



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO
DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS QUE
VIVEN CON VIH**

REPORTE DE ACTIVIDADES PROFESIONALES

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
LIC. MARÍA JOSÉ NOGUEDA OROZCO**

**DIRECTOR DEL REPORTE: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
COMITÉ TUTORAL: DR. LEONARDO REYNOSO ERAZO
DR. JUAN G. SIERRA MADERO
MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA
DRA. SOFÍA SÁNCHEZ ROMÁN**

México, D. F.

JUNIO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología

Al Hospital General de Atizapán "Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler

Al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Dr. Salvador Zubirán"

A mis maestros el Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Dr. Juan Sierra Madero, Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, Dr. Fernando Vázquez Pineda, Dra. Ma. Antonieta Calderón Márquez, Psic. Areli Fernández Uribe y Dra. Sofía Sánchez Román

A mis pacientes

A mi familia

A Hugo

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO 1	
FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.....	3
Introducción	3
Definición de VIH-SIDA y su prevalencia.....	4
Aspectos psicológicos asociados al VIH	5
Inicio de Tratamiento Antirretroviral.....	8
Explicaciones teóricas sobre la búsqueda de atención médica en personas que viven con VIH	10
Planteamiento del problema	16
Justificación	17
Pregunta de investigación	18
Hipótesis	18
Objetivos del estudio	18
Objetivo General.....	18
Objetivos Específicos.....	18
Variables estudiadas.....	19
Método.....	26
Diseño del Estudio	26
Participantes	26
Tamaño de la muestra	27
Instrumentos.....	29
Procedimiento.....	31
Selección y Reclutamiento de Pacientes.....	31
Resultados.....	32
Discusión	45

CAPÍTULO II

Reporte de Experiencia Profesional	48
PRIMERA ROTACIÓN: HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN	48
“DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN DAIMLER-CHRYSLER”	48
Contexto de servicio	48
Características de la sede	49
Ubicación de la sede.....	49
Nivel de atención.....	49
Servicios de la sede	50
Servicio de Medicina Interna.....	51
Ubicación de la Residente de Medicina Conductual (R1) en la sede	52
Actividades profesionales desarrolladas.....	53
Destrezas clínicas a desarrollar en el servicio.....	54
Programas específicos desarrollados	55
Actividades clínicas diarias.....	56
Actividades académicas	61
Población atendida.....	62
Pacientes atendidos en Piso de Medicina Interna	63
Pacientes atendidos en Consulta Externa.....	66
Evaluación del primer año de residencia	67
De la subsede	67
Programa Operativo	68
De los actividades y programas específicos desarrollados	68
De la supervisión.....	69

SEGUNDA ROTACIÓN: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN”	71
Contexto de servicio	71
Características de la sede	71
Ubicación de la sede.....	71
Nivel de atención.....	72
Servicios de la sede	72
Departamento de Infectología	74
Actividades profesionales desarrolladas.....	74
Destrezas clínicas a desarrollar en el servicio.....	75
Programas específicos desarrollados	76
Actividades clínicas diarias.....	77
Actividades académicas	78
Población atendida.....	79
Evaluación del segundo año de residencia	81
De la subsede	81
Del Programa Operativo	82
De los actividades y programas específicos desarrollados	82
De la supervisión.....	83
Competencias adquiridas a lo largo de la Residencia en Medicina Conductual	84
Conclusiones.....	86
Sugerencias.....	87
Referencias bibliográficas	88
ANEXOS	97
Anexo I.....	97
Anexo II	104
Anexo III.....	106
Anexo IV.....	109
Anexo V	142

PRESENTACIÓN

En la actualidad, la investigación en Psicología aplicada en el campo de la salud requiere satisfacer dos metas principalmente: el desarrollo de modelos teóricos que describan el proceso de adquisición y mantenimiento de conductas saludables y eliminación o disminución de aquellas conductas de riesgo, así como la creación de procedimientos efectivos para efectuar el cambio conductual necesario para prevenir y/o tratar enfermedades tanto en escenarios clínicos, como en los comunitarios (Leventhal, H., Weinman, Leventhal, E. y Phillips, 2008).

El crecimiento en la práctica médica basada en la evidencia ha generado la necesidad en los psicólogos de la salud de crear intervenciones efectivas y eficientes, teóricas e individualmente diseñadas que cumplan el objetivo de entender el papel de los aspectos psicológicos y sociales asociados al proceso de salud-enfermedad.

Estas nuevas aplicaciones de intervención psicológica en el área de la salud, fundamentalmente de la intervención cognitivo-conductual, ha supuesto el desarrollo de una especialidad, la Medicina Conductual. La cual fue definida como “el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas propias de las ciencias comportamentales y biomédicas, relacionadas con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación” (Schwartz y Weiss, 1978 p. 250).

Así la medicina conductual abarca tanto la prevención como el tratamiento de las alteraciones biopsicosociales provocadas por la enfermedad en el bienestar del individuo. Partiendo de esta base teórica, el objetivo principal del presente reporte es hacer referencia a la literatura revisada, a la experiencia y a las competencias profesionales adquiridas durante los dos años de Residencia en Medicina Conductual.

En la primera parte, se describe el protocolo de investigación “Factores Psicosociales Asociados al Inicio Tardío de Tratamiento Antirretroviral” realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” (INCMNSZ). En un segundo capítulo se exponen las características de las sedes hospitalarias donde se llevó a cabo la residencia, las principales actividades desarrolladas, así como una evaluación desde el punto de vista de residente. Al final de este capítulo se encuentran detalladas las conclusiones y las competencias adquiridas al término de la Residencia en Medicina Conductual.

CAPÍTULO 1

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Introducción

Las investigaciones se han expandido cada vez más en la atención a personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) específicamente, en torno a los factores que limitan la búsqueda de atención médica, incluyendo en este concepto el diagnóstico y el inicio de tratamiento de manera oportuna (Porter, 1993; Samet, 2001) Un porcentaje sustancial de pacientes infectados por el VIH están en una situación relativamente avanzada de su enfermedad en el momento del diagnóstico, lo que limita de manera importante los beneficios del tratamiento antirretroviral, pues la incidencia de falla, toxicidad, mortalidad y la tasa de transmisión se incrementan. Además se genera un aumento de los costos para la salud pública asociados a la atención de estos pacientes (Zolopa, Andersen, Powerdly, Sánchez, Sanne, Suckow et al., 2009; Krentz, Aulud y Gill, 2004).

El antecedente de esta propuesta es una interrogante planteada al comienzo de la estancia de la autora como Residente en Medicina Conductual en la Clínica de VIH del INCMNSZ, de marzo 2010 a febrero 2011. Este anteproyecto pretende contribuir a la generación de conocimiento en el campo de los modelos teóricos relacionados a las barreras que los pacientes perciben en la búsqueda de atención médica oportuna.

A continuación se expone una breve reseña acerca de los conceptos básicos del VIH-SIDA, su prevalencia mundial y mexicana, el impacto en comorbilidad psicológica y/o psiquiátrica. En seguida, se presentan los lineamientos generales apoyando esta propuesta, sus objetivos, la metodología utilizada y los principales resultados.

Definición de VIH-SIDA y su prevalencia

El virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el agente causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Este retrovirus tiene una compleja patogenia y una gran diversidad genética. En su ciclo vital hay dos fases: virión infectante (ARN) y provirus (ADN). Esta fase intermedia de integración en el genoma huésped le permite prolongados periodos asintomáticos (latencia), a pesar de una viremia persistente. Las células huésped son los linfocitos CD4+, macrófagos, células nerviosas de la microglía y células dendríticas residentes en mucosas. Es por eso, que el sistema inmunológico se ve afectado y el paciente es propenso a padecer alguna infección oportunista como tuberculosis, neumonía, herpes, retinitis por citomegalovirus, candida, entre otras. Incluso pueden desarrollar algún tipo de cáncer o linfoma (NIH, 2009).

A comienzos de la década de 1980, cuando comenzó la epidemia del VIH-SIDA, los pacientes raramente vivían más de algunos años. Pero actualmente, la terapia antirretroviral de alta eficacia ha logrado disminuir la morbilidad y mortalidad en personas que viven con

VIH. La prolongación de vida implica mantener la terapia por tiempo indefinido, lo que da lugar a que esta enfermedad tenga un carácter crónico.

La prevalencia mundial del VIH es de 33.3 millones de personas (OMS, 2009). Con respecto a México el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA calculó que 220 mil personas vivían con VIH en territorio mexicano (Censida, 2010a). Dos años antes, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2010) informó que alrededor de 200 mil personas (150 mil-310 mil) seropositivos vivían en México.

Actualmente, el VIH-SIDA es considerado un serio problema de salud pública para gran parte de los países del mundo y en México. Respectivamente en nuestro país, en el 2008 se ubica en lugar número siete como causa de mortalidad en personas en edad productiva, es decir en personas cuyas edades oscilan entre los 15 y 64 años de edad (SINAIS, 2010).

Aspectos psicológicos asociados al VIH

El VIH no sólo es un problema orgánico, sino que también tiene un grave impacto emocional en las personas que viven con VIH, sus familias y su entorno social. Hay que subrayar que desde el punto de vista de la medicina conductual (Schwartz y Weiss, 1977), el papel de los aspectos cognitivos, conductuales y afectivos han mostrado su importancia para el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación de las enfermedades.

Empíricamente se ha observado que las personas, desde el momento que han sido informados de su resultado positivo al VIH, en mayor o menor grado presentan algún tipo de alteración emocional, con severidad, tiempo e intensidad variable (Bogart, Catz, Kell, Grey-Bernhardt, Hartman, Otto-Salaj et al., 2001). Algunos autores (García-Huete, 1993; Remor y Ulla, 2002) mencionan que entre las consecuencias asociadas a este diagnóstico se encuentran una serie de reacciones psicológicas y sociales como la pérdida de la autoestima, sentimientos de alienación y aislamiento, incluso pérdida de la pareja, desempleo, cambios en la imagen corporal y percepción de pérdida del control en sus vidas.

Por otra parte, la depresión ha sido también descrita como un obstáculo a la adherencia terapéutica (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch, y McAuliffe, 2000; Remor, 2002; Knobel, Escobar, Polo, Ortega, Marín-Conde, Casado et al., 2005). El trabajo de Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares (2008) presenta resultados apoyando lo anterior en población mexicana. En su estudio con 64 participantes, encontraron que la combinación de niveles intermedios de estrés vinculado con la tolerancia a la ambigüedad y niveles bajos de depresión presentó una asociación significativa con la adherencia al tratamiento. La adherencia incluye indicadores del comportamiento del paciente como asistencia a consulta, realización de pruebas de laboratorio, y cambios de estilo de vida (dieta, ejercicio, manejo de estrés, entre otros).

Otro de los factores asociados a niveles bajos de adherencia terapéutica es el consumo de drogas. En España, la incidencia de enfermedad psiquiátrica se encuentra significativamente elevada entre la población VIH+ (5.2 – 22.9%) frente a la población general VIH – (0.3 -0.4%) y son frecuentes situaciones de comorbilidad por coinfección

por virus de la hepatitis B o C o patología dual por el consumo concomitante de drogas (Kindelán, Valero, Ruiz, de la Hoya, Pulido y Laguna, 2002). Muchas veces los pacientes que presentan esta problemática psicosocial añadidos a su enfermedad por el VIH pueden presentar una menor adherencia al TARV (Paterson, Swindels, Mohr, Brester, Vergis, Squier et al., 2000).

Ante tales problemas, no se descarta que haya una repercusión importante sobre la calidad de vida y bienestar social de las personas que viven con VIH (Schneiderman, Antoni, Saab e Ironson, 2001). Atender los aspectos psicológicos en los pacientes con VIH-SIDA también incluye explorar los factores protectores como el apoyo social y la percepción de control. En un estudio español de Estéves- Casellas (2000), que evaluó variables psicosociales asociadas a la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH y bajo TARV, se concluye que la disponibilidad de apoyo social es una variable que influye de manera positiva en la adherencia al tratamiento.

En este sentido Carrobes, Remor y Rodríguez (2003), tras un estudio con 229 hombres y mujeres de origen español y peruano, sugieren que un afrontamiento activo, con actitudes de autocuidado, centrado en la solución de problemas, con búsqueda de apoyo social e información, junto con la posibilidad de contar con personas dispuestas a brindar escucha y afecto han sido identificados como factores protectores contra la perturbación emocional.

Por su parte, Remor, Carrobes, Arranz, Martínez-Donate y Ulla (2001) identificaron la presencia de una asociación significativa inversa entre la percepción de

control y la perturbación emocional. Así mismo, la primera tiene un efecto predictor sobre la segunda. Es decir, las personas que tenían “la creencia de que uno puede determinar los propios estados internos y conductas, influenciando el propio entorno y/o causar consecuencias deseadas” (Wallston, Wallston, Smith y Dobbins, 1987, p.5) presentan niveles más bajos de desajuste psicológico.

Es importante considerar las variables psicosociales tanto protectoras como desadaptativas, para el diseño e implementación de todo proceso terapéutico para personas que viven con VIH a fin de lograr una atención integral de calidad, la estabilidad del cuadro clínico y conseguir una mejor adaptación al diagnóstico y tratamiento.

Inicio de Tratamiento Antirretroviral

El acceso al tratamiento antirretroviral se ha ampliado poco a poco en los últimos años sin embargo, las cifras demuestran que las actividades de prevención para evitar la transmisión del VIH no han sido suficientes. En sólo seis años el número de personas que reciben medicamentos antirretrovirales en los países de ingresos bajos y medianos se ha multiplicado por 10, llegando a casi 10 millones de personas en el 2007 (ONUSIDA, 2008).

En México, se estima que a finales de 2009 en todo el país había 220 mil personas viviendo con VIH, de las cuales 65 mil reciben tratamiento antirretroviral de forma gratuita por parte del Sistema Nacional de Salud gracias a la integración del Programa de Medicamentos Antirretrovirales Gratuitos de la Ciudad de México desde 2001. El resto,

casi un 59% puede ser que desconozcan su diagnóstico o no están en seguimiento médico en ninguna institución (Censida, 2010b).

El tratamiento antirretroviral (TARV) ha cambiado significativamente el pronóstico de la enfermedad por VIH y actualmente, se recomienda iniciarlo antes de que el paciente llegue en un estadio de enfermedad avanzada. Cuando el tratamiento se inicia tardíamente los beneficios se limitan sustancialmente, pues la incidencia de falla, toxicidad, mortalidad y la tasa de transmisión se incrementan. Además de generar un aumento de los costos para la salud pública asociados a la atención de estos pacientes (Quinn, Wawer, Sewankambo, Serwadda, Li, Wabwire-Mangen et al., 2000; Kamb, Fishbein, Douglas, Rhodes, Rogers, Bolan et al., 1998; Rietmeijer, Kane, Simons, Corby, Wolitski, Higgins et al., 1996; Hogg, Yip, Chan, Wood, Craib, O'Shaughnessy et al., 2001, Zolopa et al., 2009; Krentz, Aulud, Gill, 2004; Sullivan, Curtis, Sabin, Johnson, 2005). Las razones de los pacientes para iniciar tratamiento ARV de forma tardía pueden ser varias, entre ellas se encuentran el no percibir el riesgo de contraer VIH, el miedo o negación al resultado de la prueba de detección, la ausencia de sintomatología, la falta de una red de apoyo y la falta de información, entre otras (Banford, Eherenkranz, Eberhart, Shpane y Brady, 2010).

Un porcentaje sustancial de pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) están en una situación relativamente avanzada de su enfermedad en el momento del diagnóstico. No existe una definición uniforme del concepto de “enfermedad avanzada” o de “presentación tardía”. Suele utilizarse la cifra de linfocitos TCD4+, la cual es menor a 200 células por mm, si el paciente cumple o no criterios de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y el intervalo entre el primer test de anticuerpos

positivo y el diagnóstico de SIDA con un punto de corte de 3 meses o diversas combinaciones de los anteriores (Gatell, 2009).

Este problema es significativo a nivel mundial pero en mayor proporción en México y Latinoamérica. En el INCMNSZ del total de pacientes atendidos (N=1031) que acudieron a la Clínica de VIH de Enero 2001 a Abril del 2008, el 75% aproximadamente iniciaron tratamiento con menos de 200 CD4 y/o enfermedad definitoria o avanzada (Crabtree, Carro-Vega, Velázquez y Sierra, 2009).

Explicaciones teóricas sobre la búsqueda de atención médica en personas que viven con VIH

Por lo comentado anteriormente, se necesitan nuevas estrategias para reducir el tiempo transcurrido entre el establecimiento del diagnóstico y la búsqueda de atención médica. Para diseñar dichas estrategias, es primordial identificar los factores adyacentes, para lo cual se revisaron modelos teóricos que expliquen este proceso y los factores involucrados en la decisión del paciente por una conducta de salud. La presente investigación pretende ser un primer acercamiento psicosocial a la solución de esta problemática, para lo cual se pretende explorar las siguientes relaciones teóricas con base en un cuestionario exploratorio.

A fin de que las variables incluidas en el cuestionario fueran basadas en evidencia, se seleccionaron modelos ya existentes y probados en relación a la temática. El primero de

ellos, es la Teoría Social Cognitiva de Bandura que propone que la conducta es resultado de la relación entre factores personales y sociales. En esta teoría se subraya un constructo central que se tomará como variable principal, que es la autoeficacia percibida, definida como los juicios que cada individuo tiene sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (Bandura, 1997). Las personas con autoeficacia percibida en niveles óptimos son más exitosas en llevar a cabo conductas específicas porque son más propensos a perseverar aún en situaciones difíciles. Varios estudios sobre intervenciones en adherencia al TARV indican correlaciones positivas entre niveles altos de autoeficacia percibida y niveles altos de adherencia (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y McAuliffe, 2000; Gifford, Borman, Shively, Wright, Richman y Bozzette, 2006; Tuldra, Ferrer, Fumaz, Bayes, Paredes, Burger et al., 1999). Por lo que este concepto podría ser también un buen predictor de conducta preventiva.

Otro concepto de esta teoría es la expectativa sobre los resultados, que se define como un juicio sobre las posibles consecuencias de una conducta. Las personas que esperan resultados positivos asociados a sus comportamientos, son más propensos a llevar a cabo dicho comportamiento que las personas que esperan resultados negativos o neutrales. Así mismo, un componente importante de la autoeficacia es la percepción de control en situaciones donde la persona se percibe riesgo o inestabilidad, y que ésta puede ejercer control sobre su propia motivación, estado emocional y patrones de comportamiento. (Bandura, 1991 en DiClemente y Peterson, 1994) Traduciendo este conocimiento de

autoeficacia en la protección de salud en VIH, la persona requiere de habilidades sociales y autoreguladoras, por lo que también se incluyeron como variables de estudio.

Las siguientes variables incluidas en el cuestionario, las cuales están a la vez relacionadas con la percepción de autoeficacia y fueron catalogadas como factores sociales, son la red de apoyo social del paciente y el estigma alrededor del VIH-SIDA. Estas variables tienen un efecto sobre las conductas de salud (Dilorio, 2009). Es más probable que las personas tomen decisiones correctas cuando tienen una red de apoyo sólida y no cuentan con atribuciones desacreditadoras alrededor de su padecimiento. Por el contrario, las personas con el objetivo de evitar ser juzgadas y estigmatizadas pueden comportarse de manera contraproducente para su salud al no realizar acciones de prevención, como realizarse la prueba de detección para VIH aún sabiendo que se está en riesgo (Young, Owens y Monin, 2009).

En cuanto a datos relacionados a esta problemática, los individuos que se perciben en amenaza o que han estado en riesgo de infectarse son más propensos a realizarse la prueba para VIH, por ejemplo los hombres que tienen prácticas sexuales de riesgo con hombres. Así mismo, los pacientes que perciben mayores beneficios que costos en el tratamiento médico, y las personas menores de 40 años (Wit y Adam, 2008; Banford, Eherenkranz, Eberhart, Shpaner y Brady, 2010). Por último, en un estudio realizado en Nueva York, se demostró que los pacientes que inician oportunamente su tratamiento, son aquellos que reciben su diagnóstico en una clínica que ofrezca los medicamentos antirretrovirales (Torian, Wiewel, Liu, Sackoff y Frieden, 2008).

El siguiente marco teórico de análisis fue el Health Belief Model o Modelo en Creencias de Salud el cual propone que las personas van a realizar una acción de prevención, diagnóstico o control, si en la condición médica perciben susceptibilidad, severidad, un beneficio y si estos beneficios son mayores que los costos (Glanz, Rimer, Lewis, 2002; Rosenstock, Strecher, Becker, 1988).

El modelo de Leventhal (Leventhal, Diefenbach y Leventhal, 1992) también fue una de las bases teóricas para el diseño del instrumento, este modelo sugiere factores emocionales y cognitivos que median los síntomas de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Estudios anteriores han mostrado que el paciente que se reconoce como seropositivo aunado a una consejería apropiada al momento de recibir el diagnóstico y el proporcionarle información de dónde puede atenderse, puede ser suficiente para que se sienta física y psicológicamente motivado para cuidarse de sí mismo, buscar atención médica, adherirse al tratamiento, prevenir infecciones y reducir la probabilidad de reinfectarse (Dorr, Krueckeberg, Strathman y Wood, 1999).

De la misma manera, se ha demostrado que los pacientes con enfermedad por VIH y antecedentes de depresión tienen más probabilidades de iniciar tardíamente el tratamiento (Himmelhoch, Moore, Treisman, Gebo, 2004). Por lo que factores emocionales también se incluyen en este estudio.

El paciente comúnmente pasa por alguna o todas las siguientes etapas al recibir el diagnóstico (Miller y Bellack, 1993):

1. Se centra en mantener el secreto del diagnóstico y se asocia a sentimientos de pena y estigma.
2. Se caracteriza por una idea de desesperanza usualmente, acompañada de depresión.
3. Al percibir el diagnóstico y tratamiento como amenazantes, se centra en la evitación, que involucra negación consciente o inconsciente del diagnóstico y evitación del tratamiento.
4. A partir de un mejor conocimiento, disminuye la resistencia y ocurre la aceptación del diagnóstico e inicio del tratamiento.

El conocer estas etapas facilita la atención psicológica del paciente para poder orientarlo de acuerdo a sus necesidades. Además son etapas emocionales y cognitivas que suelen ser predictivas del tiempo de búsqueda de atención médica y una futura adherencia terapéutica.

