y la importancia de la adherencia terapéutica para evitarlas	Escuchar, participar, expresar dudas	Exposición	Pizarrón blanco, plumones y presentación de complicacion es crónicas	Listar complicaciones crónicas y complicaciones agudas de la diabetes y como prevenirlas
5 min	Dar al paciente los folletos de Complicaciones crónicas y complicaciones agudas de la diabetes Y carnet de adherencia	Recibir los folletos y leerlos en casa. Llenar el carnet de adherencia correspondiente a esa semana	Ninguna	Folletos: Complicacion es crónicas de la diabetes, Complicacion es agudas de la diabetes y Carnet de adherencia	

SESIÓN 4. TRATAMIENTO DE LA DIABETES.

**Objetivo.** Que los participantes identifiquen como contribuyen los medicamentos, la dieta y la actividad física al control de la diabetes. Como mejorar la relación médico paciente y cuidar las encías.

Tiempo	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min	Preguntar qué tema se reviso la sesión anterior y pedir a los participantes que lo resuman	Listar complicaciones agudas y crónicas de la diabetes, y explicar su relación con la falta de adherencia.	Exposición	Pizarrón y Plumones	El paciente resumirá los temas vistos la sesión anterior.
15 min	Explicar los componentes del tratamiento Dieta, Ejercicio y medicamentos	Escuchar, participar, expresar dudas	Exposición	Pizarrón blanco, plumones	Listar cuales son los componentes del tratamiento para la diabetes
30 min	Explicar cuales son los medicamentos y tipos de insulina Revisar estrategias para recordar tomar medicamentos	Escuchar, participar, expresar dudas Listar sus dificultades para tomar sus medicamentos	Exposición	Pizarrón blanco, plumones Folleto: toma de medicamentos	Explicar la importancia de tomar los medicamentos en la forma recetada
50 min	Señalar la importancia de la comunicación médico-paciente para facilitar el seguir el tratamiento.	Expresar cuales son sus dificultades en la comunicación con el médico, buscar alternativas de solución y Participar en el Role playing.	Entrenamiento en habilidades sociales. Role playing.	Ninguno	Dar posibles alternativas de solución a sus problemas en la comunicación médico paciente
5 min	Dar al paciente folletos de Cuidado de las encías, como evitar complicaciones, en la diabetes. Y carnet de adherencia	Recibir los folletos y leerlos en casa. Llenar el carnet de adherencia correspondiente a esa semana	Ninguna	Folletos: Cuidados de las encías, como evitar complicaciones en la diabetes Carnet de adherencia	

<i>SESIÓN 5. ACTIVIDAD FÍSICA Y CUIDADO DE LOS PIES</i>					
<b>Objetivo.</b> Los participantes desarrollarán estrategias para mantener alguna actividad física y cuidar sus pies y encías.					
Tiempo	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min	Preguntar qué tema se revisó la sesión anterior y pedir a los participantes que lo resuman	Resumir la contribución de medicamentos, dieta y ejercicio al control de la diabetes.	Exposición	Pizarrón y Plumones	El paciente resumirá los temas vistos la sesión anterior.
15 min	Identificar factores que dificultan el realizar ejercicio	Listar sus dificultades para realizar ejercicio			
40 min	Generar estrategias para comenzar y mantener ejercicio.	Dar alternativas para iniciar o incrementar ejercicio y llevarlas a cabo	Solución de problemas	Carnet de adherencia	Generar y aplicar opciones para aumentar ejercicio.
20	Revisar el cuidado de los pies en pacientes diabéticos	Escuchar y participar activamente	Exposición	Folleto: cuidado de los pies	Listar algunas medidas para cuidar sus pies.
5 min	Dar al paciente los folletos ejercicio y carnet de adherencia	Recibir los folletos y leerlos en casa. Llenar el carnet de adherencia de esa semana	Ninguna	Folletos: ejercicio. Carnet de adherencia	

SESIÓN 6. ALIMENTACIÓN.

**Objetivo.** Los participantes analizarán el plan de alimentación como parte del tratamiento de la diabetes y su importancia.

Tiempo	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
20min	Preguntar sobre la practica de ejercicio dificultades y soluciones implementadas. Dar retroalimentación sobre el tema	Expresar avances y dificultades para realizar ejercicio y como mejorar o mantener la conducta lograda.	Exposición	Pizarrón y Plumones y registros de autocontrol y solución de problemas	
30 min	Explicar la importancia de seguir el plan de alimentación, os grupos de alimentos, los equivalentes y las porciones	Escuchar, participar, expresar dudas.	Exposición	Presentación de alimentación	Resumir importancia de alimentación, Listar grupos de alimentos y ejemplos de menús basados en su dieta
10 min	Preguntar sobre las dificultades para seguir su plan de alimentación	Listar las dificultades que tiene para seguir su dieta		Plumones y pizarrón blanco	Proponer soluciones para seguir la dieta
30 min	estrategias para disminuir o evitar el consumo de alimentos no permitidos.	Exponer alternativas para evitar alimentos no permitidos	Solución de problemas	Carnet de adherencia	Proponer soluciones para seguir su dieta y llevarlas a cabo
1 min	Dar al px folleto de Alimentación, tabla de porciones y equivalentes, recetario de diabetes y carnet de adherencia	Recibir el folleto y tablas leerlos en casa. Llenar el carnet de adherencia correspondiente a esa semana	Ninguna	Folleto: alimentación Tabla de Equivalentes y porciones, recetario de y Carnet	

SESIÓN 7. ALIMENTACIÓN.

**Objetivo.** Los participantes desarrollarán estrategias para cumplir su plan de alimentación.

tiempo	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
40 min	Preguntar sobre las soluciones implementadas en la semana para seguir la dieta y sus dificultades Dar retroalimentación sobre el tema	Expresar avances y dificultades en el seguimiento de su dieta	Exposición	Pizarrón y Plumones Carnet	
50 min	Señalar la importancia de la comunicación paciente-familiar para facilitar el cumplimiento del plan alimenticio.	Participar en el Role palying	Entrenamiento en habilidades sociales. Role playing		
5 min	Dar al paciente carnet de adherencia	Recibir carnet de adherencia correspondiente a esa semana	Ninguna	Carnet de adherencia	

**SESIÓN 8. CONTROL DE EMOCIONES.**

**Objetivo.** Los participantes aprenderán a controlar sus emociones negativas más frecuentes (ansiedad, enojo, tristeza).