Por otro lado, la conducta de las personas está condicionada por su intención, es decir, si desean o no llevar a cabo cierta conducta. Y la intención es en una especie de balance entre dos aspectos. Por un lado, la propia actitud del paciente y sus creencias. Bajo este concepto de creencias, se incluyen las ideas irracionales sobre el padecimiento y su tratamiento, incluso ideas sobre conspiración alrededor del VIH y preferencias por la medicina tradicional y/o alternativa (Okome-Nkomumou, Okome-Miame, Kendjo, Obiang,

Kouna, Essola-Biba et al., 2005). Por otro lado, lo que la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen, 1991) llama la Norma Subjetiva, esto es, la percepción que se tiene sobre lo que los otros piensan que se debe hacer. Para este estudio se engloban estos conceptos bajo la categoría de motivación a la acción, en este caso dirigido al diagnóstico.

De acuerdo al modelo transteórico de Prochaska (Glanz, Champion, Strecher, 2002; Gardner, Marks, Metsch, Loughlin, O'Daniels, del Río et al., 2007), las personas progresan entre una serie de etapas cognitivas en su preparación (*readiness*) para llevar a cabo o cambiar comportamientos relacionados a su salud. Este modelo ha sido usado en casos de adicciones y hábitos alimenticios. Se divide en 4 etapas principales: precontemplación, contemplación, planeación y acción. Existe poca investigación al respecto en personas con VIH, este estudio intenta encontrar una posible relación entre la etapa de disposición al cambio en la que se encuentre el paciente y el momento en el que acude a recibir atención médica.

Otro concepto que se ha observado vinculado al inicio de tratamiento es el estigma social que interfiere en la calidad de vida de las personas que viven con VIH. El estigma puede ser definido como una serie de elementos que ocurren de forma simultánea como etiquetar, estereotipos, separación y discriminación en una situación de desventaja para unos y ventaja para otros (Link y Phelan, 2001). Ya que debían explorarse características relacionadas al estigma se utilizaron preguntas que fueran significativas de la escala para la evaluación del estigma sentido entre las personas que viven con VIH en la República Dominicana (Carrisoza, Blumberg, Hovell, Martínez-Donate, García et al., 2010).

La siguiente figura muestra el modelo teórico en el que se basó el cuestionario exploratorio:

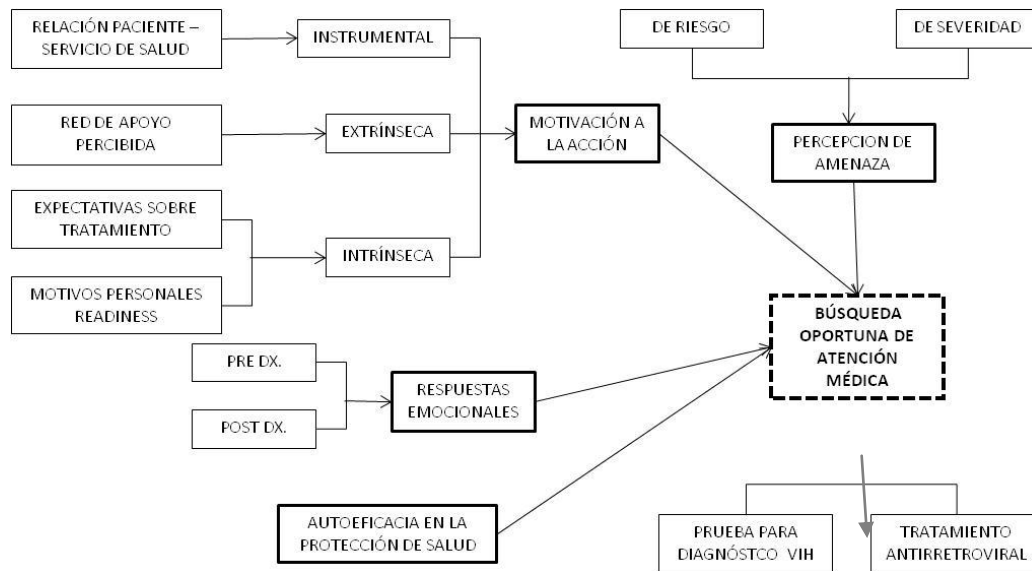


Figura 1. Modelo explicativo utilizado para la realización del cuestionario “Factores Psicosociales asociados con el Inicio de Tratamiento Antirretroviral” de MJ. Noguera

Planteamiento del problema

Con base en los altos índices de inicio tardío de TARV reportados anteriormente, es notoria la necesidad de identificar las necesidades tanto psicológicas como sociales que tienen la mayoría de los pacientes en el momento de iniciar TARV, ya que esto podrá contribuir en el futuro al diseño de intervenciones específicas donde se promueva la búsqueda de atención médica oportuna en programas donde el medicamento es gratuito y así, reducir las desventajas de iniciar TARV en un estadio avanzado.

En virtud de las condiciones reseñadas, la contribución del estudio en el presente informe consistió en explorar los factores psicológicos y sociales asociados a la situación de inicio de tratamiento antirretroviral por medio de un cuestionario. Así mismo, este protocolo contempló cubrir una necesidad específica de la Clínica de VIH del INCMNSZ para lo cual fue sometido y aprobado por el Comité Institucional de Investigación Biomédica en Humanos del Instituto.

Justificación

La mayoría de los estudios se han enfocado en la búsqueda de información sobre las variables que limitan el diagnóstico oportuno y la subsecuente adherencia al tratamiento, pero existen pocos estudios sobre las variables demográficas y psicosociales implicadas en la búsqueda de atención médica oportuna (Clark, Mayben, Hartman, Kallen y Giordano, 2008; CDC, 2005).

Los factores asociados al inicio tardío de los pacientes al tratamiento antirretroviral tardíamente es una interrogante crucial para poder realizar futuras intervenciones las cuales deben estar dirigidas a todos los pacientes con reciente diagnóstico y enfocadas en la prevención de conductas de riesgo y detección de creencias que se relacionen directamente con la adherencia al tratamiento (Irinson y Hayward, 2008; Losina, Shackman, Sadownik, Gebo, Wallestenky, Chiosi et al., 2009).

Pregunta de investigación

¿A qué factores psicológicos y sociales se asocia el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos que viven con VIH?

Hipótesis

El inicio tardío del tratamiento antirretroviral estará asociado a las siguientes variables: respuestas emocionales desadaptativas tras el primer diagnóstico positivo para VIH, nivel bajo de autoeficacia en la protección de la salud y a la percepción de estigma asociado al VIH.

Objetivos del estudio

Objetivo General

Determinar en una muestra de la población de la Clínica de VIH del INCMNSZ, la contribución de variables psicológicas y sociales que puedan estar asociadas al inicio tardío de tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos que viven con VIH.

Objetivos Específicos

- Desarrollar un cuestionario de tipo exploratorio que incluya el mayor número de variables reportadas en la literatura como asociadas a inicio tardío de TARV.

- Aplicar el cuestionario a una muestra de pacientes considerable.
- Describir cuáles son las barreras al tratamiento más comunes en esta población.
- Identificar en qué grado y en qué dirección se asocian tales variables psicológicas y sociales a un diagnóstico tardío de VIH.

Variables estudiadas

A continuación se definen operacionalmente cada una de las variables que fueron consideradas en este estudio exploratorio.

Variables sociodemográficas:

- a) **Sexo:** masculino o femenino.
- b) **Edad:** edad del paciente cumplida en años.
- c) **Estatus pareja:** categorización que el paciente hace de su estado civil (con o sin pareja estable).
- d) **Escolaridad:** número de años cursados en el sistema educativo mexicano.
- e) **Ocupación:** categorización que el paciente hace sobre su situación laboral.
- f) **Nivel socioeconómico:** clasificación ad hoc al sistema institucional basado en las posibilidades del paciente de pagar las tarifas hospitalarias.
- g) **Factor de riesgo de transmisión:** factor de mayor riesgo de transmisión para VIH (homosexual/bisexual, heterosexual, otros).

Variables clínicas:

- a) **Tiempo entre diagnóstico de VIH e inicio de TARV:** El tiempo en meses que haya transcurrido desde el primer diagnóstico positivo para VIH y el momento de inicio de TARV.
- b) **Tiempo entre percepción de riesgo o sospecha y diagnóstico:** El tiempo en meses entre que el paciente se perciba en riesgo o tenga la sospecha de tener VIH hasta el momento del diagnóstico.
- c) **Nivel CD4 al inicio de TARV:** Conteo de células de defensa del sistema inmunológico CD4 al momento de inicio de TARV (cels/mm³).

En cuanto a las variables independientes en conjunto a su definición operacional se enlistan sus respectivos indicadores.

Variables independientes:

- a) **Motivación al diagnóstico:** De acuerdo a si el diagnóstico había sido de forma voluntaria (motivación intrínseca) o por motivación extrínseca ya sea por presentar sintomatología asociada a VIH o por recomendación médica.
 - ❖ Marque el o los motivos por los cuales le fue realizada la prueba de diagnóstico para VIH: petición personal, recomendación médica en consulta u hospitalización, chequeo de rutina, otros.

b) **Orientación e información en el diagnóstico:** El paciente al momento de recibir el diagnóstico recibió orientación e información sobre el VIH y su tratamiento.

- ❖ ¿Podría decir si usted recibió algún tipo de orientación y/o consejo con respecto al inicio de su tratamiento cuando le dieron el diagnóstico de VIH+?
- ❖ ¿Quién le dio la orientación o consejería?
- ❖ Marque si la orientación incluyó los siguientes aspectos: lugares donde puede iniciar TARV, costo del TARV, momento adecuado de inicio del tratamiento, cambios físicos o de estado de ánimo debido a los medicamentos, conductas de prevención para evitar infecciones oportunistas y reinfección, importancia de apegarse al 100% al tratamiento, oferta de apoyo psicológico.

c) **Búsqueda de atención médica previa:** Experiencia previa del paciente hacia la búsqueda de atención médica.

- ❖ Antes de recibir el diagnóstico como portador de VIH, si usted se enfermaba (por ejemplo, del estómago, de la garganta, etc.), era común que, ¿Ud. acudiera al médico para que lo revisara y le diera tratamiento? Las opciones de respuesta, van desde nunca a siempre.

d) **Etapas emocional ante el diagnóstico:** El paciente al recibir el diagnóstico de VIH puede tener reacciones emocionales que pueden impedir o acelerar el proceso de atención médica.

❖ A continuación se muestran 4 frases, ¿podría usted decir cuál de ellas describe de mejor manera, su sentir y pensar en el momento en que recibió el diagnóstico? Las opciones de respuesta fueron:

- Quise mantener en secreto el diagnóstico, me sentí apenado y me preocupó la reacción de los demás.
- Me sentí muy triste y sin esperanza alguna.
- No creí que el diagnóstico fuera cierto.
- Acepté el diagnóstico y consideré la opción de iniciar tratamiento.

b) **Disposición al cambio o *readiness***: Serie de etapas cognitivas en su preparación para llevar a cabo o cambiar comportamientos relacionados a su salud.

❖ Para usted, en este momento, ¿qué tan importante es el tratamiento antirretroviral?, ¿qué tan confiado se siente para llevar a cabo el tratamiento antirretroviral? Las tres se contestaron con una escala visual análoga del 0 al 10. De acuerdo al puntaje, precontemplación y contemplación se categorizaron como ausencia de disposición al cambio y planeación y acción se tomaron como presencia de disposición.

c) **Expectativas sobre el tratamiento**: Juicio individual sobre la eficacia, utilidad y probables efectos secundarios de los tratamientos antirretrovirales.

❖ Las siguientes 4 afirmaciones se respondían en escala Likert de 5 puntos, que va desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo:

- Los medicamentos antirretrovirales prolongan el tiempo de vida
- Los medicamentos antirretrovirales evitan que me hospitalice

- Si no tomo adecuadamente el tratamiento antirretroviral, me enfermaría
- Los medicamentos antirretrovirales previenen enfermedades oportunistas.

d) **Percepción de gravedad:** Severidad que el paciente percibe sobre el padecer VIH.

- ❖ ¿Qué tan grave cree usted que sea tener VIH? La escala de respuesta va de nada grave a muy grave.

e) **Percepción de riesgo:** Sospecha de que el paciente se encuentra en riesgo de haberse infectado por VIH, debido a sus conductas previas.

- ❖ Antes de la confirmación de su diagnóstico de VIH, ¿qué tanto percibía el riesgo de contraer VIH? La escala Likert de respuesta va desde sin riesgo a riesgo muy alto.

f) **Percepción de estigma:** Ideas de discriminación en una situación de desventaja para unos y ventaja para otros.

- ❖ Las siguientes 4 afirmaciones se respondían en escala Likert de 5 puntos, que va desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo:

- La mayoría de las personas con VIH son rechazadas.
- Las personas se han alejado o se alejarían de mí al enterarse que tengo VIH.
- Las personas se sienten incómodas alrededor de personas con VIH.
- Me esfuerzo por mantener en secreto que tengo VIH.

g) **Autoeficacia en conducta protectora de salud:** Juicio que cada individuo tiene sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado.

❖ ¿Qué tan capaz se siente para cumplir con éxito cada indicación del médico?

La escala de respuesta va desde nada capaz a muy capaz.

h) **Percepción de control en situaciones problemáticas:** Juicio que la persona hace sobre su capacidad de ejercer control sobre su propia motivación y estado emocional ante situaciones que implican un problema o desajuste. Variable teóricamente asociada con autoeficacia.

❖ Las siguientes 3 afirmaciones se respondían en escala Likert de 5 puntos, que va desde nunca a siempre:

- Siento que puedo controlar las dificultades de la vida.
- Me siento confiado en mi capacidad para manejar mis problemas.
- Suelo irritarme cuando las cosas están fuera de control.

i) **Ideas de conspiración:** Percepción de desconfianza sobre el origen y la cura del VIH.

❖ En escala Likert que van desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo:

- El gobierno o las compañías farmacéuticas tienen la cura para el VIH pero no la dan a conocer por cuestiones económicas y/o políticas.

- El VIH, no es real, es una creación por parte del gobierno o de las compañías farmacéuticas.
- j) **Apoyo social percibido:** Percepción del paciente de la suficiencia del apoyo que tiene en torno a su enfermedad.
- ❖ ¿Cuánto apoyo siente que recibe por parte de la(s) persona (s) que menciona? La respuesta era por medio de una escala visual análoga que iba del 0 “mucho menos de lo que necesito” a 10 “más de lo que necesito”.
- k) **Información sobre VIH previa al diagnóstico:** Con la información que contaba el paciente antes de ser diagnosticado.
- ❖ Antes de que usted fuera diagnosticado con VIH, podría decir el porcentaje aproximado de información con la que contaba usted sobre lo que es el VIH y cómo prevenirlo. El paciente califica su respuesta en una escala del 0 al 100%.
- l) **Barreras al tratamiento antirretroviral:** Creencias y motivos personales del paciente que limitan la búsqueda de atención médica.
- ❖ Si el paciente mencionaba alguno(s) de los siguientes motivos para no llevar a cabo el TARV: negación del diagnóstico VIH+, cuestiones económicas, miedo a efectos secundarios, no quería iniciar TARV, confidencialidad de los datos, no presentaba síntomas (asintomático), desconocía lugar donde recibir atención.
- m) **Ansiedad y Depresión:** Sintomatología no somática de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados.

❖ Cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

Variable dependiente:

En cuanto a la variable dependiente fue el inicio tardío de TARV, definiéndose cuando el paciente inicia TARV teniendo un nivel de CD4 <200 y/o cumple criterios definitorios para SIDA.

Método

Diseño del Estudio

El presente estudio es transversal, de tipo no experimental, ex post facto, retrospectivo de casos y controles. Ya que se busca la asociación de ciertas variables independientes con un fenómeno que ya ocurrió y se compararon grupos para descartar relaciones de variables independientes no relevantes. En este caso los iniciadores tardíos fueron los casos y los pacientes con un inicio no tardío de TARV se denominaron controles.

La participación del investigador fue de tipo indirecta, dirigida e individual. El tiempo aproximado del estudio fue de 40 semanas.

Participantes

La población estudiada fueron todos los pacientes *naive*, es decir que no hayan recibido tratamiento antirretroviral (TARV) anteriormente, que ingresen a la Clínica de VIH del

INCMNSZ a partir del 1 de Enero de 2010 al 31 de Enero de 2011, sin experiencia previa en TARV. De esta manera se pudo acotar la población de estudio en tiempo, lugar y personas.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra para la aplicación de los cuestionarios se calculó a partir de la siguiente fórmula estadística comúnmente utilizada en metodología de encuesta (Galindo, 1998):

$$n = \frac{Npq}{[Me^2(N-1) + PQ]} \cdot Nc^2$$

En la siguiente tabla se desglosa la fórmula anterior con los datos utilizados:

Tabla 1

Descripción de las variables utilizadas para el cálculo del tamaño de la muestra

Valor	Definición	Sustitución
N=	Tamaño de la población	Estimamos una población de 96 pacientes <i>naive</i> que inicien tratamiento por primera vez en la Clínica de VIH para el año 2010. Tomando en cuenta datos anteriores.
n=	Tamaño de la muestra	Se desconoce
p=	Probabilidad de ocurrencia	Al desconocer la probabilidad de ocurrencia se utiliza el mayor índice de incertidumbre que es de 50 %. (.5)
q=	Probabilidad de no ocurrencia (1-p)	1-.5= .5
Me=	Margen de error expresado como probabilidad	+/- 5 % de margen de error= .05
Nc=	Nivel de confiabilidad	95% de nivel de confianza expresado como valor z que determina el área de probabilidad buscada= 1.96.

Al sustituir los datos en la fórmula, el resultado es una muestra n= 79 pacientes como mínimo. Esta fórmula considera los siguientes factores: homogeneidad-heterogeneidad del fenómeno, el margen de error, el nivel de confianza y el número de estratos.

El tipo de muestreo fue no probabilístico y la selección fue de tipo accidental o consecutivo, el reclutamiento de pacientes coincidió con su fecha de inicio de tratamiento antirretroviral como paciente de la Clínica de VIH y por disponibilidad de los mismos.

Con el objetivo de identificar a los pacientes con enfermedad avanzada se utilizó la siguiente clasificación (Gatell, 2009):

Tabla 2

Descripción de las variables utilizadas para el cálculo del tamaño de la muestra

Grupo A		Grupo B
Inicio Tardío al TARV (IT)		Inicio No tardío al TARV (NIT)
<ul style="list-style-type: none"> • Conteo de CD4 <200 al inicio del tratamiento y/o algún criterio definitorio de SIDA. 		<ul style="list-style-type: none"> • Conteo de CD4 >200 al inicio del tratamiento sin criterios definitorios de SIDA.
A1: Diagnóstico tardío	A2: Presentación tardía	
En su primer diagnóstico de VIH positivo	>6 meses desde su primer diagnóstico de VIH positivo.	

Instrumentos

El método de recolección de datos consta en el uso y aplicación de:

- a. **Cuestionario “Factores Psicosociales asociados al Inicio de Tratamiento Antirretroviral”** en sus siglas FPS-ITARV, basado en el modelo teórico propuesto. El cual en su versión actualizada (Ver Anexo I) consta de 58 reactivos, de los cuales 7 son en relación a los datos sociodemográficos, 3 preguntas abiertas, el resto de las preguntas son cerradas con opciones de respuesta en escala Likert de 5 puntos y escalas visuales análogas. El cuestionario les fue administrado en compañía de una psicóloga a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, previa firma del consentimiento informado (Ver Anexo I) y la duración aproximada de la aplicación fue de 30 minutos. El instrumento tuvo un ensayo piloto con el objeto de detectar fallas o inconsistencias, en el cual se aplicó a un grupo de 30 pacientes y resultó en la versión actual. Al ser un estudio exploratorio, y aplicar por primera vez este cuestionario, no se ha establecido su nivel de confiabilidad y validez total. Este paso es el siguiente al completar una muestra más amplia. No obstante, se establecen los valores preliminares de su nivel de confiabilidad calculando la consistencia interna:
 - b. Expectativas de tratamiento $\alpha=.717$
 - c. Percepción de control $\alpha=.613$
 - d. Ideas de conspiración $\alpha=.680$

- e. Percepción de estigma $\alpha=.428$
- f. Autoeficacia en el seguir indicaciones médicas $\alpha=.814$
- g. Percepción de riesgo $\alpha=.816$
- h. Búsqueda de atención previa $\alpha=.779$

La selección de los reactivos válidos en el cuestionario se refieren en el apartado anterior de variables estudiadas.

b) **Inventario de Depresión y Ansiedad Hospitalaria** (HADS, por sus siglas en inglés). Es un instrumento de detección de síntomas clínicos de depresión y ansiedad en el marco de los servicios hospitalarios (Ver Anexo II). Está constituido por 14 ítems, ninguno de los cuales hace referencia a síntomas somáticos, razón por la cual fue elegido, ya que muchos de los efectos secundarios del TARV pueden confundirse con síntomas somáticos asociados a la depresión y a la ansiedad. Los ítems se agrupan en dos subescalas, cada una de ellas con 7 reactivos. La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Snaith, en colaboración con Bulbuena y Berrios, y ha sido validada por Tejero y colaboradores en 1986. Confiabilidad de .77 para la subescala de Ansiedad y .80 para la escala de Depresión (Tejero, Guimerá, Farré y Perri, 1986):

- a) Subescala de ansiedad: está centrada en sus manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, nervios en el estómago y angustia). Son los ítems impares.

- b) Subescala de depresión: centrada en la anhedonia (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión). Son los ítems pares.

El tiempo para contestarlo es aproximadamente 10 minutos o en ocasiones menos.

Procedimiento

Selección y Reclutamiento de Pacientes

Los pacientes fueron identificados utilizando la base de datos de la Clínica de VIH del INCMNSZ. Esta base recibe actualizaciones de manera rutinaria. Se tomaron en cuenta todos los pacientes de nuevo ingreso del periodo que abarca del 1 de enero de 2010 al 31 de enero de 2011. La tasa de reclutamiento esperada fue de aproximadamente 10 pacientes por mes.

A partir de esta primera selección, fueron invitados a participar todos los pacientes que cubrieron con los siguientes **criterios de inclusión**:

- Pacientes con diagnóstico de VIH-1.
- Edad igual o mayores a 18 años.
- No haber tenido experiencia previa en TARV.
- Que tengan como máximo 6 meses de haber iniciado su primer esquema.
- Que autoricen su participación por medio de un consentimiento informado (Ver Anexo III).

Los siguientes son los **criterios de exclusión**:

- Incapacidad para contestar el cuestionario en opinión del investigador principal (por razones de enfermedad).
- Alguna otra condición clínica que a juicio del investigador haría que el sujeto no sea elegible.

El procedimiento de reclutamiento fue a través de una llamada telefónica o se estableció contacto con los pacientes en la Clínica y se les invitaba a participar en el estudio, en caso de aceptar, se les dará a leer la hoja de información para el paciente (Ver Anexo IV) y firmar el consentimiento informado. Para la aplicación del cuestionario se le preguntaba al paciente si tiene tiempo disponible en ese momento, de no ser así se agendaba una cita procurando que ésta coincidiera con la próxima visita que tuviera programada a la Clínica.

El paciente tuvo la total libertad de elegir participar en responder el cuestionario, sin que esta decisión afectara su atención en la Clínica de VIH y en el INCMNSZ.

Resultados

Mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows P.C. y el programa STATA versión 8.0. 3 se realizó un análisis descriptivo de las variables psicosociales recabadas y datos sociodemográficos del total de la muestra. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para describir las variables categóricas y medias, desviaciones estándar y

rangos para las continuas. Las proporciones fueron comparadas utilizando ji-cuadradas o prueba exacta de Fisher y pruebas t de Student cuando fue apropiado.

Así mismo se hizo un análisis preliminar de confiabilidad calculando la consistencia interna por medio del alpha de Cronbach y un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para el cuestionario diseñado.

Finalmente, se realizó un análisis univariado y multivariado de regresión logística, obteniendo razón de momios para datos sociodemográficos, sociales y psicológicos. El nivel de significancia estadística utilizado fue del 5% ($p > 0.05$) para identificar las variables asociadas.

De los 131 pacientes que iniciaron tratamiento antirretroviral en el periodo de Enero de 2010 a Enero de 2011 en la Clínica de VIH del INCMNSZ, 82 participaron contestando el cuestionario (Ver Figura 2).

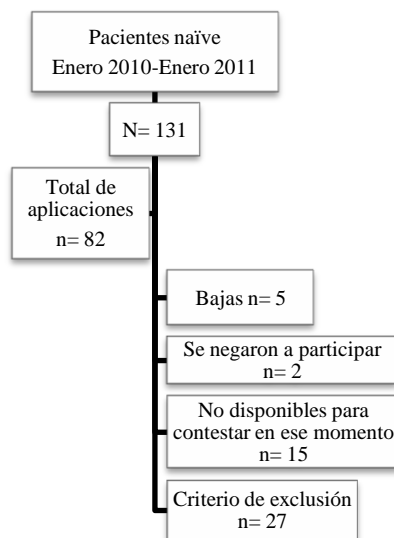


Figura 2. Diagrama consort de pacientes atendidos.

El tiempo promedio entre el diagnóstico de VIH+ y que los pacientes contestaran el cuestionario fue de 4 meses. Para buscar diferencias se compararon las medias entre los pacientes con un inicio tardío (IT) y no tardío de TARV (NIT), en los cuales se analizaron la distribución de la edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y factor de riesgo de transmisión del VIH. Donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los datos sociodemográficos de los dos grupos, con excepción del factor de riesgo de transmisión que está orientado a la preferencia sexual del paciente. El ser heterosexual se asocia a un inicio tardío de TARV (Ver tabla 6).

Tabla 3

Datos sociodemográficos por grupos asociados a inicio tardío de tratamiento antirretroviral.

Total de participantes (N=82)		IT n= 58 (70.7)	NIT n= 24 (29.3)	OR (IC 95%)	p < 0.05
Sexo al nacer	n (%)				
Mujer		9 (15.5)	1 (4.2)	I	
Hombre		49 (84.5)	23 (95.8)	.362 (.019 - 6.65)	0.495
Edad (años)	Media (DE)	35.09 (9.01)	35.2 (10.09)	.967 (.893 - 1.04)	0.415
Educación (años)	Media (DE)	12.21 (4.36)	13.10 (3.04)	.968 (.797 - 1.17)	0.744
Pareja estable	n (%)				
No		45 (77.6)	20 (83.3)	I	
Sí		13 (22.4)	4 (16.7)	1.11 (.162-7.66)	0.910
Nivel socio-económico	n (%)				
Bajo		20 (34.5)	6 (25.0)	I	
Medio		34 (58.6)	17 (70.8)	.583 (.326 - .199)	0.326
Alto		4 (6.9)	1 (4.2)	.258 (.217-.299)	0.521
Ocupación	n(%)				
Sin empleo		33 (56.9)	16 (66.7)	I	
Con empleo		25 (43.1)	8 (33.3)	.667 (.24-1.78)	0.431
Factor de riesgo para transmisión de VIH	n (%)				
Homosexual/ Bisexual		28 (48.3)	18 (75.0)	I	
Heterosexual y otros		31 (51.7)	6 (25.0)	2.81 (4.74 – 16.8)	0.256

En cuanto a las diferencias en el tiempo de inicio de TARV de los 82 participantes, 62 (76%) fueron de inicio tardío de tratamiento (IT) y 20 (24%) fueron no tardíos (INT) (Ver gráfica siguiente).

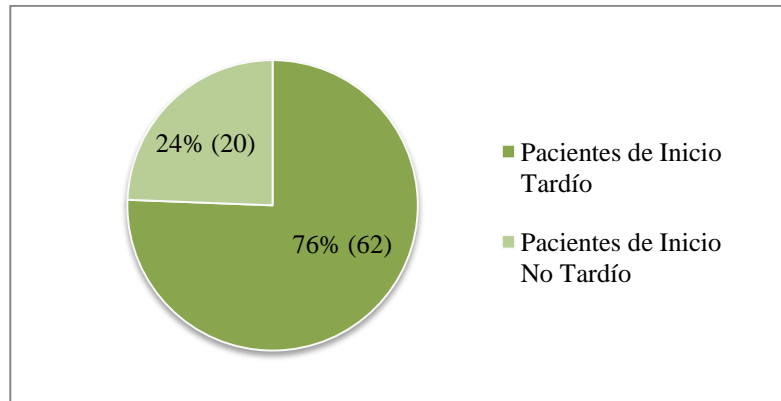


Figura 3. *Tiempo de inicio de TARV en el total de pacientes entrevistados N=82*

Cada grupo cuenta con las siguientes variables clínicas de mayor importancia (Tabla 7). La mediana de CD4 al inicio de TARV fue de 40.5 (14.7-89.5) para el grupo de inicio tardío y para el grupo de inicio no tardío fue de 348 (244.7-403.5). En cuanto al tiempo que pasó entre su diagnóstico y el inicio tardío de TARV fue menor en el grupo IT, ya que al ser diagnosticados en un estadio avanzado, comienzan más rápido el tratamiento. Al contrario de lo que se esperaba, el promedio de tiempo en que ambos grupos tuvieron la sospecha o la percepción de estar en riesgo antes de conocer su diagnóstico fue el mismo.

Tabla 4

Características clínicas de los grupos

Total de participantes (N=82)		IT n= 58 (70.7)	NIT n= 24 (29.3)
Tiempo entre el diagnóstico de VIH+ y el inicio de TARV (meses)	Media (DE)	15.58 (29.18)	30.2 (69.07)
Tiempo en sospecha del riesgo de VIH y la prueba de detección (meses)	Media (DE)	24.7 (42.90)	24.7 (45.37)
Nivel CD4 al inicio de TARV (cels/mm ³)	Mediana (RQ)	40.5 (14.7-89.5)	348 (244.7-403.5)

En cuanto a la subclasificación que se hizo de los grupos para analizar principalmente si el retraso se debía a una situación médica debido al retraso en el diagnóstico o por una situación del paciente al ya conocerse como VIH+ y no buscar atención médica de forma oportuna (Ver tabla 2). Del total de pacientes de inicio tardío el 24% (15) fueron diagnosticados con 6 meses o más de tiempo antes de iniciar tratamiento a este subgrupo se le llamó Presentación tardía y el resto un 76%(48) son los pacientes que tuvieron 6 meses o menos de haberse diagnosticado e iniciado tratamiento son los de Diagnóstico tardío (Figura 4).

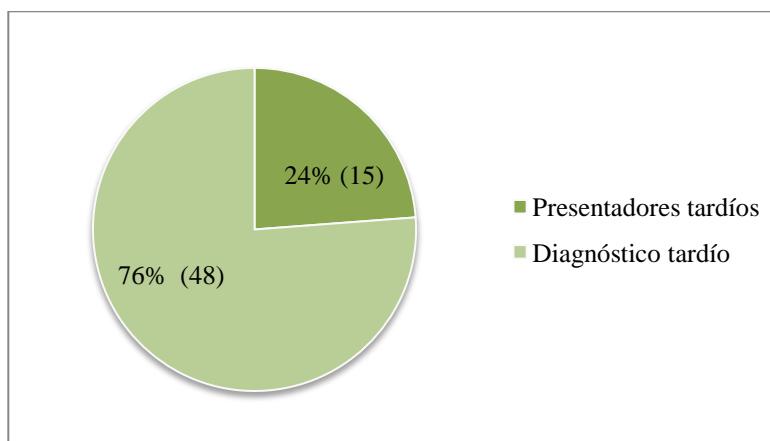


Figura 4. *Total de pacientes de Inicio Tardío de TARV (n=58)*

Se realizó un análisis multivariado por medio de un modelo de regresión logística en el que se incluyeron todas las variables, excepto autoeficacia. Ya que esta variable tuvo una frecuencia sin variabilidad importante por lo que desajustaba el modelo. Así mismo se agruparon las variables de forma de diagnóstico, en intrínseco y extrínseco; y riesgo de transmisión en homosexual/bisexual con heterosexual y otros (Ver tabla 5).

En cuanto a los resultados más relevantes sobre los aspectos psicosociales involucrados el primero que llama la atención es la motivación al diagnóstico, es decir de qué forma el paciente llegó a diagnosticarse, tomando en cuenta los dos grupos, se encuentran diferencias significativas observando que los pacientes que iniciaron tardíamente TARV tuvieron un diagnóstico no voluntario encaminado por una motivación extrínseca, al ser en su mayoría aconsejados por su médico en consulta o en hospitalización al presentar sintomatología asociado a VIH. En este caso el diagnóstico por motivación

intrínseca se asocia a menor probabilidad de ser IT (OR, .184; IC 95% .040-.839, p=0.029).

Como se muestra en la figura 5.

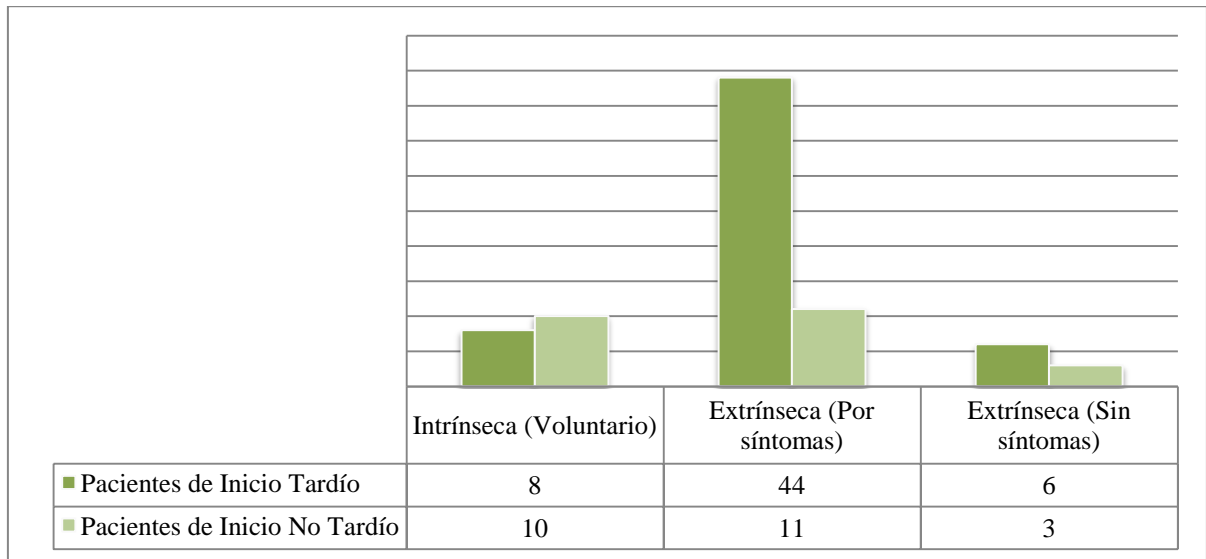


Figura 5. *Motivación al diagnóstico en los dos grupos*

Al ser la mayoría de los pacientes diagnosticados tardíamente y haberse encontrado una asociación de menor riesgo para IT los pacientes que se diagnosticaron de forma voluntaria o con motivación intrínseca, apunta a que los profesionales de la salud, específicamente de este campo, tengan la responsabilidad de diseñar e implementar estrategias de promoción para promover un diagnóstico oportuno del VIH.

Continuando con los factores psicosociales, la mayoría de los pacientes IT (82.7%) recibieron orientación e información sobre el VIH y el tratamiento antirretroviral cuando se les dio el diagnóstico, lo cual no está asociado con su presentación tardía. Así mismo, la mayoría no solía buscar atención médica cuando se sentía enfermo (60.3%).

Más de la mitad de los pacientes de inicio tardío tenía expectativas altas sobre el TARV (84.4%) y se percibían con un adecuado nivel de apoyo social (8, en una escala del 0 al 10, siendo 0 nada de apoyo y 10 más apoyo de lo que necesito); estos dos factores resultaron no significativos en la asociación a inicio tardío de tratamiento antirretroviral. Otra variable fue la información previa relacionada al VIH con la que contaban los pacientes, la mayoría de los pacientes de inicio tardío y de inicio no tardío se reportaron con una mediana muy similar 50 y 40 de porcentaje de información, respectivamente en una escala del 0 al 100%. Lo cual no resultó asociado al inicio tardío de TARV.

Tabla 5

Factores psicosociales asociados a inicio tardío de TARV - 1

Total de participantes en IT (N=82)	n (%)= 58 (70.7)	n (%)= 24 (29.3)	OR (IC 95%)	p < 0.05*
Motivación al diagnóstico				
Extrínseca	50 (86.1)	14 (58.3)	I	
(con síntomas y sin síntomas)	8 (13.7)	10 (41.7)	.184 (.040 – .839)	0.029*
Voluntario (intrínseca)				
Recibió orientación al diagnóstico				
No	10 (17.2)	5 (20.8)	I	
Sí	48 (82.7)	19 (79.2)	.603 (.100 – 3.61)	0.580
Búsqueda previa de atención médica				
No	35 (60.3)	15 (62.5)	I	
Sí	23 (39.6)	9 (37.5)	1.20 (.319 - 4.58)	0.780
Expectativas sobre el TARV				
Alta	49 (84.4)	21 (87.5)	I	
Baja- Moderada	9 (15.5)	3 (12.5)	.777 (.191-3.16)	0.726
Apoyo social percibido				
Mediana (RQ)	8 (6.7-10.0)	8 (6.2-10.0)	1.15 (.897-1.49)	0.257
Información previa al diagnóstico				
Mediana (RQ)	50 (25 -80)	40 (11.2-87.5)	1.01 (.993-1.03)	0.187

En cuanto a las siguientes variables, en el mismo modelo de regresión logística; se agrupó la variable etapa emocional ante el diagnóstico, en dos categorías, una es aceptación y otra categoría para incredulidad, mantener el secreto y desesperanza (Ver tabla 6).

Tabla 6

Factores psicosociales asociados a inicio tardío de TARV - 2

Total de participantes en IT (N=82)	n (%)= 58 (70.7)	n (%)= 24 (29.3)	OR (IC 95%)	p < 0.05*
Etapa emocional ante el diagnóstico				
Aceptación	21 (36.2)	8 (33.3)	I	
Mantener el secreto, Incredulidad y/o Tristeza	37 (63.7)	16 (66.7)	.962 (.225 – 4.10)	0.959
Percepción de gravedad				
No	11 (19.0)	1 (4.2)	I	
Sí	47 (81.0)	23 (95.8)	.431 (.034 – 5.39)	0.514
Percepción de riesgo				
No	14 (24.1)	4 (16.7)	I	
Sí	44 (75.8)	20 (83.3)	.914 (.130 - 6.40)	0.929
Percepción de estigma				
No	4 (6.9)	2 (8.3)	I	
Sí	54 (93.1)	22 (91.7)	1.22 (.209 - 7.19)	0.820
Percepción de control en situaciones problemáticas				
No	13 (22.4)	2 (8.3)	I	
Sí	45 (77.5)	22 (91.7)	.108 (.013-.863)	0.036*
Ideas de conspiración				
No	19 (32.8)	9 (37.5)	I	
Sí	39 (67.2)	15 (62.5)	.751 (.175-3.22)	0.700
Disposición al cambio (Readiness)				
No	10 (17.2)	6 (25.0)	I	
Sí	48 (82.8)	18 (75.0)	4.29 (.732-25.15)	0.106

Para las categorías de percepción de riesgo, severidad y estigma, ningún resultado fue significativo. Sin embargo en el grupo IT la gran mayoría se percibió en riesgo (75.8%), percibió gravedad del VIH (81.0%) y percibió estigma social asociado a VIH (93.1%). Lo anterior son indicios de que la población IT cuenta con este tipo de percepciones pero éstas no limitan la búsqueda de atención médica. Por ejemplo, los pacientes que a pesar de sentirse en riesgo de tener VIH pero se encontraban asintomáticos, fue poco común que se hicieran la prueba de detección y/o buscaran iniciar TARV. De la misma forma los pacientes que se percibían en riesgo y percibían gravedad de la enfermedad, pero tenían altos índices de estigma percibido, era poco probable que buscaran atención médica oportuna por temor a la opinión social.

En cuanto a las ideas de conspiración, la mayoría en ambos grupos tenían alguna percepción de conspiración hacia el VIH y el tratamiento, pero esta variable no estuvo asociada a IT. De la misma manera, en cuanto a la disposición al cambio o *readiness* no hubieron diferencias significativas entre grupos.

La única variable que fue significativamente asociada con un mayor riesgo de iniciar tardíamente el TARV fue la nula o poca percepción de control en situaciones problemáticas (OR, 1.08; IC 95% .013-.863, $p=0.036$). Que se refiere al juicio que las personas hacen sobre su capacidad de ejercer control sobre su propia motivación y estado emocional para poder manejar adecuadamente situaciones de la vida cotidiana. Esta variable se encuentra teóricamente asociada con autoeficacia.

En el grupo analizado de inicio tardío de TARV, las variables emocionales no tuvieron asociación significativa, tanto los resultados del HADS, en ansiedad y depresión, ni cuando el paciente contestaba en que etapa se encontraba tras su diagnóstico. La mayoría comentaron que se encontraban en una etapa de aceptación y mostraban sintomatología leve de ansiedad y depresión y en otros casos ausencia de sintomatología. Ansiedad se perfilaba a estar asociada a NIT pero no fue el nivel de significancia no fue estadísticamente suficiente.

Tabla 7

Sintomatología ansiosa y depresiva en relación al inicio tardío de TARV

Total de participantes en IT (N=82)	n (%)= 58 (70.7)	n (%)= 24 (29.3)	OR (IC 95%)	p < 0.05*
Sintomatología ansiosa				
No	20 (34.4)	6 (25.0)	I	
Sí	38 (65.5)	18 (75.0)	.246 (.048 – 1.26)	0.093
Sintomatología depresiva				
No	33 (56.9)	8 (33.3)	I	
Sí	25 (43.1)	16 (66.7)	1.94 (.455 - 8.33)	0.368

En la siguiente gráfica se muestran el resultado de las frecuencias de las barreras que los pacientes del grupo IT y del grupo NIT mencionaron como limitantes a su inicio de TARV, las cuales tras un análisis multivariado ninguna barrera representó significancia estadística:

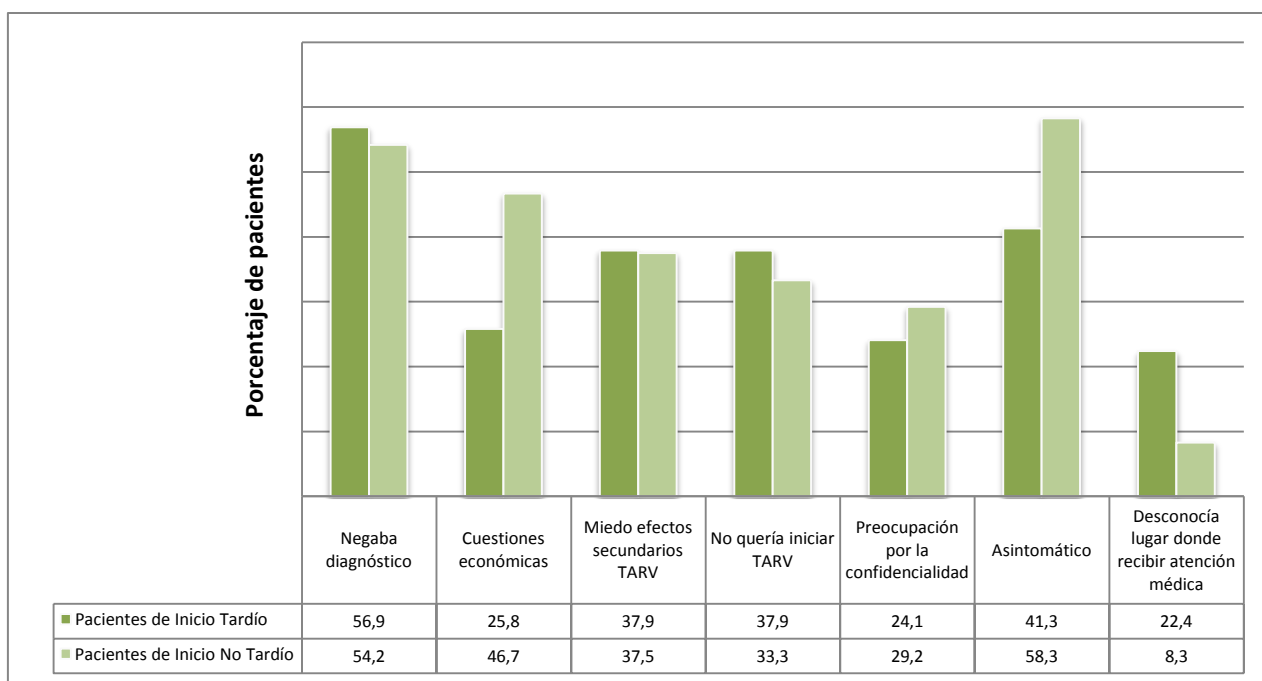


Figura 6. *Proporción de pacientes que aceptaron tener alguna limitante para el inicio de tratamiento antirretroviral*

Cómo se puede observar, las dos barreras más mencionadas por ambos grupos fueron la negación del diagnóstico o no creer que éste fuera cierto y el permanecer asintomático, lo que pudo haber retrasado la búsqueda de atención médica.