Tiempo	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
20 min	Preguntar sobre la alimentación y ejercicio realizados en la semana. Dar retroalimentación sobre el tema	Expresar avances, dificultades y resultados de las estrategias generadas la sesión anterior para seguir la dieta	Exposición	Pizarrón y Plumones Carnet adherencia	
20 min	Identificar emociones negativas como factor de riesgo para el incremento de glucosa en sangre.	Escuchar, participar, expresar dudas y dar ejemplos	Exposición		
20min	Identificar la relación entre pensamientos y emociones	Escuchar, participar, expresar dudas y dar ejemplos			
20 min	Entrenamiento en relajación.	Participar en la respiración diafragmática	Respiración diafragmática		Participar en el ejercicio
10 min	Dar a los participantes un registro de pensamientos explicar como se llena. entregar carnet de adherencia	Recibir registro de pensamientos, carnet de adherencia, llenarlos en casa, hacer espiración diafragmática 1 vez al día toda la semana	Ninguna	Registro de cadena cognitivo conductual. Carnet de adherencia	Llenar registros y realizar ejercicio de respiración diafragmática

**SESIÓN 9. CONTROL DE EMOCIONES.**

**Objetivo.** Los participantes aprenderán a controlar sus emociones negativas más frecuentes (ansiedad, enojo, tristeza).

Tiempo	Actividades principales		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
40 min	Evaluar pensamientos distorsionados y generar pensamientos alternativos.	Participar activamente en la reestructuración cognitiva	Reestructuración cognitiva.	Registro de cadena cognitivo conductual	El paciente debe identificar pensamientos distorsionados y generar alternativos
15 min	Realizar con los pacientes relajación con imaginaria.	Participar activamente en la respiración diafragmática	Respiración diafragmática.		Reducción de tensión arterial después del ejercicio
5 min	Entregar a los participantes un registro de cadena cognitivo conductual y un carnet de adherencia	Recibir y llenar en casa el registro de cadena cognitivo conductual y el carnet de adherencia	Ninguna	Registro de cadena cognitivo conductual y carnet de adherencia	Llenar el registro de cadena cognitivo conductual y el carnet de adherencia

**SESIÓN 10. CIERRE.**

**Objetivo.** Los participantes identificarán los beneficios obtenidos con el grupo y evaluarán los objetivos alcanzados.

Duración	Actividades principales		Técnica	Materiales
	Terapeuta	Participante		
50 min	Reafirmar conocimientos y habilidades adquiridas	Resumir brevemente que estrategias y conocimientos adquirió durante el taller		
30 min	Evaluación final de los px IAB e IDB. Recordar al paciente pedir la HbA1c	Responder los inventarios	Ninguna	IAB, IDB orden para toma de HbA1c y lápices
10 min	Recordar a los px sobre la sesión de seguimiento y entregar carnet de adherencia		Ninguna	Carnet de adherencia



## Folleros del protocolo de Adherencia en diabetes

### ¿Cuáles son los tipos de diabetes?

#### TIPO 1

Más común en niños y adolescentes. Aparece debido a un defecto de las células pancreáticas que les impide la adecuada producción de insulina, por lo que las personas que la padecen necesitan inyecciones diarias de insulina.



#### GESTACIONAL

Se presenta en mujeres durante el periodo de embarazo, el presentar Diabetes Gestacional aumenta el riesgo de padecer Diabetes tipo 2.



## HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

### Taller sobre diabetes

### ¿Que es la diabetes?

#### TIPO 2

Es el tipo más frecuente, se presenta en la edad adulta y su origen no se conoce con exactitud pero se asocia a antecedentes hereditarios, obesidad, sedentarismo y mala alimentación. El tratamiento incluye un plan de alimentación, ejercicio y medicamentos.



### MEDICINA CONDUCTUAL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Psic. Nancy Caballero  
Psic. Ivonne Pérez



### ¿Qué es la diabetes?

La diabetes Mellitus es una enfermedad que se caracteriza por la elevación anormal del nivel de azúcar en la sangre debido a una deficiente producción de insulina o a una deficiencia en la acción de esta hormona

### ¿Qué ocurre en la diabetes?

En una persona sana durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, que es como combustible para nuestro cuerpo. Esta glucosa circula por la sangre, donde esta la insulina, que es como una llave que abre las células y le permite entrar a ellas.

En personas con diabetes, lo que ocurre es que el páncreas no produce insulina suficiente o bien hay insulina pero las células del cuerpo no responden a ella, es decir nuestra llave se descompone.

Y cuando la insulina falla se concentra la glucosa en la sangre; es decir, hay combustible pero las células no pueden usarlo y además los altos niveles de glucosa en sangre pueden dañar diferentes partes de nuestro cuerpo.



### ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar diabetes?

- ❑ El exceso de peso
- ❑ Alimentación inadecuada
- ❑ Falta de actividad física
- ❑ Diabetes durante el embarazo
- ❑ La edad avanzada
- ❑ Antecedentes familiares de diabetes
- ❑ Ser latino o afro americano



### ¿Cuáles son los síntomas?

- ❑ Se orina frecuentemente
- ❑ Hay mucha sed
- ❑ Mucha hambre
- ❑ Pérdida de peso
- ❑ Cansancio
- ❑ Hormigueo o falta de sensación en las manos o los pies
- ❑ Piel muy reseca
- ❑ Cortadas y llagas que tardan mucho en sanar o que se infectan más de lo usual
- ❑ Irritabilidad



### ¿Cómo se diagnostica la diabetes?



La diabetes se diagnostica mediante análisis de sangre que miden el nivel de glucosa en sangre

### ¿La diabetes se cura?

La diabetes es una enfermedad crónica, es decir NO se cura, solo se controla.

Para ello es importante acudir regularmente al médico y seguir las indicaciones.

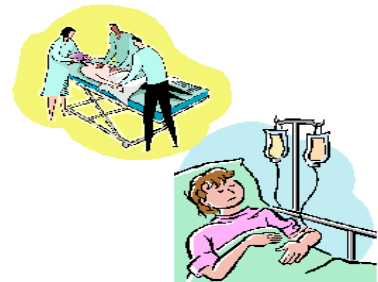




## HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

### Taller sobre diabetes

#### Complicaciones agudas de la diabetes



#### Coma diabético.

Puede ser provocado por niveles muy bajos de azúcar en sangre (hipoglucemia), el tratamiento inmediato con glucosa evita una lesión permanente en el cerebro. Un valor muy alto de azúcar en sangre (hiperglucemia) también puede producir como pero se presenta con menor frecuencia y es menos grave.



Los resultados pueden servir para ajustar las comidas, la actividad o los medicamentos a fin de mantener los niveles de azúcar en sangre

dentro de un rango apropiado. Además, dichos resultados le suministran información valiosa al médico e identifican los niveles bajos y altos de azúcar en sangre antes de que se desarrollen problemas serios.

Los niveles más adecuados son de 70 a 100 mg/dl en ayunas.



MEDICINA CONDUCTUAL  
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Psic. Nancy Caballero  
Psic. Ivonne Pérez

#### ¿Por qué debo medir mis niveles de glucosa en sangre?

El automonitoreo de la glucosa en la sangre se hace verificando el contenido de glucosa en una gota de sangre. Esta prueba es importante ya que le informa qué tan bien están funcionando la dieta, el ejercicio y los medicamentos para controlar la diabetes.



#### Las complicaciones agudas más importantes de la diabetes son:

Hipoglucemia.

Hiperglucemia.

Coma diabético.

#### Hipoglucemia.

Bajo nivel de glucosa en sangre.