En un último análisis multivariado donde se incluyeron todas las variables y ambos grupos (IT y NIT), los factores en los que se encontró significancia estadística siendo protectores para el inicio tardío de TARV, fue la motivación al diagnóstico de forma intrínseca o por iniciativa propia (OR, .184; IC 95% 0.40-.839). Así mismo, una variable que llama la atención y resulta significativa igualmente como factor protector, es la percepción de control en situaciones problemáticas, asociada a la autoeficacia (OR, 1.08; IC 95% .013-.863, $p=0.036$). Cabe mencionar que la mayoría de las pacientes se percibían como autoeficaces (muy capaces) para seguir las indicaciones médicas, sin embargo cuando se les preguntaba acerca de la percepción de control, hubo diferencias.

Discusión

Este estudio, hasta nuestros conocimientos, es de los pocos en Latinoamérica que ha intentado explorar los factores asociados con la presentación tardía y por ende, inicio tardío de tratamiento antirretroviral. Es un campo difícil ya que se intenta hacer un estudio retrospectivo, buscando respuestas a situaciones que fueron antes de su diagnóstico o previa a su atención médica y los pacientes respondían al momento de iniciar su tratamiento. Lo cual trae como desventajas, respuestas limitadas o incluso que el paciente ya no perciba tan grave situaciones que antes le preocupaban. Lo ideal, aunque más complicado sería analizar estas características en el momento en que el paciente se perciba en riesgo o reciba el diagnóstico.

Acorde con lo reportado en otros estudios (Castilla, 2002; Wong, Lee, Low y Wan, 2003; Couturier, Shcwoebel, Michon, Hubert, Delmas, Morlat et al., 1998 y Bonjour, Montagne, Zambrano, Molina, Lippuner, Wasdkier et al., 2008) la orientación heterosexual es un factor que incrementa el riesgo de la presentación tardía en pacientes con VIH. Sin embargo, en este estudio, no fue significativa.

Por otro lado, la percepción de riesgo, ni de gravedad, estuvieron asociados a inicio tardío de tratamiento antirretroviral. Quizás y como visto en otros estudios (Valdiserri, Holtgrave y West, 2004; Couturier et al., 1998; Bonjour et al., 2008) estos factores son protectores y se asocian a una presentación más oportuna por parte del paciente.

En cuanto a la hipótesis de este estudio, se mencionaron como posibles factores asociados a inicio tardío las respuestas emocionales desadaptativas, una percepción de no

autoeficacia y la percepción de estigma. Conforme a los resultados la autoeficacia, ni la percepción de estigma fueron significativos. En cambio, etapas emocionales desadaptativas como desesperanza o tristeza y querer mantener en secreto el diagnóstico sí tienen una relación positiva incrementando en 8.09 veces y 16.99 veces respectivamente el riesgo de iniciar tardíamente TARV, pero no fueron significativas. Por lo que la hipótesis principal de este estudio se rechaza. Como se mencionó anteriormente, en la etapa de mantener el secreto se encuentran relacionados sentimientos de pena y estigma. Por lo que se requiere de un estudio a mayor profundidad del estigma percibido.

Llaman la atención dos factores, la información previa y apoyo social que no se encontraron asociados, pese a que son mencionados en la literatura. En este estudio ambos grupos se percibían contar con un apoyo social adecuado y con un promedio moderado de información previa sobre el VIH.

Una limitación del estudio es el tamaño de la muestra, ésta por el número de variables estudiadas debió haber sido mayor. Por lo cual, actualmente sigue en pie el estudio, planeando crecer la muestra al doble. Así mismo, se sugiere analizar con mayor puntualidad el concepto de autoeficacia en esta población ya que sería de importancia detectar las habilidades débiles o faltantes en el paciente que acaban de recibir diagnóstico ya que sería una muy buena herramienta para promover un inicio oportuno de tratamiento y una buena adaptación al mismo.

A pesar de que en México, el tratamiento antirretroviral es gratuito y forma parte del Programa Universal de Medicamentos de la Secretaría de Salud, una proporción importante

de pacientes se presentan en enfermedad avanzada para detección del VIH o recibir tratamiento. Este estudio abre el camino a ciertos factores que deben ser estudiados con mayor profundidad y tomados en cuenta en futuras intervenciones específicas para poblaciones que están en riesgo de contraer VIH para promover un diagnóstico temprano y mejorar el pronóstico de las personas que viven con VIH en México.

CAPÍTULO II

Reporte de Experiencia Profesional

PRIMERA ROTACIÓN: HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN “DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN DAIMLER-CHRYSLER”

Contexto de servicio

El Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler es un Instituto de Salud que pertenece a la Secretaría de Salud en el Estado de México. Fue inaugurado el 27 de abril de 1987 por el presidente constitucional de la República Miguel de la Madrid Hurtado, otorgando un reconocimiento a Chrysler de México, a la Cruz Roja Danesa, al Ente Nazionale Idrocarburum de Italia y al gobierno de los Países Bajos que colaboraron en la construcción de este hospital y manifestaron su solidaridad mediante la donación de equipos médicos.

Características de la sede

Ubicación de la sede

El Hospital General de Atizapán se encuentra ubicado en el Boulevard Adolfo López Mateos S/N, esquina Montesol en la Colonia El Potrero en el municipio de Atizapán de Zaragoza en el Estado de México.

Nivel de atención

Este Hospital es considerado de segundo nivel de atención médica, es el responsable de actividades dirigidas al restablecimiento de la salud atendiendo principalmente percances frecuentes y de mediana complejidad. Su principal objetivo es brindar atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación a la población de su área, participar en la formación de recursos humanos para la salud y la cobertura de los programas de investigación básica, clínica y socio-médica del Sector Salud.

La población beneficiada asciende a 900 mil habitantes de los municipios aledaños de Atizapán, Nicolás Romero, Isidro Fabela, Aculco, Chapa de Mota, Timilpan, Julotepec, Sonaniquilpan, Polalilán y Villa del Carbón.

Servicios de la sede

Cuenta con los siguientes servicios:

- a) Urgencias, tanto de atención adulta como pediátrica
- b) Gineco-Obstetricia
- c) Cirugía
- d) Recuperación
- e) Terapia Intensiva
- f) Medicina Interna
- g) Pediatría
- h) Consulta Externa (Consultorios: Preconsulta, Pediatría, Cirugía general, Medicina Interna, Cirugía Maxilofacial, Odontología, Planificación familiar, Gineco-Obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Psicología de la Salud y Urología).
- i) Trabajo social
- j) Dietología
- k) Central de equipos y esterilización
- l) Servicios auxiliares y de diagnóstico (Laboratorio clínico, Radiología, Ultrasonido, Banco de sangre y Patología)
- m) Servicios administrativos como Archivo clínico, Informática, Estadística, Subdirección y Dirección Médica, Jefatura de Enseñanza e Investigación, Recursos Humanos y Jefaturas de Servicios Médicos correspondientes.

Servicio de Medicina Interna

A continuación se describirán las características y como está compuesto el Servicio de Medicina Interna donde la residente cursó su primer año. El equipo de trabajo del Servicio de Medicina Interna en el año 2009 está constituido por (Ver Figura 3):

Jefe de Servicio: Dra. María Antonieta Calderón Márquez

Médicos Adscritos: Dra. Ana Garnett Ruiz y Dr. Ricardo Cossío

Médicos Residentes: realizan rotación cada bimestre, generalmente hay un R4 ó R3 acompañado de un R2 ó R1.

Trabajadora Social: realizan rotaciones bimestrales.

Médicos Internos: realizan rotaciones semanales.

Residentes Medicina Conductual: realizan rotación anual. En el periodo de marzo de 2009 a febrero de 2010: Virginia Alpuche y María José Noguera

Enfermeras: existen tres turnos diferentes.

Estudiantes de Medicina: realizan pases de visita bajo la supervisión del Médico adscrito o del Jefe de servicio.

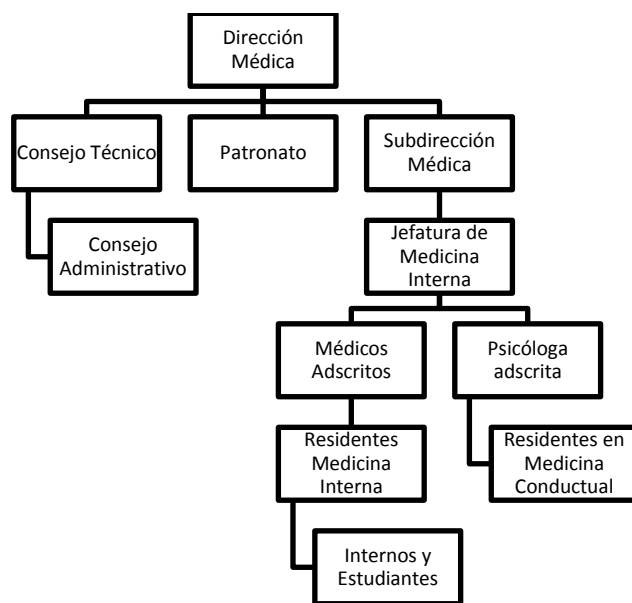


Figura 7. Estructura orgánica funcional del servicio de Medicina Interna del HGA

El servicio de Medicina Interna está constituido por 34 camas y dividido en piso de Hombres y piso de Mujeres. Como principales padecimientos crónico-degenerativos atendidos en este servicio se encuentran: Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica, pacientes post-quirúrgicos, pancreatitis, supresión etílica y pacientes VIH seropositivos.

Ubicación de la Residente de Medicina Conductual (R1) en la sede

El servicio de Psicología de la Salud se encuentra adscrito al servicio de Medicina Interna del Hospital. La residente de Medicina Conductual de segundo año formó parte del equipo de Psicología de la Salud en Consulta Externa y por igual fue parte del equipo de Medicina Interna.

El servicio de Psicología está conformado por una Psicóloga adscrita que fungió como Supervisora *in situ*, de los Residentes de Medicina Conductual de primer y segundo año.

Las labores diarias de los residentes de Medicina Conductual se componen de actividades académicas y actividades clínicas. En la tabla 8 se puede observar el horario y cómo estaban distribuidas estas actividades.

Tabla 8

Horario de residentes de Medicina Conductual en los servicios de Medicina Interna

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7-8		Consulta Externa		Consulta Externa	PASE DE VISITA
8-9	PASE DE VISITA				Sesión General
10-11	Atención a Pacientes hospitalizados en Piso de Medicina Interna, Urgencias y Terapia Intensiva			Consulta Externa	Atención a pacientes en Piso y Notas clínicas
12-13	Sesión Académica de Medicina Interna y Conductual				
13-14	Atención a pacientes en Piso y Redacción de Notas Clínicas				
14-15	Pendientes y Comida				

Actividades profesionales desarrolladas

Las actividades profesionales desarrolladas tuvieron como base lo establecido en el Programa Operativo de la Universidad Nacional Autónoma de México para esta sede, el cual fue actualizado por las mismas alumnas anteriormente mencionadas y dejan como

aportación al Servicio de Medicina Interna y para las futuras generaciones de Residentes en Medicina Conductual, el cual se describe más adelante.

Los alumnos al término de su residencia deben ser capaces de:

- a) Desarrollar programas de intervención individual y/o grupal para los principales diagnósticos crónico-degenerativos atendidos en su servicio.
- b) Elaborar, aplicar y evaluar estrategias de intervención orientados al tratamiento de problemas psicológicos derivados del problema médico.
- c) Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
- d) Desarrollar habilidades para el ejercicio psicológico profesional con orientación cognitivo-conductual para prevenir, detectar, evaluar y solucionar problemas mediante las técnicas, métodos y procedimientos derivados de la Medicina Conductual.

Destrezas clínicas a desarrollar en el servicio

- a) Entrevista inicial y clínica en distintos pacientes.
- b) Evaluación conductual y diagnóstico.
- c) Elaboración y aplicación de programas de intervención orientados a la prevención, tratamiento o rehabilitación de aspectos relacionados a los padecimientos.
- d) Favorecer la adherencia terapéutica.
- e) Manejo de técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, afrontamiento, autocontrol y relajación entre otras, con el

fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados y de consulta externa.

- f) Habilidades de evaluación de las estrategias de intervención implementadas.

Programas específicos desarrollados

Durante el periodo comprendido entre el mes de febrero de 2009 a febrero de 2010, la residente de primer año llevó las siguientes actividades a cabo:

1. Manual de Procedimientos para el Residente en Medicina Conductual (Ver Anexo IV), que tiene como objetivo principal dar a conocer las funciones del Residente en Medicina Conductual durante su estancia en el Servicio de Medicina Interna. Se pretende que sea una herramienta de trabajo la cual pueda consultar tanto el propio residente como cualquier persona interesada al respecto. Se busca que este manual sea una guía que unifique el trabajo del residente y al mismo tiempo sea de apoyo para que lleve a cabo adecuadamente sus funciones.
2. Valoraciones psicológicas de pacientes candidatos al programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) en la Unidad de Diálisis en el mismo servicio de Medicina Interna. Las entrevistas estaban guiadas en el Manual de Procedimientos del Residente en Medicina Conductual, donde se describen los criterios de inclusión y exclusión y los principales temas de psicoeducación para el paciente y su familia.

3. Manual para el paciente “*Yo controlo mi diabetes*” (Ver anexo V). El cual contiene una presentación, material educativo sobre la diabetes, su diagnóstico, síntomas y complicaciones y tratamiento. A lo largo de todo el manual existen preguntas que irán orientando al paciente sobre la aceptación de la diabetes y a identificar ciertas situaciones problemáticas. Así mismo, se incluyen los formatos de autoregistro diario para el automonitoreo de la glucosa, de la dieta, de actividad física y de medicamentos. Por último, se encuentra una hoja de trabajo para solución de problemas.

Actividades clínicas diarias

Principalmente las actividades diarias en el Hospital General de Atizapán constaban en brindar atención psicológica a todos los pacientes y/o cuidadores primarios, previa interconsulta por parte del Servicio de Medicina Interna. La residente rotó medio año por Medicina Interna en el piso de Hombres y medio año por Medicina Interna en el piso de Mujeres. También se daba atención en el servicio de Urgencias y Terapia Intensiva.

Esta atención se da a través de:

- Entrevista Inicial.
- Detección de necesidades, con base en la impresión diagnóstica psicológica.
- Determinación de plan de trabajo individualizado empleando técnicas de intervención cognitivo-conductuales.

- Implementación de plan de trabajo con el paciente (Psicoterapia breve) o atención de acuerdo a las necesidades reportadas por el paciente (Psicoterapia de apoyo e Intervención en crisis)
- Evaluación integral, en casos de diagnóstico patológico o candidatos a ingresar al Programa de Diálisis del Hospital General de Atizapán.
- Elaboración de notas clínicas, empleando el modelo SOAP que consiste en:
 - **Subjetivo**: se presenta la información que el paciente reporta, de manera literal.
 - **Objetivo**: se incluyen datos de exploración mental (estado de conciencia, orientación en las tres esferas, tiempo de reacción), procesos cognitivos (atención, concentración, memorias, pensamiento, juicio, inteligencia), lenguaje, alteraciones sensoriales, estilo de afrontamiento, locus de control, apoyo social, etc.
 - **Análisis**: se da una impresión diagnóstica, un diagnóstico basado en los criterios del DSM IV-R o los resultados de un instrumento de evaluación.
 - **Plan**: se consideran las acciones llevadas a cabo en la sesión, así como las sugerencias o recomendaciones para las sesiones subsecuentes.
- Orientación psicológica a cuidadores primarios.

Por otro lado, un día a la semana (Jueves) la residente de primer año atendió la Consulta Externa en un horario de 8 a 14 horas. Los pacientes fueron referidos por los médicos o eran derivados de las consultas en hospitalización. Los problemas psicológicos más frecuentes encontrados fueron: falta de adherencia al tratamiento sobre todo en pacientes con diabetes mellitus e insuficiencia renal, valoraciones para el programa de DPI, estilos de afrontamiento inadecuados, inhabilidad en las relaciones sociales y de pareja, trastornos de ansiedad y depresión.

Donde la intervención psicológica consistió en:

- Entrevista cognitivo-conductual.
- Evaluación y diagnóstico con instrumentos estandarizados.
- Psicoeducación con respecto al padecimiento presentado.
- Promoción de la modificación conductual que estimuló la adherencia al tratamiento médico y a la adopción de estilos de vida saludables.
- Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.

Se realizó pase de visita diariamente en ocasiones las 7 horas y en otras a las 8 horas, en conjunto con los médicos residentes y adscritos, en donde se detectaban casos con necesidades específicas que podían ser cubiertas por el residente en Medicina Conductual. Además, se hacía un reporte del paciente tratado, si es que así lo requería el médico encargado del pase de visita.

Una vez a la semana, la residente hizo guardias nocturnas, en donde permanecía en el hospital hasta el día siguiente. En estas ocasiones, los casos que predominaron fueron en

Urgencias y principalmente se trataban casos de accidentes y trastornos de ansiedad, como crisis conversivas.

Los problemas psicológicos más frecuentemente observados en hospitalización fueron: la no conciencia de enfermedad, falta de adherencia al tratamiento médico que implicaban complicaciones, desadaptación al ambiente hospitalario sobre todo cuando la estancia se prolongaba, ideas irracionales ante el padecimiento y tratamiento, inhabilidad para solucionar problemas relacionados y toma de decisiones, estilos de afrontamiento desadaptativos, estilos de vida poco saludables, poca o información errónea sobre el padecimiento y su tratamiento, conmoción emocional por parte de los familiares y del propio paciente ante un diagnóstico terminal, crisis ante un diagnóstico de un padecimiento crónico-degenerativo, ansiedad ante un procedimiento quirúrgico como es la colocación de catéter de Tenckoff para DPI, y trastornos depresivos.

El abordaje de los pacientes durante su Hospitalización es de modo distinto al que se hace en consulta externa, ya que el tiempo que se tiene es muy corto e intervienen varios factores como las frecuentes interrupciones, la poca privacidad y el estado físico del paciente, que en ocasiones no es el más apropiado. Por lo que las técnicas cognitivo-conductuales debían ser administradas de forma breve. Las técnicas de relajación para el manejo del dolor, ansiedad y estrés eran las más utilizadas.

Otras actividades relacionadas

Se brindó atención a los familiares y cuidadores primarios de los pacientes. Promoviendo en ellos el fortalecimiento de las redes de apoyo para facilitar la recuperación del enfermo.

Se apoyó a otros servicios como Gineco-Obstetricia y Pediatría por medio de interconsultas, en las que los médicos encargados detectaban sintomatología que no era cotejada por un diagnóstico médico y pedían la intervención del residente en Medicina Conductual.

Se llevó a cabo la canalización de 6 pacientes al servicio de Psiquiatría del Hospital y a un paciente al Instituto Nacional de Psiquiatría para una atención más especializada.

Cada fin de mes, se entregó la productividad de los pacientes atendidos a la supervisora in situ, con fines de estadísticos por parte de la Secretaría de Salud.

Cada viernes a las 8:30 horas, se asistió a las sesiones generales del Hospital donde se veían temas médicos previamente seleccionados por la Jefatura de Enseñanza.

Diariamente, la hora de entrada y salida del residente era registrada en una libreta en la Jefatura de Enseñanza.

Actividades académicas

Las actividades académicas en que el residente de Medicina Conductual participa, son las siguientes:

- Revisión, elaboración de presentación y exposición al resto del grupo, de temas de abordaje psicológico referentes a los padecimientos de Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal, y temas tales como, comunicación de malas noticias, intervención en crisis, trastornos de personalidad, adherencia terapéutica, entre otros.
- Revisión, elaboración de reporte y presentación al resto del grupo de casos clínicos de los pacientes que se atienden en los servicios. Reportando identificación del paciente, análisis del motivo de consulta, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos y no patológicos, dinámica familiar, organigrama, historia del problema (emocional y médico), impresión y actitud general, examen mental, selección y aplicación de técnicas de evaluación, problemática actual, diagnóstico DSM IV y selección y aplicación de tratamiento.
- Lectura, elaboración de resumen y presentación al resto del grupo de artículos de investigación relacionados con los temas revisados en la semana para su análisis y discusión.

Población atendida

A continuación se muestran las principales características de la población atendida y el número y tipo de intervenciones realizadas como R1 de Medicina Conductual del Servicio de Medicina Interna y Consulta Externa el periodo de Marzo 2009 a Febrero de 2010. Se atendieron en total a 240 pacientes, de los cuales el 71% (n= 147) de los pacientes correspondió a pacientes y el 29% (n= 60) a familiares.

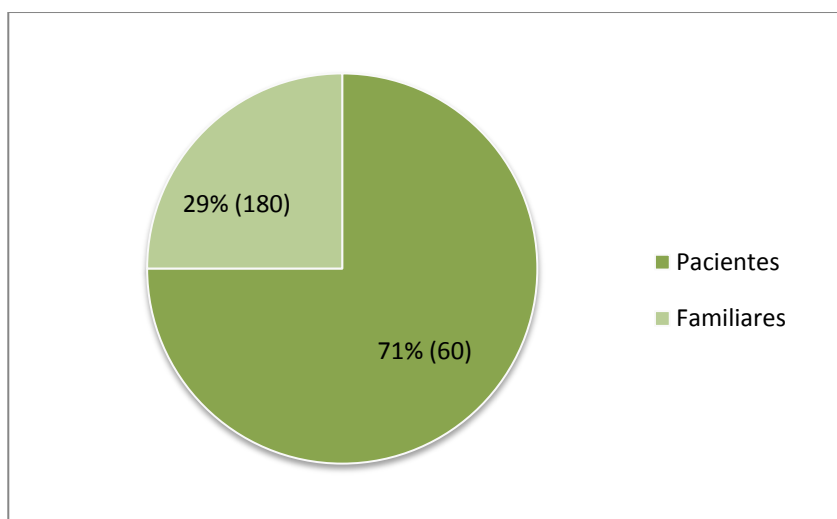


Figura 8. *Total de pacientes atendidos en Medicina Interna como R1*

Las intervenciones se llevaron a cabo en su mayoría con pacientes del Servicio de Medicina Interna, haciendo rotaciones semestrales por el pasillo de hombres y mujeres, así mismo se brindó atención a personal de salud perteneciente al servicio. De acuerdo a la dinámica del servicio, en los periodos vacacionales de alguna de las residentes, es necesario

brindar atención psicológica a los pacientes que ésta atiende, por tal motivo, durante un periodo de 15 días al semestre se atendieron pacientes de Medicina Interna hombres o mujeres, según el caso y las propias necesidades del Hospital.

En las siguientes tablas se especifican las características de los pacientes atendidos, los principales diagnósticos psicológicos y las técnicas que fueron utilizadas con mayor frecuencia.

Pacientes atendidos en Piso de Medicina Interna

La suma de pacientes atendidos solo en piso de Medicina Interna entre el pasillo de hombres y mujeres fue de 120 y pacientes atendidos en otros servicios fue de 17 y 43 pacientes vistos en consulta externa. En total 180 pacientes, de los cuales el 65% fueron hombres y 35% fueron mujeres. En la tabla 9 y 10 se muestran la distribución por sexo, la edad promedio de cada una de las poblaciones atendidas, así como los diagnósticos médico y psicológico, y las principales técnicas de intervención psicológica empleadas para trabajar con los pacientes. Cabe mencionar que muchos de los pacientes tenían más de un diagnóstico. Es por eso que no se ponen frecuencias de los mismos, si no los de mayor prevalencia.

Tabla 9

Características relevantes de los pacientes atendidos en el pasillo de los hombres en el Piso de Medicina Interna en el periodo de Marzo 2009 a Febrero 2010.

Servicio Medicina Interna Pasillo Hombres	
Sexo	Hombres 87 (72.5%)
Media edad (años)	39 años
Diagnósticos Médicos prevalentes	Diabetes Mellitus Tipo II Insuficiencia Renal Crónica VIH- SIDA Neumonía Pancreatitis Intoxicaciones
Diagnósticos Psicológicos prevalentes en piso	Ansiedad leve a moderada Depresión leve a moderada Trastorno de adaptación debido al diagnóstico Falta de adherencia terapéutica Dependencia a sustancias
Técnicas empleadas con mayor frecuencia en las intervenciones	Entrevista inicial y profunda cognitivo-conductual Psicoeducación Comunicación de malas noticias Reestructuración cognitiva Biofeedback Valoración para el PDPI

En cuanto a las mujeres atendidas:

Tabla 10

Características relevantes de los pacientes atendidos en el pasillo de las mujeres en el Piso de Medicina Interna en el periodo de Marzo 2009 a Febrero 2010.

Servicio Medicina Interna	
Pasillo Mujeres	
Sexo	Mujeres 33 (27.5%)
Media edad (años)	57 años
Diagnósticos Médicos prevalentes	Diabetes Mellitus Tipo II Insuficiencia Renal Crónica Tuberculosis Pancreatitis Hipertensión
Diagnósticos Psicológicos prevalentes	Depresión Leve a Moderada Ansiedad Leve a Moderada Trastorno de adaptación debido al diagnóstico Falta de adherencia terapéutica Ideación suicida
Técnicas empleadas con mayor frecuencia en las intervenciones	Entrevista inicial y profunda cognitivo-conductual Psicoeducación Balance decisional Comunicación de malas noticias Reestructuración cognitiva Biofeedback Valoración para el PDPI

Pacientes atendidos en Consulta Externa

Por último se muestran los datos de los pacientes vistos en Consulta Externa de Psicología:

Tabla 11

Características relevantes de los pacientes atendidos en la consulta externa de Psicología que pertenece al servicio de Medicina Interna en el periodo de Marzo 2009 a Febrero 2010.

Consulta Externa n=43 pacientes	
Sexo	Hombres= 16 (37.2%) Mujeres = 27 (62.7%)
Diagnósticos Médicos	Insuficiencia Renal Crónica Diabetes Mellitus Tipo II Pancreatitis Intoxicación por abuso de sustancias
Diagnóstico Psicológico	Depresión Ansiedad Ideación suicida Dependencia a sustancias Falta de adherencia terapéutica Problemas de conducta y de dinámica familiar
Técnicas de intervención empleadas	Valoración para el programa de DPI Reestructuración cognitiva Biofeedback Manejo de contingencias Análisis funcional de la conducta

Evaluación del primer año de residencia

De la subsede

Se considera que el Hospital General de Atizapán fue un campo ideal para cursar el primer año de Residencia en Medicina Conductual, ya que brinda la oportunidad de aterrizar los conocimientos adquiridos durante el semestre de inducción del plan de estudios. Cuenta con una población bastante amplia, la cual facilita el abordaje de pacientes.

Así mismo, la Jefa del Servicio la Dra. Calderón, los médicos adscritos, los residentes y la supervisora in situ se mostraron abiertos a la práctica clínica de los psicólogos residentes, permitiendo que se plantearan y llevaran a cabo intervenciones cognitivo-conductuales. Se notaba un gran interés y la voz de los psicólogos fue tomada en cuenta tanto en las sesiones académicas, como en el manejo de los pacientes.

Cabe mencionar que el HGA sufrió en Septiembre del 2009 una inundación bastante fuerte que imposibilitó varias áreas de la sede, lo cual no limitó las funciones de los residentes tanto médicos como psicólogos. Fue una oportunidad más, de ver el gran esfuerzo y trabajo en equipo que se realiza día con día en el HGA.

Programa Operativo

Se establece que el programa operativo establecido para trabajar en el Hospital General de Atizapán es el ideal, ya que busca el desarrollo de competencias profesionales y plantea objetivos de a alcanzar. Se considera que se cumplió en su mayoría lo establecido en dicho programa, poniendo en práctica la teoría e interactuando en el escenario clínico de una manera interdisciplinaria.

De los actividades y programas específicos desarrollados

Se valora que las actividades tanto académicas como clínicas realizadas fueron de una experiencia sumamente enriquecedora. Ya que para un buen desempeño, fue imprescindible contar con el conocimiento teórico. En las clases de Medicina Interna y de Medicina Integrada se aprendieron los componentes médicas más importantes de la población atendida. También, la participación del residente de Medicina Conductual fue valorada ya que constantemente se nos otorgaban temas para exponer en clase.

Las guardias nocturnas fueron de gran importancia en el aprendizaje, ya que permitieron conocer el ámbito hospitalario en otro horario con otro tipo de urgencias. Fue en esos momentos donde se aplicaban otro tipo de técnicas como, intervención en crisis y orientación psicológica tanto a pacientes como a familiares.

En cuanto a los programas específicos desarrollados, se cree que el manual diseñado “Yo controlo mi diabetes”, pudo haberse probado por medio de un protocolo de intervención. Sin embargo, la limitación más importante fue el tiempo. Ya que el residente

en esta sede, cuenta con un horario muy estrecho con muchas actividades y por las mismas características del Hospital, siempre se presentaba alguna intervención.

Por otro lado el Manual de Procedimientos del Residente en Medicina Conductual diseñado por las residentes en ese año, fue de suma importancia, ya que era importante organizar y estructura las actividades del residente, con el objetivo que futuras generaciones tengan esta herramienta donde por medio de algoritmos puedan estructurar más fácil su trabajo y no se pierda tiempo en el saber cómo.

De la supervisión

El sistema de supervisión in situ ofreció un gran apoyo al desarrollo de actividades dentro de la institución, facilitando que la residente cumpliera con los objetivos planteados en el programa. La supervisora in situ Psic. Arelí Fernández proporcionó en todo momento la participación profesional requerida, en ocasiones en el ámbito académico y en otras en lo personal, siempre atención y calidez.

Durante el primer año se contó con el Mtro. Leonardo Reynoso como supervisor académico, el cual asistía en promedio una vez a la semana a la sede con la finalidad de detectar las necesidades de los residentes dentro de la Institución, apoyar y coordinar las actividades. Así mismo, fue un pilar importante para la residente en la resolución de problemas presentados durante la residencia ya que siempre se caracterizó por su pronta atención y apoyo incondicional.

De la misma manera, se contó con el apoyo proporcionado por el Dr. Samuel Jurado como tutor a lo largo de la maestría. Es una persona con amplia experiencia la cual en todo momento permitió la adquisición de conocimientos útiles para un buen desempeño profesional. Ofreció también orientación y en ocasiones apoyo emocional, siempre mostrándose amable e interesado por el bienestar de sus estudiantes.

SEGUNDA ROTACIÓN: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN”

Contexto de servicio

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán nació gracias a la visión del Dr. Salvador Zubirán, su fundador, quién desde 1944 inició la transformación y modernización de lo que se conocía como Servicio de Enfermedades de la Nutrición del Hospital General de la Ciudad de México, en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, con un gobierno independiente de aquel.

El INCMNSZ se concibió como una institución médica modelo en que las actividades de asistencia, enseñanza e investigación fueran los ejes de su actividad. Con el paso del tiempo se convirtió en una institución líder de la medicina mexicana que a través de sus egresados ha tenido un gran impacto en todo el país.

Características de la sede

Ubicación de la sede

Desde su fundación El Instituto está ubicado en la Delegación Tlalpan entre las calles de Vasco de Quiroga, San Fernando, Lateral de Viaducto Tlalpan y Martín de la Cruz. La entrada principal está ubicada en la calle Vasco de Quiroga. La entrada a la Toma de Muestras está sobre la calle Martín de la Cruz. La dirección oficial es: Vasco de Quiroga 15, Colonia Sección XVI, Tlalpan, en México D.F.

Nivel de atención

Este Instituto es considerado de tercer nivel de atención médica. Proporciona atención médica especializada, integral y de alta calidad a población adulta. Busca ampliar la participación y repercusión de las actividades sustantivas a nivel nacional y participa en la formación de recursos humanos para la salud.

Servicios de la sede

El INCMNSZ cuenta con los siguientes departamentos y servicios:

- a) Dirección y Subdirección médica
- b) Subdirección de Enfermería
- c) Subdirección de Servicios Paramédicos
- d) Subdirección de Servicios Auxiliares y Diagnóstico
- e) Subdirección de Medicina Crítica
- f) Subdirección de Epidemiología Hospitalaria y Control de la Calidad de la Atención Médica
- g) Dirección de Cirugía
- h) Dirección de Enseñanza
- i) Dirección de Nutrición
- j) Dirección de Investigación
- k) Dirección de Planeación
- l) Dirección Administrativa

m) Dirección de Asesoría Jurídica

n) Dirección de Cooperación Interinstitucional

En la siguiente figura se muestra el organigrama con la ubicación del Departamento de Infectología dentro del INCMNSZ:

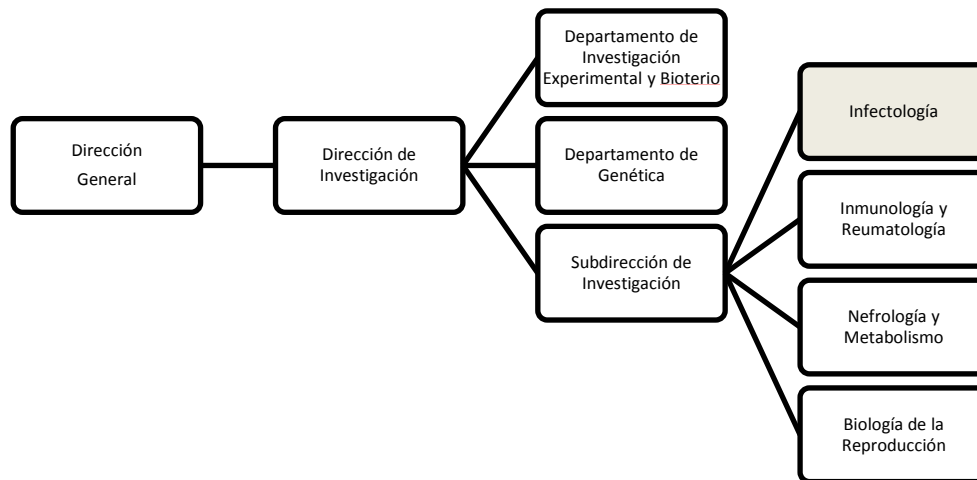


Figura 9. Departamento de Infectología dentro del *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*.

El INCMNSZ cuenta con 260 camas censables divididas en 4 pisos, 16 sectores con médicos internistas y diversas subespecialidades. También cuenta con Laboratorio Clínico, Radiología, Patología, Sala de diálisis peritoneal, 7 Quirófanos, Servicio de Urgencias con 10 camas, 10 anexos y Terapia Intensiva. La cual cuenta con 14 camas monotorizadas y Sala de Resucitación. Así mismo, existe la consulta externa en todas las especialidades médicas quirúrgicas.

Departamento de Infectología

El departamento de Infectología pertenece a la Subdirección de Investigación Médica. Lo componen 8 médicos adscritos con especialidad certificada, 8 residentes de subespecialidad y varios residentes de Medicina Interna que hacen rotación. Está compuesto por la Unidad de Microbiología, Unidad de Infecciones Gastro-Intestinales, Unidad de Virología y la Unidad de Epidemiología y Bioestadística. La Clínica de VIH-SIDA pertenece a la Unidad de Virología, siendo el Jefe el Dr. Juan G. Sierra Madero.

Ubicación de la Residente de Medicina Conductual (R2) en la sede

El servicio de Psicología se encuentra adscrito a la Clínica de VIH y lleva por nombre Infecto-Psicología. La residente de Medicina Conductual de segundo año tuvo actividades académicas en conjunto con los Residentes de Infectología, y en el servicio de Consulta Externa.

Actividades profesionales desarrolladas

Las actividades profesionales desarrolladas tuvieron como base lo establecido en el Programa Operativo de la Universidad Nacional Autónoma de México para esta sede. El objetivo principal fue el de desarrollar las competencias necesarias en el ejercicio psicológico profesional con orientación cognitivo-conductual para detectar, solucionar problemas y evaluar su práctica en pacientes con problemas de VIH-SIDA mediante la

aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos de la Medicina Conductual basada en la evidencia.

Destrezas clínicas a desarrollar en el servicio

- a) Entrevista clínica.
- b) Evaluación y el diagnóstico cognitivo - conductual.
- c) Elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención orientados a la prevención, tratamiento o rehabilitación en pacientes con VIH-SIDA.
- d) Practicar intervenciones que favorezcan la adhesión a la terapéutica médica
- e) Practicar el manejo de técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los pacientes con VIH-SIDA.
- f) Practicar intervenciones tempranas y oportunas para los cuidadores y familiares del paciente.
- g) Desarrollar habilidades para evaluar las estrategias de intervención utilizadas.
- h) Difundir el conocimiento psicológico relevante al manejo del paciente.
- i) Desarrollar habilidades que le permitan el desempeño del trabajo en equipo colaborativo con el personal de salud en un marco multidisciplinario.

Programas específicos desarrollados

1. Diseño y coordinación del protocolo de investigación que lleva por nombre *“Factores Psicosociales asociados al Inicio Tardío de Tratamiento Antirretroviral”* el cual se describe en el capítulo I del presente reporte. En una ocasión en que la residente presentó los avances del protocolo en la sesión de VIH y finalmente se envió el trabajo al *6th, IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention* y al XXXVI Congreso Nacional de Infectología y Microbiología Clínica.
2. Coordinación del Protocolo titulado *“Estudio Piloto para la Adaptación y Validación de la Herramienta de Escrutinio para Abuso de Sustancias y Síntomas de Enfermedad Mental (EASSEM) en Adultos con VIH en una clínica de la Ciudad de México”*. El cual fue desarrollado por la Universidad Johns Hopkins School of Public Health en Baltimore, E.U. A. Las funciones principales fueron:
 - a. Traducir al español el protocolo.
 - b. Someter el protocolo al Comité Institucional Biomédica en Humanos del INCMNSZ.
 - c. Reclutar a los pacientes.
 - d. Administración del instrumento a validar.
 - e. Dar seguimiento al protocolo dentro de la Clínica de VIH.

Actividades clínicas diarias

La residente llevó a cabo las siguientes actividades:

- Entrevistar pacientes con VIH-SIDA.
- Evaluación conductual de los pacientes aplicando instrumentos que detecten: *ansiedad, depresión, estrés psicológico, miedos y temores derivados del tratamiento, calidad de vida y curso del padecimiento*, entre otros.
- Planear las metas de su intervención con cada paciente considerando el tiempo de haber recibido el diagnóstico y la problemática.
- Desarrollar programas individuales y/o grupales de intervención.
- Canalizar los casos que no sean de su competencia.
- Realizar el seguimiento de los distintos pacientes.
- Evaluación de pacientes y de programas de intervención.

En la tabla 12 se puede observar cómo están distribuidas las principales actividades de la residente en la semana y se muestra el horario en que deben realizarse. El horario fue variable, ya que en ocasiones se tenía citado a pacientes a lo largo del día o se podían reclutar a pacientes para el protocolo a cualquier hora, pero generalmente era diario de 8:00 am a 4:00 pm.

Tabla 12

Horario de residentes de Medicina Conductual en la Clínica de VIH del Departamento de Infectología del INCMNSZ

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00 - 9:00	Protocolo de Investigación				Sesión General
9:00 -10:00					Protocolo de Investigación
10:00 -11:00					
11:00 - 12:00					
12:00 - 13:00	Sesión VIH	Sesión Caso Clínico VIH	Sesión Bibliográfica	Protocolo	Consulta Infectología
13:00 - 14:00	Clase de Metodología y Estadística	Revisión de Artículos de Psicología	Protocolo de Investigación	Supervisión de Protocolo INCMNSZ	
14:00 - 15:00	Hora de comida				
15:00 - 17:00	Consulta Externa Psicología	Consulta Infectología		Supervisión Protocolo	
17:00 - 19:00	Grupo de apoyo Infecto - Inmunología				

Actividades académicas

Las actividades académicas consistieron en la asistencia a sesiones de VIH los días Lunes y a la sesión general del Instituto los días Viernes. Así mismo, la asistencia todos los Lunes y Martes a la clase con la Dra. Sofía Sánchez, en la que se hacía una revisión constante de bibliografía y de metodología de investigación

De la misma manera, se tuvieron supervisiones académicas semanales con el Mtro. Fernando Vázquez Pineda en la UNAM.

Por otro lado, la Clínica de VIH cuenta con un Grupo de Auto-Apoyo donde se reúnen semanalmente alrededor de 15 pacientes, donde la moderadora es la Psic. Rosa Isela León Casillas. La residente fue invitada a participar durante 6 meses al grupo, dando pláticas de temas de interés para los pacientes como, depresión, ansiedad, comunicación eficaz, entre otras. En algunas ocasiones coordinó la sesión del día.

Población atendida

A continuación se muestran las principales características de la población atendida y el número y tipo de intervenciones realizadas como R2 de Medicina Conductual la Clínica de VIH del INCMNSZ . En total se atendieron a 127 pacientes, de los cuales el 72.4% (n= 92) fue atendido por medio de protocolos, un 15.7% (n=20) fue atendido durante su hospitalización y 11.8% de los pacientes correspondió a pacientes vistos en Consulta Externa (Figura 10) .

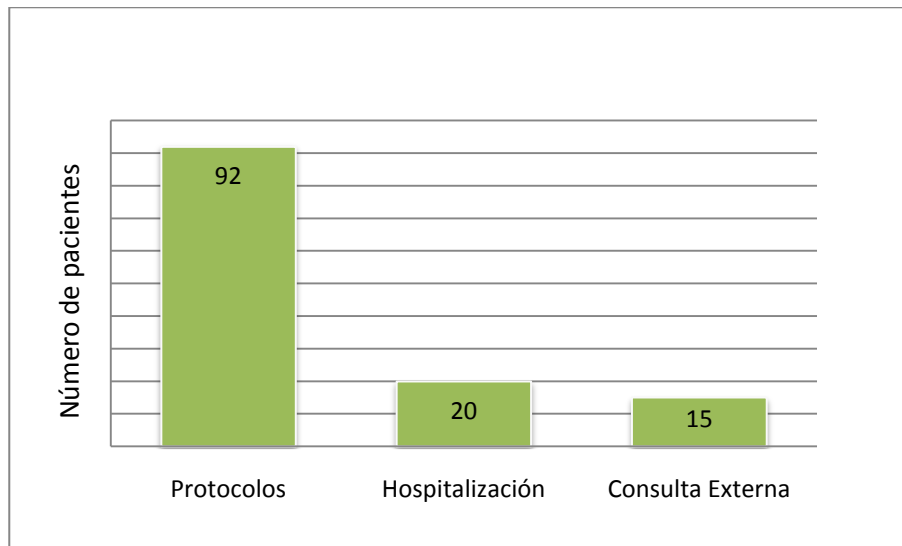


Figura 10. Total de pacientes atendidos como R2 en la Clínica de VIH del INCMNSZ

La media de edad fue de 35 años con una DE de 9.6. El 89% fueron del sexo masculino. Las principales diagnósticos fueron: trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, y ansiedad generalizada, trastorno narcicista de personalidad, trastorno límite de la personalidad, abuso de sustancias y alcohol y problemas en la dinámica familiar.

Este tipo de problemas era de suma importancia atenderlos con intervenciones y sesiones diseñadas especialmente para cubrir las necesidades específicas de los pacientes y por otro lado, asegurar una buena adherencia terapéutica.

Las principales problemáticas vistas en esta población son, la conmoción en el momento del diagnóstico, la pobre adherencia terapéutica, la desinformación que tiene el paciente sobre VIH y el tratamiento, red de apoyo no sólidas, estados emocionales desaptativas y las deficiencias en habilidades sociales. Por lo que las técnicas más utilizadas

fueron: contención emocional, intervención en crisis, psicoeducación, manejo de contingencias, entrenamiento en asertividad, reestructuración cognoscitiva, técnicas de relajación, como la respiración diafragmática y biofeedback, y entrenamiento en habilidades sociales, autocontrol, solución de problemas, manejo de la depresión y la ansiedad.

Dado las problemática de algunos pacientes, se atendían en conjunto con atención psiquiátrica especializada en esta población.

Evaluación del segundo año de residencia

De la subsede

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán es considerado un campo de enseñanza continua con un alto nivel de exigencia académica. Por lo que haber cursado el segundo año de residencia en esta Institución fue una gran experiencia tanto personal como académica.