Algunos de los síntomas son:

- Nerviosismo
- Temblor
- Inquietud
- Dolor de cabeza
- Sudoración
- Confusión
- Hambre
- Debilidad
- Mal humor



#### Causas de la hipoglucemia:

- No ha comido lo suficiente.
- Ha realizado ayunos prolongados.
- Ha realizado mayor actividad física de lo habitual.
- Ha tomado mayor número de tabletas o se ha inyectado mas insulina.
- Pasa por situaciones constantes de ansiedad, irritabilidad, depresión, estrés.

#### ¿Qué hacer?

- Mida el nivel de glucosa inmediatamente.
- Con nivel menor a 60mg/dl, puede comer medio vaso de jugo de naranja, media lata de refresco, de 4 a 5 caramelos pequeños, 2 cucharaditas de miel o azúcar.
- Si los síntomas son muy intensos busque atención médica urgente.
- Avise a sus familiares de los síntomas.



#### Hiperglucemia.

Alto nivel de glucosa en sangre.

Algunos de los síntomas son:

- Sed excesiva
- Orina frecuentemente
- Somnolencia
- Cansancio, agotamiento
- Visión borrosa



#### Causas de la hiperglucemia:

- No ha seguido la dieta.
- No se ha tomado los medicamentos de la manera indicada
- Pasa por estados emocionales difíciles.
- Enfermedades, particularmente infecciones.

#### ¿Que hacer?

- Medir el nivel de glucosa en sangre.
- Si es superior a 350 mg/dl, llamar al medico de inmediato.
- Si es superior a 500mg/dl pedir atención médica de emergencia.

**Infecciones.**



Las personas diabéticas tienen más glucosa en sangre, lo que proporciona una excelente fuente de alimento para los microorganismos que provocan las infecciones y fomenta su crecimiento dentro del cuerpo. Si se tiene diabetes, existen defectos en la manera en que el cuerpo produce y envía las células que combaten las infecciones y estas son más frecuentes.

Algunas infecciones comunes en pacientes diabéticos son:

- Infecciones de vías urinarias.
- Infecciones vaginales.
- Infecciones respiratorias.
- Infecciones en encías.

**Problemas de la piel.**

La piel del enfermo de diabetes es susceptible a lesiones e infecciones, pues el mal funcionamiento de las células de defensa reduce su capacidad ante el embate de hongos o bacterias; asimismo, los gérmenes encuentran abundante alimento en los altos niveles de glucosa en sangre, de manera que se reproducen con gran facilidad.



**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**Taller sobre diabetes**

**Complicaciones cónicas de la diabetes**



**MEDICINA CONDUCTUAL  
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

Psic. Nancy Caballero  
Psic. Ivonne Pérez



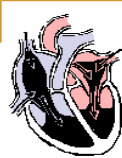
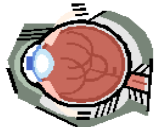
Varias partes del cuerpo sufren daño a causa de la diabetes. Algunos de estos daños aparecen después de varios años de tener diabetes.

*Sin embargo muchos de ellos pueden prevenirse o retrasarse si el paciente sigue su tratamiento adecuadamente.*

**Los Ojos.**

Para que los ojos funcionen requieren un suministro bueno y constante de sangre en las retinas, que lleven los nutrientes necesarios; también son indispensables nervios saludables para transmitir señales ópticas y controlar movimientos oculares; por ello cuando se dañan los vasos sanguíneos y los nervios, a causa de los niveles altos de glucosa, se deteriora la vista. Los problemas en la vista aparecen de 10 a 15 años de tener diabetes. Algunos problemas oculares causados por la diabetes son:

- Retinopatía
- Cataratas
- Glaucoma.

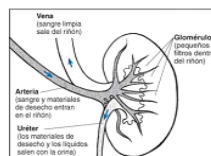


**La circulación.**

Los problemas en la circulación se deben a que el azúcar hace que la sangre sea más densa y pegajosa, por lo que no puede fluir bien. También se pueden formar tapones de grasa que no dejan pasar la sangre. Al aumentar la presión puede haber hemorragias.

Los problemas más comunes relacionados con la circulación son:

- Enfermedad de las coronarias
- Angina de pecho
- Infarto
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Arteriosclerosis
- Enfermedad vascular periférica
- Embolia
- Hipertensión



**Los Riñones.**

Los riñones funcionan con un conjunto de filtros pequeñísimos (capilares) los cuales filtran todas las toxinas y desechos de la sangre para que esta quede limpia y pueda volver al torrente sanguíneo, mientras que las toxinas son desechadas a través de la orina. Si se padece de nefropatía diabética, los capilares se dañan y no pueden filtrar la sangre y no se desechan las toxinas.

**Los nervios (Neuropatía)**

Nuestro cuerpo tiene una compleja red de nervios a través de los cuales el cerebro manda información a todos los órganos del cuerpo, estos nervios funcionan como cables transmitiendo impulsos eléctricos y al igual que los cables se pueden dañar, los síntomas que producen cuando se dañan pueden ser:

- dolor de músculos (sobre todo por la noche)
- sensación de hormigueo en manos y brazos.
- pérdida de sensibilidad en los pies.

Es necesario que se haga exámenes una vez al año. Parte de este examen debe consistir en pruebas que comprueben la sensibilidad de los pies.



Normal Diabética

Las lesiones en los vasos sanguíneos de los pies pueden causar lesiones tisulares

Un número importante de personas con diabetes tiene lesiones en los pies. Las llagas, la infección y la gangrena son las más frecuentes. Si estas lesiones avanzan puede ser necesario amputar las piernas.

Mantenga una adecuada higiene corporal.



Es importante mantener la piel hidratada pero sin humedad excesiva. Para hacerlo después de baño seque perfectamente, aplique crema humectante o aceite en todo el cuerpo.

Es de vital importancia que revise bien su cuerpo ya que ahora es susceptible de desarrollar infecciones donde no lo hubiera pensado.

Los hábitos de higiene debe incluir secar bien la humedad que se resguarda en los pliegues del cuerpo como las axilas y entre los dedos, la vagina, el escroto.

Es necesario que de especial importancia a todas las heridas aparentemente inofensivas ya que en el paciente diabético es mas posible que se generen hongos y bacterias oportunistas

Lleve registros diarios de sus niveles de glucosa, comidas, ejercicio y cómo se sintió. Esto le ayudara a seguir su tratamiento y le permitirá a su medico determinar si usted debe hacer cambios en medicamentos o alimentación.



## HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

### Taller sobre diabetes

### ¿Como evitar las complicaciones de la diabetes?



#### MEDICINA CONDUCTUAL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Psic. Nancy Caballero  
Psic. Ivonne Pérez

**La principal forma de prevenir la aparición de complicaciones es mantener la cantidad de glucosa lo mas cerca de las cifras normales (menor a 100 mg/dl en ayuno).**

Es muy importante que el paciente diabético siga todas las indicaciones del médico y observe cuidadosamente los cambios en su cuerpo: cansancio de la vista, dificultades para enfocar, cambios de textura de la piel, dolor, manchas, hongos, ampollas o grietas en los pies.

Cualquier alteración puede producir un daño irreversible si no se le trata adecuadamente.

En el paciente diabético la actividad del sistema de defensas se reduce y esto aumenta la probabilidad de contraer infecciones.

Los órganos o partes del cuerpo a los que se debe dar un cuidado especial son:

- La vista
- Los dientes
- La piel
- Las unas
- Los pies

A continuación hay algunas sugerencias para cuidar estas partes del

#### Recomendaciones Generales



Siga el plan de alimentación que elaboraron usted y su médico o dietista.

Realice actividad física durante 30 minutos casi todos los días. Pregunte a su médico qué actividades son las mejores para usted.



Tome sus medicamentos según las indicaciones del médico.



Asista a todas sus citas con el médico y menciónale todas sus dudas



Mídase los niveles de glucosa en la sangre, si es posible, todos los días. Cada vez que lo haga, anote el resultado en la hoja para llevar un registro. Realícese los análisis de laboratorio que el médico le indique.

Cépllese los dientes y use hilo dental todos los días. Para prevenir el daño a dientes y encías vaya al dentista 2 veces al año, realice una buena limpieza bucal y deje de fumar si lo hace.



Controle su presión arterial y colesterol. Mantenga su presión arterial en menos de 130/80 mm Hg para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.



Hágase un examen de la vista una vez al año, detectar problemas a tiempo puede ayudar a evitar la ceguera.

Evite realizar conductas de riesgo como:

- Fumar
- Beber alcohol
- Estar muy estresado, ansioso,



preocupado, triste o enojado.



• Si tiene dentaduras postizas, manténgalas limpias.

• Pida al profesional dental que le limpie los dientes que le enseñe la mejor manera de cepillarse los dientes y las encías y usar hilo dental. Pregúntele cuál es el mejor cepillo y pasta dental para usted.



• Si piensa que tiene problemas de los dientes o las encías, llame al dentista inmediatamente.

• Llame al dentista si sus encías están rojas o doloridas o si sangran; si las encías se están desprendiendo de los dientes; si le duele algún diente y podría estar infectado; o si siente dolor a causa de sus dentaduras postizas.

• Acuda al dentista dos veces al año para que le revise los dientes y las encías y para que le haga una limpieza.



• Si el dentista le dice que hay algún problema, atiéndase inmediatamente.



• Asegúrese de informar al dentista que usted tiene diabetes.

• Si usted fuma, hable con el médico sobre lo que puede hacer para dejar de fumar.



## HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

### Taller sobre diabetes

### Mantenga sanos los dientes y las encías



#### MEDICINA CONDUCTUAL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Psic. Nancy Caballero  
Psic. Ivonne Pérez

Los niveles altos de glucosa en la sangre pueden causar problemas en los dientes y las encías. Por ello es importante mantener una buena higiene bucal y asistir regularmente al dentista.



#### ¿Cómo es que la diabetes puede dañar los dientes y las encías?



Todas las personas pueden tener problemas en los dientes y las encías. Sobre los dientes se acumula una película pegajosa llena de microbios que se llama placa.

Los niveles altos de glucosa en la sangre contribuyen al crecimiento de estos microbios (bacterias). Como resultado de esto, las encías se pueden poner rojas, doloridas e hinchadas y sangrar cuando se cepilla los dientes.

Puede haber *periodontitis* que es una infección en las encías y en el hueso que sujeta a los dientes en su lugar. Si la infección empeora, las encías pueden separarse de los dientes, haciéndolos parecer más largos.



También es común la *Gingivitis* que es una irritación inflamación y enrojecimiento de las encías que hace que sangren al cepillar los dientes.

#### ¿Que hacer?

• Revítese los dientes y las encías para ver si hay signos de los problemas causados por la diabetes.



• Si piensa que tiene problemas de los dientes o las encías, llame al dentista

• Comuníquelo a su dentista que usted tiene diabetes.



#### ¿Cómo sabré si hay daño en mis dientes y encías?

Si tiene uno o más de los siguientes problemas, es posible que tenga daño en los dientes y las encías causado por la diabetes:

- encías rojas, doloridas e hinchadas
- sangrado en las encías
- encías que se separan de los dientes, haciéndolos parecer más largos
- dientes flojos o sensibles
- mal aliento
- mordida que se siente distinta
- dentaduras postizas que no le quedan bien

#### ¿Cómo puedo cuidarme los dientes y las encías?

• Mantenga buenos niveles de glucosa en sangre.



• Use hilo dental por lo menos una vez al día para prevenir la acumulación de placa sobre los dientes.



• Cepíllese los dientes después de cada comida o merienda. Use un cepillo de cerdas suaves.



## HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Taller sobre diabetes

### Tratamiento para la diabetes: ejercicio



- ❑ Lleve alimentos que contengan carbohidratos de acción rápida en caso de hipoglucemia durante o después del ejercicio.



- ❑ Lleve siempre una tarjeta de identificación como diabético y un teléfono portátil o monedas para hacer una llamada en caso de emergencia

- ❑ Beba líquidos adicionales que no contengan azúcar antes, durante y después del ejercicio.



- ❑ Los cambios en la intensidad y duración del ejercicio pueden exigir modificaciones en la dieta o en los medicamentos para mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de un rango apropiado.



Procure:

- ❑ No hacer ejercicio si tiene catarro, problemas respiratorios, fiebre de origen desconocido o cualquier otra enfermedad o problema físico hasta que se lo haya autorizado su médico.

- No excederse en la realización de su ejercicio; solo debe incrementar el ritmo cuando lo sienta fácil y que no lo cansé ni le cause molestias, dolor, calambres, callos o ampollas en los pies por su esfuerzo.

- No sentarse o acostarse inmediatamente después de hacer ejercicio, debe hacer ejercicio de enfriamiento; conservar su movimiento 5 o 10 minutos para que se recupere.

- No abusar de su cuerpo; si practica ejercicio no consumir alcohol ni fumar, tampoco comer en exceso.



- No intentar reducir una gran cantidad de peso con el ejercicio.

❑

#### ¿Necesitamos de un ejercicio recetado por el médico?

Es el médico el que debe evaluar a través del historial de la persona y de una exploración física, la capacidad para realizar ejercicio físico. Esto con la finalidad de saber cual es la actividad física más recomendable.

#### MEDICINA CONDUCTUAL

#### SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Psic. Nancy Caballero

Psic. Ivonne Pérez

#### ¿Cómo me ayuda el ejercicio?

- Reduce los niveles de glucosa en sangre.
- Crea una sensación de bienestar y salud física y psicológica
- Aumenta la fuerza, resistencia y flexibilidad.
- Reduce el riesgo de desarrollar ciertas enfermedades (alteraciones cardíacas e hipertensión).