El trabajar directamente en la Clínica de VIH permitió la puesta en práctica de conocimientos y la generación de habilidades sociales que permitieran una buena ejecución profesional.

En cuanto al Dr. Sierra Madero, Jefe de la Clínica de VIH, puede decirse que siempre mostró una actitud de apertura e interés en los actividades relacionadas a la

maestría, desde permitir el espacio para el primer residente en esta sede hasta la incorporación de protocolos de investigación en la Clínica.

Del Programa Operativo

Se establece que el programa operativo establecido para realizar prácticas clínicas en el INCMNSZ, fue concreto y ayudó a organizar las actividades de la residente en la Clínica. Sin embargo, creo que muy al principio, sobre todo en los primeros meses faltó un poco de estructura ya que la clínica y los residentes de Infectología no conocían el trabajo del residente en psicología y fue en ocasiones complicado, el interactuar en el escenario clínico de modo interdisciplinario.

De los actividades y programas específicos desarrollados

Se valora que las actividades tanto académicas como clínicas realizadas fueron experiencias continuas de aprendizaje. Fue de suma importancia el estar al tanto de los artículos más recientes, literatura de apoyo y teorías basada en evidencias. Así mismo, se contó con el apoyo académico de otros médicos adscritos a la Clínica. Las clases semanales y las sesiones de VIH fueron un complemento idóneo entre lo visto en la práctica diaria y lo teórico. En una ocasión, la residente tuvo la oportunidad de presentar su protocolo en la sesión de VIH, lo cual promovió que se conociera el trabajo realizado y los residentes se mostraran más abiertos.

La convivencia con las demás residentes en psicología de ese año, no puede pasar por alto. Ya que a pesar de pertenecer a distintas áreas, se caracterizó por un ambiente de cordialidad, empatía y solidaridad.

En cuanto a los programas específicos desarrollados, se cree que fue de gran importancia el protocolo diseñado y aplicado de Factores Psicosociales asociados al Inicio de TARV. Ya que fue una gran oportunidad para la residente de revisar bibliografía, organizarla y cumplir con un formato establecido de investigación aplicada. Por otro lado el participar con el protocolo de EASSEM, fue una gran experiencia ya que permitió establecer contacto con una importante institución a nivel internacional y aprender sobre la adaptación de un cuestionario del inglés al español. Así mismo, los programas desarrollados permitieron un contacto directo con los pacientes de la Clínica.

De la supervisión

La supervisión tanto académica como in situ son de crucial importancia para el cumplimiento de objetivos de la maestría. En este caso la supervisión académica fue cubierta por el Mtro. Fernando Vázquez, el cual siempre cordial, muy amable e interesado por cubrir las necesidades del estudiante, proporcionó apoyo en cuanto a bibliografía, revisión del protocolo diseñado, sugerencias al mismo y procuró siempre tener tiempo para proporcionar la asesoría.

Si bien estaba asignada una supervisora in situ al principio de la rotación, no se continuó con la Psic. Rosa Isela León y esa supervisión fue retomada por la Dra. Sofía Sánchez. Ella apoyó a las residentes con clases de metodología y estadística. De la misma

forma siempre nos demostró cooperación e interés en las actividades diarias y relacionadas a los protocolos.

De igual forma que en el primer año, también se contó con el apoyo académico del Dr. Samuel Jurado como tutor principal.

Competencias adquiridas a lo largo de la Residencia en Medicina Conductual

Durante los dos años de residencia en dos sedes hospitalarias tan diferentes se considera haber logrado un muy buen nivel de competencias profesionales. Entre las que destacan:

1. Desarrollar programas de diagnóstico e intervención en pacientes con VIH-SIDA de acuerdo a las necesidades del servicio y en un marco multidisciplinario colaborativo.
2. Desarrollar estrategias de intervención, integrando el conocimiento y técnicas conductuales, psicosociales y biomédicas que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico, en un marco de trabajo de equipo de salud multidisciplinario y colaborativo.
3. Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir complicaciones médicas tanto en diabetes, insuficiencia renal y VIH.
4. Favorecer en los pacientes la adhesión a la terapéutica médica.
5. Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de ansiedad, depresión, estrés y habilidades de afrontamiento.

6. Realizar acciones educativas dirigidas al personal de salud del Instituto con el fin de difundir el enfoque, modelos, estrategias y resultados de la Medicina Conductual en la atención de pacientes con diabetes y VIH-SIDA.
7. Desarrollar estrategias de apoyo Psicológico, favoreciendo la intervención breve y el consejo psicológico con el enfoque cognitivo conductual.

Por otro lado, se listan las habilidades adquiridas durante la residencia:

- Entrevista clínica.
- Evaluación y el diagnóstico cognitivo - conductual.
- Elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención orientados a la prevención, tratamiento o rehabilitación en pacientes con enfermedades crónicas.
- Practicar intervenciones que favorezcan la adhesión a la terapéutica médica
- Practicar el manejo de técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.
- Practicar intervenciones tempranas y oportunas para los cuidadores y familiares del paciente.
- Desarrollar habilidades para evaluar las estrategias de intervención utilizadas.
- Difundir el conocimiento psicológico relevante al manejo del paciente.
- Desarrollar habilidades que le permitan el desempeño del trabajo en equipo colaborativo con el personal de salud en un marco multidisciplinario.

Finalmente, la suma de estos conocimientos y habilidades permitieron abrir paso a la adquisición de competencias profesionales correspondientes a los objetivos del programa de residencia en medicina conductual.

Conclusiones

El haber realizado la Residencia en Medicina Conductual permitió la incorporación definitiva de la importancia que tienen los aspectos psicológicos en el amplio proceso de salud-enfermedad y permitió la adquisición, consolidación de competencias profesionales. Al ser insertada en el ámbito hospitalario, se obtuvieron una gran variedad de experiencias que fueron enriquecedoras para el desarrollo profesional y personal.

Se tuvo un crecimiento importante al poner en práctica los conocimientos académicos y en la generación de habilidades para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación basadas en técnicas cognitivo-conductuales con el objetivo principal de buscar la mejora de calidad de vida de los pacientes. Otro de los objetivos principales fue el promover el trabajo multidisciplinario, para lo cual también se aplicaron técnicas de habilidades sociales y promoción del trabajo del psicólogo para este fin.

En cuanto a las sedes hospitalarias, aunque muy distintas entre ellas, ambas ofrecieron un campo lleno de oportunidades para la realización de trabajo psicológico. Cabe mencionar que se tuvieron algunos obstáculos, como en cualquier situación, pero éstos fueron superados exitosamente o en algunos casos se buscó la adaptación a las circunstancias de trabajo.

Para concluir, se considera que las expectativas planteadas al inicio de la maestría como objetivos de aprendizaje, fueron superadas. Definitivamente, haber cursado esta maestría fue un logro personal, una superación académica y experiencia clínica inigualable.

Sugerencias

Finalmente, me gustaría aportar algunas sugerencias que pudieran enriquecer aún más esta experiencia en la maestría de Medicina Conductual a futuras generaciones de psicólogos interesados en el área.

En cuanto al programa operativo no haría ninguna modificación, sin embargo daría a conocer este programa y sus objetivos a los jefes de Servicio de cada sede. Ya que en ocasiones reciben el programa por escrito pero desconocen sus principales objetivos y como se maneja el psicólogo en su servicio. Esto se puede lograr teniendo mayor contacto entre la Coordinación de la Maestría y las sedes hospitalarias, mediante presentaciones o pláticas sobre la maestría.

Sabiendo que las actividades académicas son de gran importancia para el buen desempeño del psicólogo, pondría más énfasis en que la temática revisada sea acorde con lo visto en la cotidianidad del residente. Así mismo, sugeriría que los supervisores in situ, tuvieran en la medida de lo posible, alguna relación con la maestría, sobretodo en el enfoque cognitivo-conductual del estudiante. Ya que de lo contrario supervisores que no estén abiertos a este tipo de enfoque pueden obstaculizar el desarrollo del residente y es difícil conciliar opiniones.

Referencias bibliográficas

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Bandura A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.
- Banford, L.P., Eherenkranz, P.D., Eberhart, M.G., Shpaner, M., Brady, K.. (2010). Factors associated with delayed entry into primary HIV medical care after HIV diagnosis. Research Letters. *AIDS*, 24, 921-930.
- Bogart, L.M., Catz, S.L., Kell, J.A, Grey-Bernhardt, M.L., Hartman, B.R., Otto-Salaj, L.L., Kack, K.L. y Bloom, F.R. (2001). Psychological Issues in the era of new AIDS treatments from the perspective of persons living with HIV. *Journal of Health Psychology*, 5 (4), 500-516.
- Bonjour, M., Montagne, M., Zambrano, M., Molina, G., Lippuner, C., Wasdkier, F., Castrillo, M., Incani, R., y Tami, R. (2008). Determinants of late disease-stage presentation at diagnosis of HIV infection in Venezuela: a case-case comparison. *AIDS Research and Therapy*, 5, 6, doi:10.1186/1742-6405-5-6.
- Carrisoza, C., Blumberg, E., Hovell, M., Martínez-Donate, A., García, G., Lozada, R., Kelley, N., Hofstetter, C., Sipan, C. (2010). Determinants and prevalence of late HIV testing in Tijuana, Mexico. *AIDS Pat Care and STD's*, 24, (5), 333-340.
- Carrobes, J.A., Remor, E., Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, Apoyo Social Percibido y Distrés Emocional en Pacientes con Infección por VIH. *Psichotema*, 15(3), 420-426.

- Castilla, J., Sobrino, P., De la Fuente, L., Noguer, I., Gurra, L., Parras, F. (2002). Late diagnosis oh HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy: consequences for AIDS incidence. *AIDS*, 16 (14), 1945-1951.
- Catz, S.L., Kelly, J.A., Bogart, L.M. Benotsch, E.G., y McAuiliffe, T.L. (2000). Patterns, Correlates, and Barriers to Medication Adherence among Persons prescribed New Treatments for HIV Disease. *Health Psychology*, 19 (2), 124-133.
- Censida. (2010a). Estadísticas. *Panorama epidemiológico del VIH/sida e ITS en México*. Ciudad de México: Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH/SIDA. Recuperado de:
<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/30jun2010/estadist30Jun2010.pdf>
- Censida. (2010b). En la actualidad la SS otorga tratamiento antirretroviral a más de 34 mil personas. Comunicado de prensa No.220. Ciudad de México: Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH/SIDA Recuperado de:
<http://www.censida.salud.gob.mx>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2006). HIV Prevention Strategic Plan through 2005. Goal 3, Objective 5, January 2001[citado el 17 Marzo 2006]. pp. 1–82.
- Clark, A., Mayben, J., Hartman, C., Kallen, M., y Giordano, T. (2008). Conspiracy Beliefs about HIV infection are common but not associated with delayed diagnosis or adherence to care. *Aids Patient Care and STDs*, 22(9), 753-759.
- Couturier, E., Schwoebel, V., Michon, C., Hubert, J., Delmas, M., Morlat, P., Boue, F., Simonpoli, A., Dabis, F., Brunet, J. (1998). Determinants of delayed diagnosis of HIV infection in France. 1993-1995. *AIDS*, 12 (7), 795-800.
- Crabtree, B., Caro-Vega, Y., Velázquez, R., Sierra, J. (2009). Risk factors for late testing of HIV infection in México: a failure of current testing policies. 5th. *IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment*: Abstract No. WEPED206.

- DiClemente, J.R. y Peterson J.L. Eds. (1994). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 25-59). New York: Plenum Press
- Dilorio, C. Mc Carly F., DePadilla, L., Resnicow, K., McDonnell, M., Meager, K., Sharma, S., Morisky, D., Lundberg, B. (2009). Adherence to antiretroviral medication regimens: A test of a Psychological Model. *AIDS Behavior*, 13, 10-22.
- Dorr, N., Krueckeberg, S., Strathman, A., Wood, M.D. (1999). Psychosocial correlates of voluntary HIV antibody testing in college students. *AIDS Education and Prevention*, 11, 14-27.
- Estéves-Casellas, C. (2000). *Variables psicosociales asociados a la adhesión terapéutica en pacientes con infección por VIH en tratamiento antirretroviral de alta eficacia*. Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante. Tesis doctoral no publicada.
- Galindo, J. (1998) *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Pearson.
- García-Huete, E. (1993). *SIDA: Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral*. España: Eudemea Psicología.
- Gardner, L., Marks, L., Metsch, A., Loughlin, A., O'Daniels, C., Del Río, C., Anderson, P., Wilkinson, J. (2007). Psychological and Behavioral Correlates of Entering Care for HIV Infection: The Antiretroviral Treatment Access Study (ARTAS). *AIDS Patient Care and STDs*, 21(6), 418-425.
- Gatell, J. (2009). Consecuencias de un diagnóstico tardío de la infección por el VIH-1. *VIH en España*. Disponible en:
<http://www.vih2009.es/conclusiones/JosepMGatell.pdf03/03/10>
- Gifford, A., Borman, J., Shively, M., Wright, B., Richman, D., Bozzette, S. (2006) Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients in multidrug antiretroviral regimens. *JAIDS*, 23, 386-395.

- Glanz, K., Rimer, B.K., Lewis, F.M. (Eds.) (2002). *Health behavior and education: theory, research, and practice*. 3rd Ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass. Pp. 45–66.
- Glanz, N.K., Champion, V.L., Strecher, V.J. (2002). The health belief model. En: Glanz, K., Rimer, B.K., Lewis, F.M. (Eds.) *Health behavior and education: theory, research, and practice*. 3rd Ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass. Pp. 45–66.
- Himelhoch, S., Moore, R., Treisman, G., Gebo, K. (2004). Does the presence of a Current Psychiatric Disorder in AIDS Patients Affect the Initiation of Antiretroviral Treatment and Duration of Therapy? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 37, 1457-1463.
- Hogg, R.S., Yip, B., Chan, K.J., Wood, E., Craib, K.J., O’Shaughnessy, M.V., Montaner, J.S. (2001). Rates of disease progression by baseline CD4 cell count and viral load after initiating triple-drug therapy. *JAMA*, 286, 2568–3257.
- Irinson, G. y Hayward, H. (2008). Do positive psychosocial factors predict disease progression in HIV-1? A review of the evidence. *Psychosomatic Medicine*, 70, 546-554.
- Kamb, M.L., Fishbein, M., Douglas, J.M., Rhodes, F., Rogers, J., Bolan, G., Zenilman, J., Hoxworth, T., Malotte, K., Iatesta, M., Kent, C., Lentz, A., Graziano, S., Beyers, R., Peterman, T. (1998). Efficacy of risk reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group. *Journal of American Medical Association*, 280, 1161–11677.
- Kindelán, J.M., Valero, J.A., Ruiz, C.M., de la Hoya, P.S., Pulido, F., Laguna, F. (2002). Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 20 (2), S19-S28.
- Knobel, H., Escobar, I., Polo, R., Ortega, L., Martín-Conde, M.T., Casado, J.L., Codina, C., Fernández, J., Galindo M.J., Ibarra O., Llinas, M., Miralles, C., Riera, M., Fumaz,

- C., Segador, A., Segura, A., Segura, F. y Chamorro, L. (2005). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 23(4), 221-231.
- Krentz, H.B., Auld, M.C., Gill, M.J. (2004). The high cost of medical care for patients who present late (CD4<200 cells/microL) with HIV infection. *HIV Med*, 5, 93–98.
- Krentz, H.B., Auld, M.C., Gill, M.J. (2004). The high cost of medical care for patients who present late (CD4<200 cells/microL) with HIV infection. *HIV Medicine*, 5, 93–98.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., y Leventhal, E. (1992). Illnes Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 2, 143-163, doi: 10.1007/BF01173486.
- Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E.A., Phillips L.A. (2008). Health Psychology: The Search for Pathways between Behavior and Health. *Annual Review of Psychology*, 59, 477-505.
- Link, B. y Phelan, J. (2001). On stigma and its public health implications. *National Institute of Health*. Disponible en: <http://www.stigmaconference.nih.gov>
- Losina, E., Shackman, B., Sadownik, S., Gebo, K., Wallestenky, R., Chiosi, J., Weinstern, M., Hicks, P., Aaronson, W., Moore, R., Paltiel, A. y Freedberg, K. (2009). Racial and sex disparities in life, expectancy losses among HIV infected persons in the US: Impact of risk behavior, late initiation, and early discontinuation of antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases* , 49, 1570-1578.
- Miller, T. y Bellack, A. (1993). AIDS accommodation syndrome: clinical and legal implications. *AIDS Patient Care*, 7, 314-318.
- National Institute of Health. (2009). Tratamiento, prevención y otra información sobre VIH/SIDA. AIDSInfo. Recuperado de: <http://www.aidsinfo.nih.gov/infoSIDA/>
- Okome-Nkomumou, Okome-Miame' F., Kendjo' E., Obiang, G., Kouna' P., Essola-Biba' O., Boguekouma' J., Mboussou, M., Clevenbergh,' P. (2005). Delay between first HIV-

related symptoms and diagnosis of HIV infection in patients attending the Internal Medicine Department of the Fondation Jeanne Ebori (FJE), Libreville, Gabon. *HIV Clinical Trials*, 6, 38-42.

OMS. (2010). *Handbook for improving HIV testing and counseling services*. Field-test version. 1/11/2010. Recuperado de:

<http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/index.html>

ONUSIDA. (2008). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Recuperado de:

http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp

ONUSIDA. (2010). *Report on Global AIDS Epidemic*. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Recuperado de: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm

Paterson, D.L., Swindels, S., Mohr, J.A., Brester, M., Vergis, E.N., Squier, C.H., Wagener, M y Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annual of Internal Medicine*, 133, 21-30.

Piña, J.A., Dávila, M., Sánchez-Sosa, J.J, Togawa, C., Cázares, O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(6), 377-383.

Porter, K., Wall, P.G., Evan, B.G. (1993). Factors associated with lack of awareness of HIV infection before diagnosis of AIDS. *British Medical Journal*, 307, 20-23.

Quinn, T.C., Wawer, M.J., Sewankambo, N., Serwadda, D., Li, C., Wabwire-Mangen, F., Meehan, M., Lutalo, T. y Gray, R.H. (2000). Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type: Rakai Project Study Group. *New England Journal of Medicine*, 342, 921–929.

- Remor, E.A. y Ulla, S. (2002). Sexuality, Perceived Illness and Quality of Life in Spanish Gay and Bisexual Men Living with HIV. *The Journal of the Gay Lesbian Medical Association*, 6(2), 41-45.
- Remor, E.A., Carrobbles, J.A., Arranz, P., Martínez-Donate, A., Ulla, S. (2001). Ansiedad y Percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Psicología Conductual*, 9 (2), 323-336.
- Remor, E.A. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psichotema*, 14(2), 262-267.
- Rietmeijer, C.A., Kane, M.S., Simons, P.Z., Corby, N.H., Wolitski, R.J., Higgins, D.L., Judson, F. y Cohn, D. (1996). Increasing the use of bleach and condoms among injecting drug users in Denver: outcomes of a targeted, community-level HIV prevention program. *AIDS*, 10, 291–298.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. y Becker, M.H. (1988) Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15, 2, 175-183.
- Samet, J.H., Freedberg, K.A., Savetsky, J.B., Sullivan, L.M., Stein, M.D. (2001). Understanding delay to medical care for HIV infection: the long term presenter. *AIDS*, 15(1), 77-85.
- Schneiderman, N., Antoni, M.H., Saab, P.G., Ironson, G. (2001). Health Psychology: Psychosocial and Biobehavioral Aspects of Chronic Disease Management. *Annual Review of Psychology*, 52, 555-80.
- SINAIS. (2010). *Principales causas de mortalidad en edad productiva (de 15 a 64 años)*. Sistema Nacional de Información en Salud. Recuperado de: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>
- Sterne, J.A., Hernan, M.A., Ledergerber, B., Tilling, K., Weber, R., Sendi, P., Rickenback, M., Robins, J., Egger, M., y Swiss Cohort Study. (2005). Longterm effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death: prospective cohort study. *Lancet*, 366, 378–384.

- Sullivan, A., Curtis, H., Sabin, C., Johnson, M. (2005). Newly diagnosed HIV infection: review in UK and Ireland. *British Medical Journal*, 330, 1301-1302.
- Swchartz, G.E., y Weiss, J.M. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 6, 187-198.
- Swchartz, G.E., y Weiss, J.M. (1978). Behavioral Medicine Revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3, 249-251, doi: 10-1007/BF00846677.
- Tejero, A., Guimerá, E.M., Farré, J.M. y Perri, J. M. (1986). Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto Psiquiatría Facultad de Med Barna*, 13, 233-238.
- Torian, L. V., Wiewel, E. W., Liu, K., Sackoff, J.E., Frieden, T.R. (2008). Risk factors for delayed initiation of medical care after diagnosis of human immunodeficiency virus. *Arch Intern Med*, 168, 1181-1187.
- Tuldra, A., Ferrer, M., Fumaz, C., Bayes, R., Paredes, R., Burger, D., Clotet, B. (1999). Monitoring adherence to HIV Therapy. *Archives of Internal Medicine*, 59, 1376-1377.
- Valdiserri, R., Holtgrave, D., West, G. (2004). Promoting early HIV diagnosis and entry into care. *AIDS*, 13, 2317-2330.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., Smith, S. y Dobbins, C.J. (1987). Perceived control and health. *Current Psychological Research and Review*, 6, 5-25.
- Wit, J. B. y Adam, P. C. (2008). To test or not to test: psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. *HIV Medicine*, 9(2), 20-22.

- Wong, K., Lee, S., Low, K., Wan, W. (2003). Temporal trend and factors associated with late HIV diagnosis in Hong Kong: a low HIV prevalence locality. *AIDS Patient Care STDS*, 17 (9), 461-469.
- Young, S., Owens, D., Monin, B. (2009). Opt-out testing for stigmatized diseases: A social psychological approach to understanding the potential effect of recommendations for routine HIV testing. *Health Psychology*, 28 (6), 675-681.
- Zolopa, A., Andersen, J., Powderly, W., Sanchez, A., Sanne, I., Suckow, C., Hogg, E. y Komarow, L. (2009). Early antiretroviral therapy reduces AIDS progression/death in individuals with acute opportunistic infections: a multicenter randomized strategy trial. *PLoS One*, 4:e5575.