#### Tipos de ejercicio.



**Ejercicios Isotónicos:** sirven para dar fuerza y ayudan a mantener la condición del músculo, fortalecen las articulaciones y previene problemas artríticos. Algunos ejemplos son levantamiento de pesas, lanzamiento de herradura



**Ejercicios isométricos:** o de flexibilidad ayudan a mantener el movimiento estos ejercicios pueden retrasar la pérdida de elasticidad de músculos y el endurecimiento de las articulaciones, retrasan o previenen la artrosis.



**Ejercicios aeróbicos:** fortalecen el corazón, pulmones, vasos sanguíneos. Se llama aeróbicos ya que aumentan la respiración y ritmo cardíaco algunos de ellos son: caminar, andar en bicicleta, bailar, trotar o correr.

correr.

Caminar es especialmente recomendable ya que además de fortalecer los músculos de las piernas permite dar masaje sobre las venas y mejora el flujo de sangre al corazón



**Gimnasia:** brinda elasticidad, ayuda a combatir pequeños defectos: elimina cúmulos de grasa en ciertas zonas y mejora la figura

mejora la figura

#### Recomendaciones para el ejercicio.

Antes de hacer ejercicio consulte a su médico el le ayudara a encontrar ejercicios que no impliquen peligro.



- Trate de realizar actividad física casi todos los días (o por lo menos 3 días) durante un total de 30 minutos. Hágalo un



- Realice un calentamiento de 10 o 15 minutos antes para calentar los músculos tendones y articulaciones.

- Lleve un record diario de su esfuerzo y ejercicio, así como un control semanal de peso y los problemas que encontró.

- No realice ningún ejercicio después de comer espere 1 hora.

- Si no ha realizado mucha actividad física últimamente, comience lentamente. Empiece con 5 a 10 minutos y vaya aumentando el tiempo. O haga ejercicio durante 10 minutos tres veces al día.

- escoja una actividad física que pueda disfrutar.

Antes

- Incluye 5 minutos de calentamiento

- Verificar el azúcar en la sangre



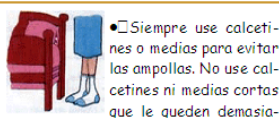
Después

- Incluye 5 minutos de enfriamiento

- Verificar el azúcar en la sangre

- Ejercitarse en lo posible a la misma hora

- Verifique los niveles de glucosa en sangre, antes y después del ejercicio.



•  Siempre use calcetines o medias para evitar las ampollas. No use calcetines ni medias cortas que le queden demasiado apretadas debajo de las rodillas.

•  No use zapatos de plástico o sandalias con tiras en los dedos y cuando compre zapatos procure que sean cómodos desde el inicio no espere que den se sí, utilicemos solo una o dos horas al inicio hasta que estén cómodos

•  Antes de ponerse los zapatos, toque el interior de los mismos y asegúrese de que no tengan bordes cortantes u objetos que puedan lastimarle los pies.

•  Pida al médico que le revise para ver qué tan bien los nervios de los pies están transmitiendo las sensaciones.



•  Pida al médico que le revise la circulación de la sangre en las piernas y los pies.

•  Nunca corte las verrugas ni los callos.

•  NUNCA use almohadillas eléctricas o bolsas de agua caliente.



•  No fume. El fumar restringe la circulación de la sangre a los pies.

•  Mantenga los pies secos y abrigados.

•  Nunca camine descalzo.

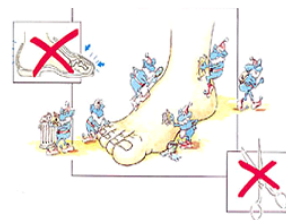
•  Mantenga sus niveles de azúcar en la sangre bajo control.



## HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

### Taller sobre diabetes

## El cuidado de los pies



### MEDICINA CONDUCTUAL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

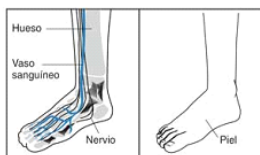
Psic. Nancy Caballero

Psic. Ivonne Pérez

El pie del paciente diabético requiere de un cuidado especial que no debe pasar por alto ya que corre el riesgo de la amputación de un pie o pierna.

#### ¿Cómo es que la diabetes puede dañar los pies?

**Daño a los nervios (neuropatía diabética):** Cuando los nervios están dañados, es posible que no sienta dolor, calor ni frío en las piernas y los pies, es decir, no hay sensibilidad.



**Mala circulación de la sangre (enfermedad vascular periférica):** no hay suficiente flujo de sangre en las piernas y los pies. La mala circulación impide la curación de las llagas o las infecciones.

Si estos problemas se presentan juntos pueden causar gran daño a los pies.



Los pies pueden lesionarse, una ampolla por zapatos apretados, úlceras, hongos por humedad se pueden convertir en un gran problema, como no hay sensibilidad en los pies la persona no sabe que se ha lastimado y la herida se puede infectar.



Si los niveles de glucosa en la sangre son altos, el exceso de glucosa alimenta los microbios que causan la infección. Los microbios se multiplican y la infección empeora. La mala circulación de la sangre en las piernas y los pies retrasa la curación de la infección.

En algunos casos las infecciones extensas nunca sanan. Este tipo de infección podría causar gangrena. Cuando hay gangrena, se mueren la piel y el tejido alrededor de la llaga. El área se pone negra y huele mal.



Para evitar que la gangrena afecte más piel y tejido, puede que el médico necesite realizar una cirugía para cortar un dedo del pie, el pie entero o incluso parte de la pierna.

#### ¿Qué puedo hacer para cuidarme los pies?

•  Lávese los pies todos los días con agua tibia.

•  Séquelos sin frotar y cuando los lave use esponja

•  Revísese los pies todos los días para ver si tiene alguna cortadura, lesión, ampolla, enrojecimiento, callosidad u otros problemas. Si le es difícil use un espejo para ayudarse.



•  Después de lavarse los pies y secarlos, úntese crema humectante o aceite vegetal, para mantenerlos suaves y evitar el exceso de fricción, eliminar escamas y evitar resequedad. No se ponga crema humectante entre los dedos de los pies.

•  Si los pies se tornan muy suaves o sensibles hay que frotarlos con alcohol una vez por semana.

•  Cuando se froten los pies, siempre hacerlos hacia arriba desde las puntas de los dedos. Si hay venas varicosas, dar masaje a los pies con suavidad, nunca dar masajes a las piernas.

•  Si tiene problemas de sudor haga una mezcla de agua y alcohol a partes iguales y aplíquela en el área húmeda

•  No exponga sus pies a agua muy caliente o muy fría.

•  Si encuentra llagas, úlceras o algo extraño, debe ir al médico inmediatamente. Las llagas pueden infectarse más rápido de los que imagina

•  Siempre use zapatos o pantuflas para protegerse los pies de las lesiones.

•  Use zapatos que le calcen bien.



- No es conveniente consumir más de 3 piezas de huevo por semana.



- Disminuya su consumo de carnes rojas elija mejor carne de pollo sin piel y pescado.



- No use azúcar común substituya con Nutraswyyt, Splenda u otro substituto con aspartam o sacarina que no contenga calorías.



- Los caramelos dietéticos pueden satisfacer el deseo de comer algo dulce pero no coma más de 3 por día.



- Consuma alimentos de todos los grupos.

Las personas con diabetes deben comer más o menos a la misma hora todos los días y tratar de ser consistentes con el tipo de alimentos que eligen, para ayudar a prevenir que los niveles de azúcar se eleven o bajen demasiado.



No se salte las comidas especialmente cuando se ha tomado el medicamento o se ha aplicado la insulina porque la glucosa en sangre podría bajar demasiado.



## HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Taller sobre diabetes

### Tratamiento para la diabetes: alimentación



#### MEDICINA CONDUCTUAL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Psic. Nancy Caballero  
Psic. Ivonne Pérez

Cuando una persona tiene diabetes uno de los pasos más importantes es cambiar los hábitos alimenticios, es decir, disminuir el consumo de algunos alimentos a los que estamos acostumbrados.



Es importante que usted aprenda cuántas grasas, proteínas y carbohidratos necesita para su dieta.

#### ¿Por qué es importante comer adecuadamente?

- Tener una alimentación adecuada ayuda a:
  - Controlar la cantidad de glucosa en la sangre.
  - Ayuda a tener un buen estado de nutrición.
  - Mantener los niveles apropiados de colesterol.
  - Mantiene un peso saludable.
  - Evitar complicaciones agudas y crónicas.
  - Tener las calorías suficientes a nuestras necesidades.



Para seguir una alimentación más saludable acuda con un nutriólogo que prescriba un plan alimenticio de acuerdo a sus necesidades.

#### ¿Qué es un plan alimenticio?



Es una lista de alimentos que se recomienda seguir todos los días y que incluye diferentes grupos de alimentos así como la cantidad que se puede comer de estos con el fin de proporcionarnos los nutrientes y energía (calorías) necesarias para cada persona según su edad, sexo, ocupación, actividad física entre otros.

El seguir su plan alimenticio le permitirá controlar su nivel de glucosa en la sangre y así evitará la aparición de las complicaciones de la diabetes.

#### Recomendaciones para un plan alimenticio saludable.

- Trate de evitar comer miel, mermelada, caramelos, pasteles, dulces, frutas en almíbar, prefiera fruta fresca o jugos naturales pero en porciones pequeñas.
- Use grasa de origen vegetal (aceite de maíz, cartamo u oliva, así como margarina) en vez de grasas de origen animal como (tocino, manteca, mantequilla).



- Procure no comer excesivamente esto eleva sus niveles de glucosa, para evitar atracones coma a su hora y sin saltar comidas.



- Puede comer entre comidas o colaciones (una fruta pequeña o una porción chica de pan ayuda a mantener niveles normales de glucosa).



- No pase mucho tiempo sin comer, establezca horarios para comidas y colaciones.



- Coma más fibra ayuda a regular niveles de glucosa, triglicéridos y colesterol.



- De preferencia consuma las frutas y verduras crudas así como cereales integrales.

- Limite el consumo de mantequilla, queso ya que contienen grasas saturadas prefiera leche descremada y semidescremada, requesón o queso panela.









**Apéndice 2**  
**Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición: Pruebas y otros formatos**

Entrevista de Cuidados Paliativos

Inventario de carga de Zarit

Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

Minimental

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Palliative Performance Scale

## . Entrevista de Cuidados Paliativos

### **Datos del Paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo (F) (M) Edad \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Nivel económico \_\_\_\_\_ No. de Expediente \_\_\_\_\_ Hospitalizado ( ) Externo ( ) Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Residencia \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Ha recibido atención por su enfermedad actual de: Psicólogo ( ) Psiquiatra ( ) Tanatólogo ( )  
Tiempo \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

Enfermedad por la cual lo están atendiendo en cuidados paliativos: \_\_\_\_\_

Tiempo con ella \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo tiene en consulta de Paliativos: \_\_\_\_\_

Otras comorbilidades \_\_\_\_\_

¿El paciente está enterado de su padecimiento? (S) (N) ¿Está enterado de su pronóstico? (S) (N)

¿Ha requerido atención de urgencias los últimos 6 meses? (S) (N) ¿Cuántas ocasiones? \_\_\_\_\_

¿Ha requerido hospitalización es los últimos 6 meses? (S) (N) ¿En cuántas ocasiones?  
\_\_\_\_\_

Principal queja del Paciente: \_\_\_\_\_

Estado Emocional: \_\_\_\_\_

Percepción de apoyo social: \_\_\_\_\_

	Visita 1	Visita2	Visita 3
Fecha			
PPS			
Karnofski			
MMT			
HAD Px	Ansiedad: Depresión:		
Zarit			
Dolor			
Nausea			
Debilidad			
Anorexia			
P sueño			
P Bucales			
Ansiedad			
Depresión			
Disnea			
Somnolencia			
Otro			

**Delirium**

*En la última semana su paciente ha tenido:*

¿Problemas para recordar eventos o conversaciones que casi acaban de ocurrir? (S) (N)

¿Le cuesta trabajo centrar, mantener o dirigir la atención? (S) (N)

¿Lo ha encontrado desubicado? Es decir que no sepa en donde se encuentra, el día o no distinga si es de tarde o noche (S)(N)

¿Ha tenido alguna Alucinación o ilusión? (S) (N)

¿Hay momentos en los que parezca más desorientado que otros? \_\_\_\_\_

**Datos del Cuidador:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo (F) (M) Edad \_\_\_\_\_  
 Escolaridad \_\_\_\_\_. Estado civil \_\_\_\_\_. Ocupación \_\_\_\_\_ Hijos: (S) (N)  
 No. \_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_ Ha recibido atención: Psicólogo ( ) Psiquiatra ( )  
 Tanatologo ( ) Tiempo del mismo \_\_\_\_\_

¿Qué se le recomendó? \_\_\_\_\_

¿Cuida a alguna otra persona además de su paciente? (S) (N) ¿Cuántas? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

1. Relación o parentesco que guarda con el paciente:

Esposo ( ) Hijo ( ) Padre/madre ( ) Hermano ( ) Otro ( ) Sin parentesco ( )

2. ¿Dese hace cuanto tiempo (en meses) se hace cargo de cuidar a su paciente?  
 ? \_\_\_\_\_

3. ¿Horas del día que dedica a s cuidado? Todo el día ( ) Medio día ( )  
 3 o 4 Horas ( )

4. ¿Cuántos días de la semana dedica al cuidado de su paciente?

Toda la semana ( ) Solo entre semana ( ) 3 o 4 días por semana ( )

5. A continuación se listan una serie de actividades que otros cuidadores realizan para sus paciente, de estas dígame usted cuales realiza rutinariamente.