ANEXOS

Anexo I

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL INICIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

El propósito de este cuestionario es conocer las variables psicológicas y sociales que están relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del VIH. Sus respuestas son de carácter confidencial y forman parte de estudios que permitirán mejorar la atención a los pacientes. Ninguna de sus respuestas compromete los servicios que le brinda la Clínica. Por favor conteste cada una de las preguntas marcando la opción que usted considere lo describe mejor en cada una de las situaciones que a continuación se le presentan.

Folio Instrumento: 000	Fecha de aplicación: __/__/__	Número de registro: _____
---------------------------	----------------------------------	------------------------------

- Edad: ____ (años cumplidos) 2. Sexo: Masculino Femenino
- Estado Civil:
 Soltero(a) Casado(a) Unión libre Divorciado (a) Viudo(a) Otro: _____
- Ocupación: _____
- Marque su nivel de escolaridad terminada:
 No tiene estudios Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
- En caso de que usted ya haya sido evaluado por Trabajo Social, marque el nivel socioeconómico que le fue otorgado.
 No he sido evaluado por Trabajo Social Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5 Nivel 6 Nivel 7
- Ahora, las siguientes preguntas son datos sobre su diagnóstico. Si no recuerda la fecha exacta, es suficiente con que recuerde el mes y el año.
Fecha en que recibió el primer diagnóstico de VIH+: __/__/__ CD4: _____
¿Dónde le fue realizada la prueba? _____
Fecha en que inicio su tratamiento antirretroviral: __/__/__ CD4: _____
- Marque el o los motivos por los cuáles le fue realizada la prueba.
 Petición personal
 Fue una recomendación médica en consulta
 Fue una recomendación médica durante mi hospitalización
 Fue parte de un chequeo de rutina
 Mi pareja es seropositiva
 Otro(s) motivo(s): _____
- En dado caso de que usted no haya iniciado su tratamiento antirretroviral inmediatamente después de ser diagnosticado, ¿conoce cuál fue la razón de esa decisión?

- ¿Podría decir si usted recibió algún tipo de orientación y/o consejo con respecto al inicio de su tratamiento cuando le solicitaron la prueba de VIH y/o cuando le dieron el diagnóstico?
 Sí recibí orientación en los dos momentos
 Sólo recibí orientación cuando me pidieron la prueba
 Sólo recibí orientación cuando me dieron el diagnóstico de VIH+
 En ningún momento recibí orientación (Si ésta fue su respuesta pase a la pregunta 13)

11. ¿Quién le dio la orientación o consejería?

- Médico Enfermera Psicólogo Trabajadora Social No sé

12. Marque si la orientación que recibió incluyó los siguientes aspectos:

- Lugares dónde puede iniciar su tratamiento antirretroviral
 Costo del tratamiento antirretroviral
 Momento adecuado de inicio del tratamiento
 Cambios físicos o de estado de ánimo debido a los medicamentos
 Conductas de prevención para evitar infecciones oportunistas y reinfección
 Importancia de apegarse al 100% al tratamiento
 Oferta de apoyo psicológico

13. Antes que usted fuera diagnosticado con VIH, ya se había realizado alguna prueba de detección para VIH?

- Sí No

14. En caso de que en la pregunta anterior, su respuesta haya sido *No* pase a la pregunta 15.

En caso de haber contestado *Sí* mencione:

¿Cuántas veces antes? _____

¿Hace cuánto tiempo se realizó la anterior prueba?

¿Dónde se realizó esa prueba?

Resultado: _____ Favor de pasar a la pregunta 16.

15. Marque el o los motivos por los cuáles no se realizó en ese entonces la prueba.

- No me sentía mal
 Me recomendaron que no me hiciera la prueba
 Pensé que la prueba era muy costosa
 Prefería no conocer el resultado
 No sabía donde realizan la prueba de detección del VIH
 Hacerme la prueba me daba pena
 Me daba miedo que otras personas supieran que tengo VIH

Otro(s) motivo(s): _____

16. Por favor marque si tuvo alguno de los siguientes síntomas antes de comenzar con su tratamiento antirretroviral?

- Fiebres o sudoraciones intermitentes o constantes
 Infecciones recurrentes en garganta
 Lesiones y manchas en la piel
 Diarrea de más de un mes de evolución
 Pérdida considerable de peso
 Pérdida de la fuerza y debilidad corporal
 Inflamación de ganglios
 Lesiones blanquecinas en boca y/o garganta
 Neumonía
 Algún tipo de cáncer o linfoma
 Tuberculosis
 Problemas de visión

17. ¿Desde que tuvo los síntomas que menciona, cree que hayan pasado más de 6 meses antes de decidirse a buscar atención médica especializada en VIH?

Sí No

18. Antes de recibir el diagnóstico como portador de VIH, si usted se enfermaba (por ejemplo, del estómago, de la garganta, etc.), era común que, ¿Ud. acudiera al médico para que lo revisara y le diera tratamiento?

Nunca Rara vez La mitad de las veces A veces Siempre

19. Al iniciar su tratamiento antirretroviral, ¿podría decir qué tanto influyeron los siguientes motivos en esta decisión? Enumere con 1, 2 o 3 al 3, donde 1 es el motivo más importante y 3, el menos importante para su decisión.

- Porque mi médico me dijo que era necesario.
- Porque me lo pidieron personas cercanas a mí.
- Porque yo pensé que es benéfico para mi salud.

20. Antes de comenzar su tratamiento antirretroviral, marque si le preocupaba alguna de las siguientes dificultades para llevarlo a cabo:

- No sabía dónde atenderme
- Me preocupaba el costo del tratamiento antirretroviral
- Tenía miedo a los efectos secundarios de los antirretrovirales
- No estaba decidido(a) para iniciar el tratamiento
- Me preocupaba que no hubiera confidencialidad de los datos.

Otro(s) motivo(s): _____

21. A continuación se muestran 4 frases, ¿podría usted decir cuál de ellas describe de mejor manera, su sentir y pensar en el momento en que recibió el diagnóstico?

- Quise mantener en secreto el diagnóstico, me sentí apenado y me preocupó la reacción de los demás.
- Me sentí muy triste y sin ninguna esperanza.
- No creí que el diagnóstico fuera cierto, por lo que no consideré necesario comenzar el tratamiento.
- Acepté el diagnóstico y consideré desde el principio la opción de iniciar un tratamiento.

En las siguientes preguntas, las respuestas van de menor a mayor. Marque con un número que indique su respuesta:

22. Para usted, en este momento, ¿qué tan importante es el tratamiento antirretroviral?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada importante		Un poco importante		Algo importante		Importante		Muy importante		Demasiado importante

23. ¿Qué tan confiado se siente para llevar a cabo el tratamiento antirretroviral?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada confiado		Un poco confiado		Algo confiado		Mayormente confiado		Muy confiado		Seguro

24. ¿Qué tan preparado está para iniciar, o seguir recibiendo el tratamiento?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada preparado		Un poco listo		Algo listo		Mayormente listo		Muy listo		Completamente listo

A continuación, lea cada una de las frases y según su opinión, marque con una X qué tan de acuerdo o no está con cada una de ellas.

25. Los medicamentos antirretrovirales previenen enfermedades oportunistas.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

26. El VIH impedirá que cumpla mis metas en el futuro.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

27. Los medicamentos antirretrovirales prolongan el tiempo de vida.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

28. Algunas personas se han alejado (o se alejarían) de mí, al enterarse que tengo VIH.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

29. El VIH, no es real, es más una creación por parte del gobierno o de las compañías farmacéuticas.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

30. Los medicamentos antirretrovirales evitan que me hospitalice.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

31. La mayoría de las personas se sienten incómodas si tienen que tratar con personas con VIH.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

32. Siento que algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

33. Las personas que viven con VIH pierden su trabajo, cuando sus jefes se enteran de su diagnóstico.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

34. Pienso que el gobierno o las compañías farmacéuticas tienen la cura para el VIH, pero no la dan a conocer por cuestiones económicas y/o políticas.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

35. Si no tomo adecuadamente el tratamiento antirretroviral, me podría llegar a enfermar.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

36. A la mayoría de las personas que viven con VIH, se les rechaza.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Las preguntas a continuación son sobre cómo usted siente o actúa usualmente ante situaciones de la vida cotidiana. Marque qué tan seguido le ocurre lo siguiente:

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
37. Siento que puedo controlar las dificultades de la vida.					
38. Me siento confiado en mi capacidad para manejar mis problemas personales.					
39. Suelo irritarme cuando las cosas están fuera de control.					
40. Me esfuerzo para mantener en secreto que tengo VIH.					
41. Siento que no soy tan bueno como otras personas, porque tengo VIH.					

42. Antes de la confirmación de su diagnóstico de VIH, ¿qué tanto percibía el riesgo de contraer VIH?

- Sin riesgo
 Riesgo bajo
 Riesgo moderado
 Riesgo alto
 Riesgo muy alto

43. ¿Por cuánto tiempo (días, meses o años) se consideró en ese riesgo antes de realizarse la prueba de detección?

Las preguntas a continuación, hacen referencia al apoyo que ha recibido por parte de personas cercanas a usted.

44. ¿Quiénes conocen su diagnóstico?

- Padres
 Hermanos
 Amigos
 Pareja
 Otros: _____

45. ¿Cuánto apoyo siente que recibe por parte de la(s) persona (s) que menciona? Marque el número que describe mejor su respuesta.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mucho menos de lo que necesito		Menos de lo que necesito			Ni más ni menos			Tanto como lo necesito		Más de lo que necesito

46. ¿Siente usted que le es posible hablar con alguien de sus problemas y emociones cuando lo necesita?

- Sí No

47. Antes de que usted fuera diagnosticado con VIH, podría decir el porcentaje aproximado de información con la que contaba usted sobre lo que es el VIH y cómo prevenirlo. Califique su respuesta en una escala del 0 al 100%

Antes de que conociera su diagnóstico, marque qué tan seguido:

48. Tuvo contacto sexual con personas de su mismo sexo.
 49. Utilizó drogas por vía intravenosa.
 50. Bebió alcohol en exceso antes de tener contacto sexual.
 51. Tuvo contacto sexual sin utilizar preservativo.

Nunca	A veces	Siempre

52. ¿Qué tan grave cree para su salud cree usted que sea tener VIH?

- Muy grave
 Grave
 Algo grave
 Poco grave
 Nada grave

53. ¿Qué tan capaz se siente para cumplir con éxito cada indicación del médico?

- Nada capaz
 Poco capaz
 Ni capaz, ni incapaz
 Capaz
 Muy capaz

52. Lea cada una de las siguientes frases y marque con una X, la que usted considere que en este momento, describe mejor su manera de pensar.

- El VIH es importante para mí, pero no estoy seguro de comenzar con el tratamiento antirretroviral.
- Ya comencé el tratamiento antirretroviral pero no estoy completamente convencido de que sea el mejor momento para mí.
- Me siento totalmente dispuesto para llevar a cabo mi tratamiento médico.
- Estoy completamente decidido y dispuesto a llevar a cabo mi tratamiento antirretroviral.

53. En algún momento, ha recurrido a la medicina alternativa (medicina naturista, herbolaria, agujas, etc.) para tratar el VIH?

Sí ¿Cuál? _____ No

54. ¿Cree que su médico realmente conoce sus necesidades como persona? Sí No No sé

55. Por último, por favor marque ¿qué tan satisfecho se siente con el servicio de salud que recibe actualmente?

Muy satisfecho Satisfecho Ni satisfecho ni insatisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho

56. ¿Qué recomendaría para mejorar el servicio de manera inmediata?

Anexo II

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones que describen una serie de estados emocionales.

Lea cada pregunta y subraye la respuesta que mejor indique cómo se ha sentido en esta **última semana**.

Folio Instrumento: 000	Fecha de aplicación: _/_/___	Número de registro: _____
---------------------------	---------------------------------	------------------------------

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

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D 1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A 2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D 2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, nada

A 3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D 3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A 4. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquilo(a) y relajado(a):

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces

D 4. Me siento lento(a) y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A 5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

D 5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuide como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A 6. Me siento inquieto(a) como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. Nunca

D 6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. Nunca

A 7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D 7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

Anexo III



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN”

HOJA DE INFORME PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Protocolo: **Factores Psicosociales Asociados al Inicio Tardío de Tratamiento Antirretroviral en México**

Mediante este documento lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación. Este documento le proporciona información sobre los objetivos del estudio, los procedimientos a utilizar, sobre los potenciales beneficios de su participación, así como los riesgos del estudio para que usted pueda decidir libremente si quiere participar. Antes, es importante recordarle que **SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO ES COMPLETAMENTE VOLUNTARIA**. Esta investigación está respaldada por el Comité de Institucional de Investigación Biomédica en Humanos y el Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ).

Objetivo del estudio

El estudio pretende identificar los factores psicológicos y sociales que se asocian a un inicio tardío y no tardío del tratamiento antirretroviral. Como parte integral de la atención médica que recibe en esta institución, es importante para nosotros contar con las herramientas adecuadas para detectar las necesidades emocionales y sociales de los pacientes.

Procedimiento:

Su participación consiste en responder de forma confidencial a dos cuestionarios, uno (CFPSITAR) de 50 preguntas para conocer su sentir y opinión alrededor del VIH y su tratamiento. Este cuestionario será aplicado después/antes de su consulta clínica habitual y tendrá una duración aproximada de 30 minutos y el segundo cuestionario (HADS) tiene el objetivo de evaluar síntomas de ansiedad y depresión, consta de 14 reactivos de opción múltiple y el tiempo de aplicación es de aproximadamente 10 minutos.

De estar de acuerdo en participar en la primera y/o en la segunda parte, se procederá a que usted firme el consentimiento informado. En caso de aceptar participar en el estudio y no tener tiempo o la disposición de contestarlo en ese momento, se programará una cita que coincida con su próxima visita al Instituto.

Riesgos

Este estudio no tiene ningún riesgo para su salud o integridad. Algunas de las preguntas de los cuestionarios y la entrevista podrían llegar a resultarle ligeramente incómodas y existe la posibilidad de que usted pueda sentir alguna emoción desagradable como enojo, tristeza y/o nerviosismo. No obstante, la psicóloga que conduce la aplicación de los cuestionarios y la entrevista (Psic. María José Noguera Orozco), se encuentra calificada y en total disposición de resolver cualquier duda o situación que surja en el momento o al finalizar los procedimientos.

Beneficios

Su participación no tiene remuneración de algún tipo. El beneficio que usted podría recibir es la atención brindada por el servicio de Infecto-Psicología. Otros pacientes de la Clínica de VIH podrían beneficiarse en el futuro, en el caso de que se encuentren resultados significativos que sean de utilidad para mejorar los procedimientos de atención para las necesidades de salud mental de nuestros pacientes.

Procedimientos alternativos

Este es un estudio para identificar ciertas variables psicológicas y sociales y no se tiene contemplado ninguna alternativa a su aplicación. Si usted decide no participar en el estudio, pero cree o siente la necesidad de recibir atención para cuestiones concernientes a su salud mental, es necesario que se lo haga saber a su médico.

Confidencialidad

La información clínica recopilada es estrictamente confidencial. El nombre de los participantes nunca aparecerá en ningún reporte o publicación, ya que para el desarrollo del estudio se siguen los reglamentos internos del INCMNSZ. Los cuestionarios y la transcripción de la entrevista se archivarán en la carpeta del protocolo correspondiente, a la cual tienen acceso únicamente las personas involucradas en esta investigación y se utilizarán con fines exclusivos del estudio.

Dudas y preguntas sobre el estudio

Si con la información que le estamos proporcionando en esta carta, no le ha quedado suficientemente claro los procedimientos, riesgos y beneficios o los términos de su participación, o si tiene usted alguna duda acerca de cualquier otro asunto relacionado a este estudio de investigación puede usted preguntarle a la persona que lo está invitando a participar en el estudio, que le está aplicando el cuestionario, o al Dr. Juan Sierra Madero, quienes están dispuestos a responder a todas sus preguntas y aclarar sus dudas. Tiene usted la garantía de que tendrá respuesta a sus preguntas y se intentará aclarar todas sus dudas.

Participación

Le reiteramos que su participación es completamente voluntaria y que usted puede retirarse del estudio en el momento que usted lo decida. Si decida usted no participar o retirarse del estudio, no habrá ninguna repercusión negativa para usted y seguirá recibiendo la misma calidad de atención médica que se le ha proporcionado hasta ahora.

Contactos

Para cualquier duda o aclaración sobre este estudio puede comunicarse al teléfono 54 87 09 00 a la extensión 2024 en la Clínica de VIH, directamente con el Dr. Juan G. Sierra Madero.

Resultados

Con la aplicación de estos cuestionarios, identificaremos las principales barreras psicológicas y sociales que obstaculizan la búsqueda de atención médica oportuna en los pacientes que viven con VIH. En caso de que usted quisiera los resultados de sus cuestionarios, puede pedirlos en cualquier momento.

Gracias por tomarse el tiempo de leer detenidamente esta información y por participar en el estudio.



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F. a ____ de _____ de 2010

A través de la presente, yo _____ con número de registro _____, otorgo mi consentimiento para participar como voluntario en el protocolo de investigación **Factores Psicosociales asociados al Inicio Tardío de Tratamiento Antirretroviral en México (INF-172-10/11-1)**. Hago constar que he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito del estudio. He recibido, leído y entendido la hoja de información del estudio, así como el riesgo descrito. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que se vea alterada mi atención en el Instituto. Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de la hoja de información y de la forma de consentimiento. Estoy de acuerdo en que la información clínica obtenida a partir de mi participación en este estudio sea utilizada para difusión de investigación, respetando la confidencialidad de mi identidad.

Firma del voluntario

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Nombre y firma del investigador que obtuvo el consentimiento

Anexo IV



Universidad Nacional Autónoma de México
Maestría en Psicología Profesional
Programa de Residencia en Medicina Conductual

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL

**Hospital General de Atizapán
"Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler"
Servicio de Medicina Interna**

Elaborado por:
Lic. Virginia Janeth Alpuche Ramírez
Lic. María José Noguera Orozco
R1 MC

-2010-

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento por su apoyo en la realización de este manual a:

Dra. María Antonieta Calderón Márquez

Dr. Leonardo Erazo Reynoso

Dr. Ricardo Cossío

Dra. Ana Garnett Ruíz

Lic. Areli Fernández Uribe

Y a todos los pacientes que han hecho posible nuestro aprendizaje y desarrollo como profesionales de la salud.

PRESENTACIÓN

El presente escrito es un manual de procedimientos que tiene como objetivo principal dar a conocer las funciones del Residente en Medicina Conductual durante su estancia en el Servicio de Medicina Interna.

Se pretende que sea una herramienta de trabajo la cual pueda consultar tanto el propio residente como cualquier persona interesada al respecto.

Se busca que este manual sea una guía que unifique el trabajo del residente y al mismo tiempo sea de apoyo para que lleve a cabo adecuadamente sus funciones.

INTRODUCCIÓN

En México los principales problemas de salud se relacionan con enfermedades crónicas (diabetes mellitus, enfermedad isquémica, cirrosis, EPOC) y con frecuencia éstas enfermedades se asocian con conductas o elecciones de estilo de vida, como fumar y/o comer en exceso por mencionar algunas. En este sentido, el ámbito médico ha permitido la inserción de la Psicología como una fuerte herramienta para la prevención y tratamiento de estas enfermedades.

Cuando menos desde el inicio de la civilización griega se ha reconocido que mente y cuerpo están vinculados. Sin embargo, no fue hasta finales del decenio de 1970 que empezaron a precisarse las definiciones de Medicina Conductual y Psicología de la Salud. La Psicología de la Salud y la Medicina Conductual se enfrentan a los principales retos de la atención a la salud, propios de la interacción de los factores biopsicosociales, incurriendo en la atención de múltiples riesgos especialmente en zonas vulnerables.

El término Medicina Conductual fue inicialmente utilizado por Birk en 1973 expresando la importancia de las técnicas conductuales, especialmente la bioretroalimentación, con la finalidad de poder intervenir, desde una perspectiva conductual, en problemas como el asma, la epilepsia, dolor de cabeza tensional, migrañas y la enfermedad de Reynaud (Reynoso, 2005).

La Medicina Conductual surgió formalmente en la "Conferencia sobre Medicina Conductual" llevada a cabo en la Universidad de Yale en 1977. Posteriormente en una reunión llevada a cabo en la Academia Nacional de Ciencias y tomando en cuenta la idea de integración entre pensamiento y tecnología (Schwartz y Weiss, 1978 en Reynoso, 2005) se definió a la Medicina Conductual como ***"Un campo interdisciplinario que está relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales, a la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual, en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desordenes físicos, así como la validación de estos en problemas de salud."***

A partir de ese momento el campo de la Medicina Conductual comenzó a crecer rápidamente, extendiendo la investigación sobre prevención y mantenimiento de de la salud como elementos centrales de la conducta humana. La prevención de la enfermedad a través de cambios conductuales y medioambientales se percibe como uno de los más prominentes medios de controlar algunas enfermedades crónicas que aquejan a nuestra sociedad (James y Kolen, 2005; Reynoso, 2005).

Cuando se desarrolla una enfermedad crónica, el sujeto necesita efectuar una serie de ajustes cognitivos que le permitan un mejor desempeño en el nuevo contexto de su enfermedad. Así, necesita aprender nueva información relevante para entender la enfermedad, es decir, los signos y síntomas y su tratamiento, además de que tendrá que hacer una serie de cambios en los sistemas de creencias y deberá aprender habilidades de afrontamiento específicas.

Por otra parte, el sujeto tendrá que efectuar cambios en sus conductas que le proporcione componentes benéficos para el manejo del estrés, siendo la meta del tratamiento, reducir en lo posible la frecuencia, intensidad y cronicidad de las reacciones emocionales negativas a través de recursos de afrontamiento, orientados al problema y a la emoción; y de ésta manera poder prevenir complicaciones, coadyuvar al tratamiento y mejorar la calidad de vida del sujeto (Sánchez-Sosa, 1998).

Es importante señalar que en México educar para la salud es un reto, pues el profesional deberá partir de los recursos con los que cuenta la población a la que se dirige; en algunos casos la población puede no tener habilidades de lectura y escritura, y será necesario implementar otras estrategias para que los pacientes estén informados sobre su condición, a pesar de sus limitaciones.