Actividad	(S/N)		(S/ N)	Actividad	(S / N)
Compañía		Vestirlo		Alimentarlo	
Moverlo o transportarlo		Trámites administrativos o legales		Preparar alimentos	
Darle sus medicamentos		Cambiarle el pañal o cómodo		Curaciones	
Bañarlo		Comprar sus medicamentos		Llevarlo a consultas medicas y estudios	

6. ¿Recibe algún apoyo para el cuidado de su paciente? (S) (N) de que Tipo :

Ninguno ( ) Económico ( ) Emocional: alguien escuchas mis problemas o tengo con quien expresar mis emociones ( ) Me ayudan con algunas actividades ( ).

7. ¿Cuando está usted enfermo u ocupado alguien puede sustituirle? Siempre ( ) En ocasiones ( ) Nunca ( )

8. Se ha afectado algún área de su vida desde que cuida a su paciente:

Trabajo ( ) Escuela ( ) Tareas del hogar ( ) Vida social ( ) Vida familiar ( )

Pasatiempos vacaciones y ocio ( ) Relación de pareja ( ) Otra: \_\_\_\_\_

9. ¿Usted padece alguna enfermedad medica? (S) (N) \* si la respuesta es no pase a la pregunta 12 ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

10. ¿Desde hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Recibe atención médica actualmente? (S) (N)

11. ¿Desde que cuida a su familiar a tenido alguna dificultad para seguir su tratamiento? (S) (N)

¿De qué tipo? Económica ( ) Falta de tiempo ( ) No tener alguien Que cuide a mi paciente ( ) Otra: \_\_\_\_\_

12. ¿Cuando se siente enfermo, va al médico a recibir atención?

Si, inmediatamente ( ) Si, pero espera un poco para ver si mejora ( ) Solo si se siente muy mal ( ) NO ( )

13. ¿Qué tan estresante es para usted cuidar a una persona enferma?

Nada estresante ( ) Un poco estresante ( ) Moderadamente estresante ( ) Totalmente estresante ( )

¿Si se siente estresado a que se debe? \_\_\_\_\_

14. ¿Se ha sentido deprimido? NO ( ) Si, desde que cuido a mi Px ( ) Si, desde antes de cuidar a mi Px ( )

15. ¿Se ha sentido ansioso? NO ( ) Si, desde que cuido a mi Px ( ) Si, desde antes de cuidar a mi Px ( )

16. ¿Realiza ejercicio? (S) (N)

17. Días que dedica al ejercicio: todos los días ( ) 3 o 4 días ( ) 2 días ( )  
No hago ejercicio ( )

18. Cuando hace ejercicio que tiempo de dedica: 1 hora ( ) 30 minutos ( ) Menos de 30 minutos ( )

19. ¿Encuentra difícil realizar ejercicio? (S) (N) ¿Cuál es el motivo? Falta de tiempo ( ) Falta de dinero ( )

No hay quien cuide a mi paciente ( ) No lo acostumbro ( ) Otra \_\_\_\_\_

20. ¿Dedica tiempo a descansar además del tiempo en que duerme? todos los días ( ) 3 o 4 días ( ) 2 días ( ) No lo hago ( )

21. ¿Cuánto descansa cuanto tiempo lo hace? 1 hora ( ) 30 minutos ( ) Menos de 30 minutos ( )

22. ¿Encuentra difícil tomar descansos? (S) (N) ¿Cuál es el motivo? Falta de tiempo ( )

( ) No hay quien cuide a mi paciente ( ) No lo acostumbro ( ) Otra \_\_\_\_\_

23. ¿Dedica tiempo para actividades recreativas? (S) (N) todos los días ( ) 3 o 4 días ( ) 2 días ( )  
No lo hago ( )

24. ¿Cuándo realiza actividades recreativas cuanto les dedica? 1 hora ( ) 30 minutos ( )  
Menos de 30 minutos ( )

25. ¿Encuentra difícil realizar actividades recreativas? (S) (N) ¿Por qué? Falta de tiempo ( )  
Falta de dinero ( )

No hay quien cuide a mi paciente ( ) No lo acostumbro ( ) Otra \_\_\_\_\_



26. ¿Cómo describiría en términos generales la comunicación que tiene con su paciente? Muy buena ( ) Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

27. ¿Cómo describiría en términos generales su relación con su paciente? Muy buena ( ) Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

28. ¿Suele platicar con él sobre sus deseos o asuntos pendientes? Los hablamos ( ) Los hablamos y tratamos de resolverlos ( ) No los hablamos ( )

¿Cuál es la razón? \_\_\_\_\_

29. ¿Habla con él sobre cómo se siente respecto a su enfermedad? Hablamos sobre cómo se siente ( ) No hablamos ( )

30. ¿El médico le dio detalles sobre? Diagnostico ( ) Tratamiento ( ) Resolvió sus dudas ( )

31. ¿Quién tomo la decisión de seguir con tratamiento en paliativos? Medico ( ) Paciente ( ) Familia ( ) Decisión conjunta ( )

### Inventario de Sobrecarga en el cuidador

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Instrucciones: a continuación se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan de una persona enferma. Lea cada pregunta y marque con una "X" con que frecuencias se ha sentido Usted así en los últimos seis meses. No existen respuestas correctas o incorrectas, sino sólo su experiencia como cuidador. Utilice la siguiente escala.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Cree que por el tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para usted?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por cuidar de su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades con su familia o trabajo?	0	1	2	3	4
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su paciente?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que su paciente afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia? (pareja e hijos)	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su paciente?	0	1	2	3	4
8. ¿Cree que su paciente depende de usted?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?	0	1	2	3	4
10. ¿Cree que la salud de usted se ha deteriorado por cuidar a su paciente?	0	1	2	3	4
11. ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar de su paciente?	0	1	2	3	4
12. ¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incomodo por desatender a sus amistades por cuidar de su paciente	0	1	2	3	4
14. ¿Cree que su paciente espera que usted lo cuide como si nadie más	0	1	2	3	4

15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente además de cubrir otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inicio la enfermedad y cuidado de su paciente?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?	0	1	2	3	4
20. ¿Cree que debería hacer más por su paciente?	0	1	2	3	4
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente?	0	1	2	3	4
22. En resumen ¿se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar de su paciente	0	1	2	3	4

### Minimental

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Qué fecha es hoy? \_\_\_\_\_ 1    ¿Qué día de la semana es hoy? \_\_\_\_\_ 1  
¿En qué mes estamos? \_\_\_\_\_ 1    ¿En qué estación del año estamos? \_\_\_\_\_ 1  
¿En qué año estamos? \_\_\_\_\_ 1    ¿Dónde estamos? (por ejemplo, en un hospital) \_\_\_\_\_ 1  
¿En qué piso estamos? \_\_\_\_\_ 1    ¿En qué ciudad estamos? \_\_\_\_\_ 1  
¿En qué estado estamos? \_\_\_\_\_ 1    ¿En qué país estamos? \_\_\_\_\_ 1

Voy a enunciar 3 palabras repítalas cuando yo termine

Peso \_\_\_\_\_ 1  
caballo \_\_\_\_\_ 1  
manzana \_\_\_\_\_ 1

Repita las tres palabras hasta que las memorice

Reste de 7 en 7 a partir de 30 (Deténgase luego de 5 restas. Cada resta correcta vale 1 punto) \_\_\_\_\_ 5

Repita estos números de forma inversa: 2 9 5

Puede recordar las tres palabras que antes repitió. (peso, caballo manzana) \_\_\_\_\_ 3

(Sólo un intento que vale un punto, para cada ítem)

¿Qué es esto? (mostrar un lápiz) \_\_\_\_\_ 1  
¿Qué es esto? (mostrar un reloj) \_\_\_\_\_ 1

Repita esta frase: en un trigal había 5 perros (solo un intento) \_\_\_\_\_ 1

(Cada parte correctamente ejecutada vale 1 punto)

Déle a su paciente un papel y dígame:

"Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso". \_\_\_\_\_ 3

(Otorgue un punto sólo si el paciente cierra sus ojos)

Muéstrele la hoja que dice: "Cierre los ojos" y dígame: "Haga lo que aquí se indica sin leerlo en voz alta". \_\_\_\_\_ 1

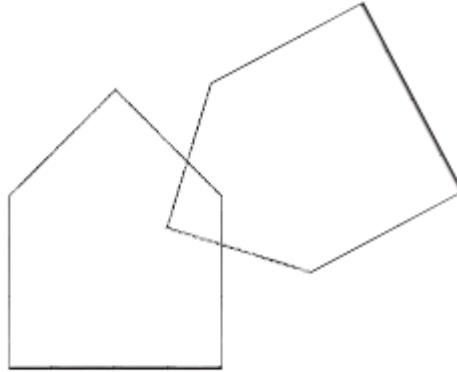
Pida al paciente que responda las siguientes preguntas: ¿Una manzana y una pera son frutas verdad?,: ¿Que son un gato y un perro?, ¿que son el verde y el rojo? \_\_\_\_\_ 2

Pida al paciente que escriba una oración con sujeto verbo y predicado (No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas) \_\_\_\_\_ 1

Déle a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase. \_\_\_\_\_ 1

Déle a su paciente la hoja que dice: "Copie esta figura", (Para ser correcto, deben estar presentes todos los ángulos, los lados y las intersecciones. No se toman en cuenta temblor, líneas sdesparejas o no rectas. La distribución de las figuras copiadas debe ser igual al original). \_\_\_\_\_1

## Copie esta figura



## Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HAD

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo (F) (M)  
 Fecha \_\_\_\_\_

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente

- Lea cada pregunta y marque con un X la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.
- No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

**1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):**

Todo el día       Casi todo el día       De vez en cuando       Nunca

**2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:**

Casi siempre absoluto       Frecuentemente       Rara Vez       No en absoluto

**3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:**

Sí y muy intenso       Sí, pero no muy intenso       Sí pero no me preocupa       No siento nada de eso

**4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:**

Casi siempre absoluto       Frecuentemente       Rara Vez       No en absoluto

**5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:**

Todo el día       Casi todo el día       De vez en cuando       Nunca

**6. Me siento a legre:**

Casi siempre absoluto       Frecuentemente       Rara Vez       No en absoluto

**7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente:**

Casi siempre absoluto       Frecuentemente       Rara Vez       No en absoluto

**8. Me siento lento (a) y torpe:**

Todo el día       Casi todo el día       De vez en cuando       Nunca

**9. Experimento una desagradable sensación y vacío en el estómago:**

Casi siempre absoluto                       Frecuentemente                       Rara Vez                       No en

**10. He perdido el interés por mi aspecto personal**

Casi siempre absoluto                       Frecuentemente                       Rara Vez                       No en

**11. Me siento inquieto (a) como si no pudiera dejar de moverme:**

Casi siempre absoluto                       Frecuentemente                       Rara Vez                       No en

**12. Espero las cosa con ilusión:**

Casi siempre absoluto                       Frecuentemente                       Rara Vez                       No en

**13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor :**

Casi siempre absoluto                       Frecuentemente                       Rara Vez                       No en

**14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:**

Casi siempre absoluto                       Frecuentemente                       Rara Vez                       No en

## Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

La siguiente escala mide los principales síntomas que tiene un paciente bajo cuidados paliativos el 0 representa la ausencia del síntomas y el 10 la presencia del sintoma en la intensidad más alta que el paciente considera haberlo tenido circule el numero se mayor considera con el reporte del paciente.

<b>Anorexia</b>	<b>10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0</b>	<b>Sin Anorexia</b>
<b>Sin Ansiedad</b>	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	<b>La peor ansiedad posible</b>
<b>Sin Debilidad</b>	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	<b>Débil</b>
<b>Sin Depresión</b>	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	<b>Muy deprimido</b>
<b>Sin Disnea</b>	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	<b>Con disnea</b>
<b>Sin Dolor</b>	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	<b>El peor dolor posible</b>
<b>Sin Nauseas</b>	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	<b>Nauseas</b>
<b>Sin Problemas bucales</b>	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	<b>Problemas Bucales</b>
<b>Sin Problemas de Sueño</b>	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	<b>Con problemas de sueño</b>
<b>Sin Somnolencia</b>	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	<b>Somnolencia</b>



### Palliative Performance Scale (PPS)

<b>Deambulaci3n</b>	<b>Actividad</b>	<b>Prueba de Enfermedades</b>	<b>Por ciento</b>
Adecuada	normal	ninguno	100
Adecuada	normal	algunas pruebas de	90
Adecuada	normal con esfuerzo	algunas pruebas de	80
reducido	incapaz de realizar trabajo normal o de trabajo	algunas pruebas de	70
reducido	incapaz de realiza pasatiempos o un trabajo en torno a casa	importantes de la enfermedad	60
principalmente sentado	incapaz de hacer cualquier trabajo	enfermedad extensa	50
principalmente en cama	incapaz de hacer cualquier trabajo	enfermedad extensa	40
totalmente vinculado cama	incapaz de hacer cualquier trabajo	enfermedad extensa	30
totalmente vinculado cama	incapaz de hacer cualquier trabajo	enfermedad extensa	20
totalmente vinculado cama	incapaz de hacer cualquier trabajo	enfermedad extensa	10
muerto	NA	NA	0
<b>Auto-Cuidado</b>	<b>Ingesta</b>	<b>Nivel de Consciencia</b>	<b>Por ciento</b>
Adecuado	normal	Adecuada	100
Adecuado	normal	Adecuada	90
Adecuado	normal o reducido	Adecuada	80
Adecuado	normal o reducido	Adecuada	70
necesita ayuda ocasional	normal o reducido	total o ligera confusi3n	60
Necesita asistencia considerable	normal o reducido	total o ligera confusi3n	50
la asistencia es necesaria	normal o reducido	somnolencia o confusi3n	40
atenci3n total	reducido	somnolencia o confusi3n	30
atenci3n total	mínimo: sorbos	somnolencia o confusi3n	20
atenci3n total	se le dificulta tragar	somnolencia o coma	10
NA	NA	NA	0