ESCENARIO

El Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler” fue construido en septiembre de 1985 comenzó su funcionamiento en 1987. Su dirección es Boulevard Adolfo López Mateos S/N esquina Montesol, Colonia el Potrero, Atizapán de Zaragoza, Estado de México, C.P. 54500. Es un hospital considerado de segundo nivel, cuenta con 144 camas censables y con los siguientes Servicios:

- Urgencias
- Terapia Intensiva
- Medicina Interna
- Ginecoobstetricia
- Cirugía
- Pediatría
- Consulta Externa

Las áreas conurbanas a las que le brinda cobertura médica son: Nicolás Romero, Isidro Fabela, Aculco, Chapa de Mota, Jilotepec, Polotitlán, Villa del Carbón, Tlatlaya y a otros municipios cercanos e incluso a otros estados de la República.

En cuanto a mortalidad, las diez principales causas de muerte durante el año 2009 en el Hospital General de Atizapán, según datos internos del Sistema Automático de Egresos Hospitalarios (SAEH) y Dirección General de Información en Salud (DGIS) fueron:

1. septicemia
2. ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
3. dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios en el periodo perinatal
4. influenza/neumonía
5. enfermedades cerebrovasculares
6. insuficiencia renal
7. enfermedades del corazón
8. malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
9. malformaciones congénitas del sistema circulatorio
10. enfermedades del hígado

Enfermedades en las cuales el residente de Medicina Conductual tiene campo de incidencia.

Objetivo General

El objetivo de la residencia en Medicina Conductual consiste en desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en Medicina Conductual, con un enfoque cognitivo - conductual y desde una perspectiva multidisciplinaria. Los egresados deberán contar con los conocimientos y competencias necesarios para prevenir y solucionar problemas prioritarios mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos idóneos que sustentan el quehacer disciplinario, tanto a nivel individual como grupal.

Sobre las funciones del Jefe de Servicio de Medicina Interna y el Supervisor *In Situ* para con los residentes de Medicina Conductual.

El Jefe de Servicio de Medicina Interna:

- Dirigir y evaluar el desarrollo de las funciones del residente en Medicina Conductual
- Proponer, coordinar y vigilar la integración de las actividades del residente de Medicina Conductual con otras residencias.
- Programar, organizar e integrar las actividades académicas del residente de Medicina Conductual junto con otras especialidades médicas dentro del hospital.

- Proponer al Supervisor In Situ y Supervisor Académico la designación, promoción, remoción o cese de las actividades del residente de Medicina Conductual.
- Orientar y apoyar técnicamente al residente de Medicina Conductual, en materia de su competencia.

El Supervisor *In Situ*:

- Coordina y vigila las actividades del residente de Medicina Conductual dentro de las instalaciones del hospital.
- Promueve las acciones orientadas a mejorar el servicio de Medicina Conductual dentro del Hospital.
- Difunde y orienta al residente de Medicina Conductual en cuanto a las normas, políticas y procedimientos regulares del Hospital.
- Representa al servicio de Medicina Conductual ante los Jefes Inmediatos.

Sobre las actividades generales del Residente, de primer (R1) y segundo año (R2), de Medicina Conductual

- Asistir de lunes a viernes, en horario de 7:00am a 2:30pm, al Hospital General de Atizapán, con uniforme blanco.
- Firmar de asistencia, en la libreta de control localizada en la jefatura de enseñanza del Hospital.
- Realizar pase de visita junto con el médico tratante.
- Identificar, valorar e intervenir en casos referentes a Medicina Conductual.
- Asistir a las sesiones generales del Hospital.
- Asistir a las clases teóricas de Medicina Conductual externas al Hospital (solo residentes de primer año).
- Asistir a las clases teóricas de Medicina, en horario y fecha programado por la jefatura del servicio de Medicina Interna.
- Preparar y exponer temas de psicología, programadas por la jefatura del servicio de Medicina Interna.
- Realizar guardia una vez por semana.

Sobre la Inducción del residente de nuevo ingreso al Hospital

El R1 y/o R2 explica al residente de nuevo ingreso:

- Distribución y localización de servicios que ofrece el Hospital
- Localización de áreas de trabajo del residente de Medicina Conductual
- Logística Interna para apoyo del residente de Medicina Conductual
- Áreas de rotación, funciones, responsabilidades y derechos del residente de Medicina Conductual.
- Horarios y área de comedor
- Localización de lockers.

Sobre el procedimiento de actividades y funciones del residente de Medicina Conductual

A continuación, por medio de diagramas de flujo se muestran las funciones principales del residente en Medicina Conductual:

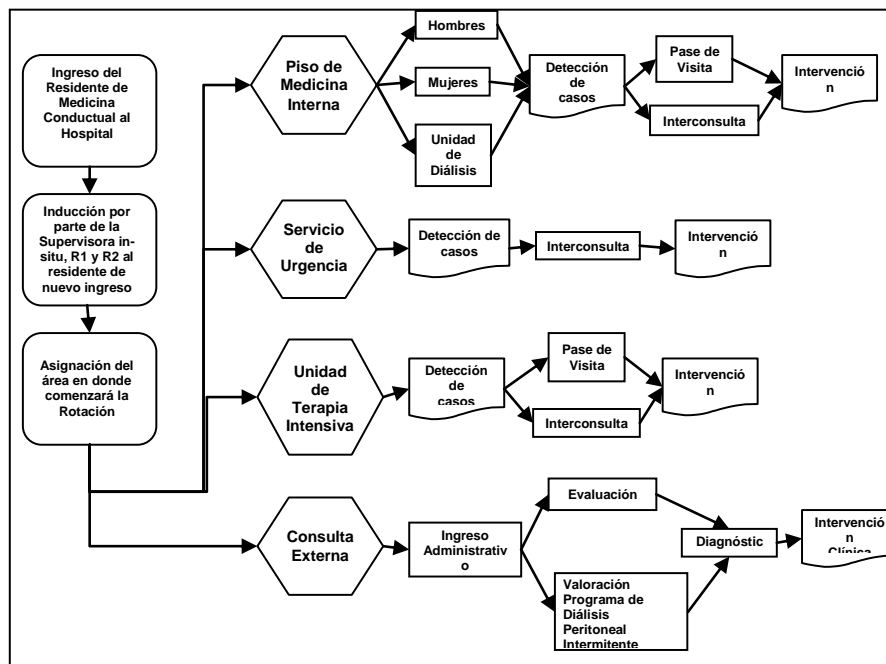


Diagrama 1. Muestra el procedimiento general del Residente en Medicina Conductual desde su inicio en el Programa y durante su estancia en el Servicio de Medicina Interna.

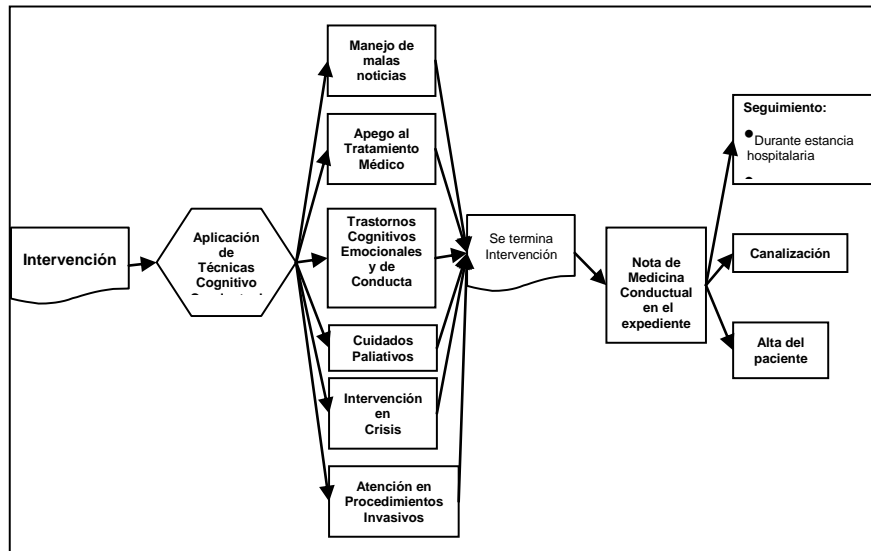


Diagrama 2. Muestra el proceso de intervención del Residente en Medicina Conductual derivado de sus distintas funciones en el Hospital General de Atizapán.

Piso de Medicina Interna

La medicina interna es una especialidad médica que se dedica a *la atención integral del adulto enfermo*, sobre todo a los problemas clínicos de la mayoría de los pacientes que se encuentran ingresados en un hospital.

En nuestro caso, el servicio de Medicina Interna (MI), cuenta con 35 camas, distribuidas en: una cama en aislado, 2 camas de terapia intermedia, 5 camas en la unidad de diálisis y 27 camas divididas para hombres y mujeres.

Objetivo

El residente de Medicina Conductual (R1/R2) tiene como objetivo principal resolver, de manera integral, los problemas psicológicos de los pacientes del servicio de Medicina Interna, generados por problemas orgánicos y/o ambientales; entendiendo como ambientales a factores del entorno familiar, social, cultural y económico.

Funciones

1. Impulsar el cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas mediante tratamientos psicológicos orientados, basados en técnicas cognitivo-conductuales (ver glosario).
2. Mejorar y/o mantener la adhesión al tratamiento médico, mediante el uso de técnicas de solución de problemas, uso de reforzadores positivos y entrenando al paciente en habilidades de afrontamiento y autocontrol.
3. Disminuir los niveles de dolor, estrés, ansiedad y depresión del paciente, utilizando principalmente técnicas de relajación.
4. Aumentar la capacidad funcional del paciente.
5. Mejorar y/o mantener la calidad de vida tanto del paciente como de su familiar.
6. Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

Proceso

Asignación

Una vez finalizada la etapa de inducción, se asigna a un residente de Medicina Conductual (R1 o R2) por área (ver cuadro 1). Cada área tiene un médico adscrito responsable del trabajo de residentes médicos, psicólogos, servicio social y estudiantes. La rotación por áreas es cada 4 meses, aproximadamente, dependiendo de las necesidades del servicio de medicina interna y del número de residentes de Medicina Conductual que ingresen.

Cuadro 1. Servicio de Medicina Interna

Jefe de servicio: Dra. Ma. Antonieta Calderón Márquez

Jefe *In Situ* de residentes de Medicina Conductual: Lic. Arely Fernández Uribe

- | | |
|-----------------------------|--|
| a) Piso de Medicina Interna | a.1) área de hombres, cuarto de aislado y terapia intermedia |
| | a.2) área de mujeres y unidad de diálisis |
| b) Terapia Intensiva | |
| c) Urgencias | |
| d) Consulta Externa** | |

** Todos los residentes tienen asignado un día de la semana

Pase de visita

- El pase de visita en el piso de MI empieza a las 7:00 am.
- Durante el pase de visita, se realiza una valoración inicial de cada paciente.
- Se hace detección de casos
- Se reciben interconsultas por parte del personal médico.
- Se reciben solicitudes directamente por el paciente.
- Cuando el médico responsable lo solicita, se reporta la evolución o resultados de los casos asignados.
- Se ayuda o facilita la comunicación médico-paciente y médico-familiar, cuando se requiere.

Padecimientos frecuentes en el piso de Medicina Interna

Las diez principales causas de morbilidad en el servicio de Medicina Interna, según el Sistema Automático de Egresos Hospitalarios (SAEH) durante el año 2009 fueron:

1. insuficiencia renal,
2. diabetes mellitas,
3. traumatismos/envenenamientos,
4. enfermedades del corazón/enfermedades hipertensivas,
5. enfermedades cerebrovasculares,
6. enfermedades del hígado,
7. influenza/neumonía,
8. epilepsia,
9. infecciones respiratorias agudas
10. enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

El Residente en Medicina Conductual ya sea de primero o segundo año tiene una participación activa, multi e inter disciplinaria con el resto del equipo médico, enfermeras y trabajadores sociales para ayudar al paciente a enfrentar su enfermedad.

Intervención

- El enfoque de las intervenciones es cognitivo-conductual.
- Primero se delimita el objetivo de cada intervención. Este puede ser el motivo de ingreso al piso de MI, ¿por qué fue ingresado el paciente? En caso de interconsulta, ¿qué solicita el médico? o en el caso de que el mismo paciente solicite la atención psicológica ¿cuál es su motivo de consulta? Esta información es parte de la valoración inicial que se realiza durante el pase de visita.
- La intervención comienza con una entrevista inicial propositiva con el paciente.
- Las técnicas o herramientas utilizadas (asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento, autocontrol, etc.) son determinadas por el objetivo de cada intervención respondiendo a las necesidades del paciente (Ver Glosario de Técnicas).
- Una sesión de intervención es determinada por la disposición del paciente y las condiciones ambientales hospitalarias. Oscila entre 15 y 60 minutos.
- La duración de una intervención varía, siempre y cuando no esté dentro de un protocolo. El tiempo de hospitalización de un paciente es una variable importante en la duración de las intervenciones.
- La intervención puede concluir durante la estancia hospitalaria; si esto ocurre, puede darse un pequeño seguimiento mientras continúe en el piso de MI o bien canalizarse a la consulta externa de MC para un seguimiento más amplio. Si el paciente es dado de alta y la intervención no es concluida, puede remitirse a la Consulta Externa de MC. En algunos casos la intervención no es inmediata; de tal forma que, mientras la detección del caso se realice en el piso de MI, la intervención se inicia cuando llega a la consulta externa de MC.
- La aplicación de una técnica de relajación finaliza con una pequeña nota en el expediente médico.
- Al final de una intervención, se realiza una nota-resumen en el expediente médico (Ver Anexo 2).

En el momento de plantear al paciente el tratamiento, se evalúa si alguna variable psicológica puede actuar como obstáculo en el aprendizaje de conducta de autocuidado del paciente. Es preciso valorar si existe un nivel elevado de ansiedad o un estado depresivo que no permita una correcta colaboración en el cumplimiento terapéutico. Estos dos estados, pueden aparecer tras la comunicación del diagnóstico de su enfermedad, durante la evolución de la misma o discernir si ya manifestaban estos estados antes de la enfermedad exacerbándola.

Unidad de Diálisis Peritoneal Intermitente

Cuando el hospital fue puesto en funcionamiento en 1987, se evaluaron indicadores de mortalidad y de atención en hospitalización y consulta de los padecimientos de mayor demanda. Para 1999 se detectó que, de 1200 pacientes vistos en hospitalización de medicina interna el 16% (200 pacientes) se encontraron con IRC, con una tasa de crecimiento del 11% anual. (Manual 45, información de manejo interno del servicio). A partir de un análisis exhaustivo del problema, es que se decide por realizar un programa de mejora para diálisis peritoneal intermitente con el objetivo de *“lograr la integración de varios servicios con la finalidad de una atención efectiva y de calidad a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con diálisis peritoneal”* (Calderón-Márquez, 2000).

Para el año 2000, la Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, asigna dos residentes de la especialidad en Medicina Conductual con la finalidad de atender a los pacientes del servicio de Medicina Interna y la Unidad de Diálisis para dar atención oportuna y el paciente pueda reintegrarse a sus funciones dentro de la sociedad con una mejor calidad de vida.

Objetivo

Realizar valoración psicológica del paciente con insuficiencia renal crónica que sea candidato para ingresar al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (PDPI) e identificar factores de riesgo conductuales que afecten el apego a su tratamiento.

Funciones

El residente de Medicina Conductual (R1 y/o R2):

1. Evaluar al paciente dentro de su entorno psicosocial mediante una o varias entrevistas a profundidad.
2. Detectar factores de riesgo e intervenir para que éstos no influyan en el tratamiento médico.
3. Asegurar que el ambiente que rodea al paciente sea el más adecuado para el éxito de la diálisis, mediante un control de contingencias.
4. Sensibilizar al paciente y su familia acerca de su enfermedad, mediante la impartición de psicoeducación.
5. Promover la participación de la familia en el tratamiento y reintegración del paciente a su vida cotidiana.

Proceso de Valoración

- El médico o residente, adscrito al servicio de Medicina Interna, será quien comunique el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Una vez dado el diagnóstico, el médico o residente solicitará por interconsulta la valoración del equipo de Medicina Conductual (MC).
- El primer acercamiento del psicólogo de MC es para presentarse con el paciente y entablar *rapport*. Se evalúan las estrategias de afrontamiento ante la noticia del diagnóstico. Se indaga sobre el significado de la enfermedad y se aclaran dudas tanto del paciente como del familiar. Si es necesario, se realiza intervención en crisis. Se cita a la familia en fecha próxima, para dar psicoeducación sobre la enfermedad (ver Cuadro 2).
- Se realiza entrevista de valoración al paciente (abarcando criterios de inclusión y exclusión al PDPI, ver Cuadro 3) y se inicia psicoeducación con el objetivo de otorgar información clara y sencilla y disolver todas las dudas.
- Durante la sesión psicoeducativa que se le da a la familia se evalúa el tamaño y la sustentabilidad de la red de apoyo, tanto familiar como social y económico. También se evalúan las conductas y creencias de la familia ante la enfermedad. Se contrastan los datos obtenidos del paciente con los que aporta la familia en cuanto a los antecedentes de enfermedades y tratamientos previos del paciente (apego a estos tratamientos), estilo de vida del paciente (hábitos higiénico-dietéticos, actividades, etc.) y algún otro dato que pueda ser indicador de adherencia.
- De acuerdo a los datos obtenidos durante las entrevistas (al paciente y a los familiares) y la sesión (es) psicoeducativa (s), se hace una valoración para determinar si el paciente es candidato al Programa de Diálisis o no.
- Si se llegara a tener dudas sobre algún punto de los criterios de inclusión que determine un resultado positivo o negativo, se expone el caso ante el jefe *in situ* y los residentes de Medicina Conductual (MC).
- Se elabora nota con formato SOAP (Ver Anexo 2) en el expediente médico. Se incluye al inicio: *“El servicio de Medicina Interna solicita interconsulta de valoración para ingreso al Programa de Diálisis Peritoneal Intermittente (PDPI)...”* y se concluye con *“Por lo anterior el paciente es candidato / candidato con reservas / no candidato para ingresar al PDPI...”*
- Se da parte al médico o residente que solicitó la interconsulta para que él, posterior al análisis de las valoraciones de Trabajo Social y Psicología, comunique el tratamiento pertinente para el paciente.

Si el paciente es aceptado en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente

- Una vez notificado al paciente, se le presenta una carta compromiso (Ver Anexo 1) y se le explican las condiciones del programa, así como sus derechos y obligaciones, haciendo hincapié que en el incumplimiento de la carta compromiso se puede revocar su lugar en el PDPI.
- Se anexa carta compromiso firmada por el paciente y su familiar en el expediente clínico. Se recomienda que tanto el paciente como el Psicólogo de MC guarden una copia.
- Se ayuda al paciente durante el proceso de colocación del catéter ya que es un procedimiento invasivo que usualmente provoca ansiedad al paciente. Se evalúa qué tipo de intervención requiere (intervención en crisis, relajación, psicoeducación, etc.).
- Se da orientación al familiar sobre los cuidados postoperatorios.
- Las posteriores intervenciones van en función de las necesidades del paciente y los factores de riesgos detectados (pensamientos inadecuados, conductas de riesgo, deterioro de las redes de apoyo, emociones negativas, etc). Las intervenciones se realizan durante el tiempo de estancia hospitalaria dentro de la unidad de diálisis.
- La intervención con el cuidador primario es importante para mantener los cuidados adecuados en casa.
- Concluidas las intervenciones, se realiza una segunda valoración (verificar que se hayan mantenido y/o mejorado las condiciones expuestas en el cuadro de criterios de inclusión).
- Si después de la segunda valoración el paciente continúa en el PDPI, se entra en etapa de seguimiento.

Si el paciente no es aceptado en el Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente

Cuando se realiza la primera valoración y el paciente no cumple con todos los criterios de inclusión, también se valora si aquellos puntos pueden ser modificables a corto tiempo. Cuando éste es el caso, se remite al paciente a la consulta externa de Medicina Conductual para dar seguimiento a su caso, si se logró hacer modificaciones (en las condiciones de vivienda, cambio de residencia, conciencia de la enfermedad, etc.) puede realizarse una segunda valoración.

Cuadro 2. Temas de Psicoeducación durante el proceso de valoración para ingresar al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (PDPI)

<u>Información para el paciente y su familia</u>	<u>Temas de dominio del residente en Medicina Conductual</u>
a) ¿Qué son los riñones y cuáles son sus funciones en el cuerpo?	(anatomía, funciones, filtrado)
b) ¿Qué es la Insuficiencia Renal Crónica y cuáles son las causas?	(definición y etiología)
c) ¿Cómo se que hay una falla renal?	Síntomas de la IRC
d) ¿Con qué pruebas puede el médico saber que hay una falla renal? *	Análisis de orina, análisis de depuración de creatinina, microalbuminuria y análisis de sangre.
e) ¿Y para precisar el diagnóstico y planear el tratamiento? *	Se determina con los datos arrojados por los análisis, edad, peso y género, el Índice de Filtración Glomerular (función renal). Se realiza ultrasonido o tomografía y en algunos casos Biopsia de riñón.
f) ¿La IRC se puede curar?	
g) ¿Cuáles son las opciones de tratamiento?	Diálisis, Hemodiálisis y Transplante Renal (generalidades)
h) ¿Qué es la Diálisis Peritoneal y cómo funciona?	Definición, tipos de diálisis, tipos de catéter, procedimiento (peritoneo, difusión y convección, soluciones para diálisis, técnicas de cuidados),
i) ¿Cuáles son las ventajas y las desventajas?	Complicaciones, esperanza de vida, calidad de vida, apoyo institucional.
j) ¿Cuáles son los cambios que hay que hacer?	Restricción de dieta y líquidos, preparar las condiciones ambientales adecuadas para el éxito de la diálisis (higiene). Apoyo familiar y social.
k) ¿Cuáles son los costos aproximados?	Economía familiar y apoyo institucional.
l) ¿Y ahora que sigue?	Conseguir seguridad social, buscar instituciones con programas de Transplante Renal (si es el caso), cambio de estilo de vida, crear redes de apoyo, modificaciones ambientales, etc.

* A consideración.

Cuadro 3. Criterios de inclusión y exclusión incluidos durante el proceso de valoración para ingresar al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (PDPI)

CRITERIOS DE INCLUSION	CRITERIOS DE EXCLUSION
Pc. en etapa 5 de IRC (Filtración Glomerular < 30 ml/min)	Pc. con enfermedades concomitantes y/o portadores de infecciones virales
Sin enfermedades agregadas graves como neoplasias o que no se puedan valer por si mismos.	Incapacidad del Peritoneo para realizar sus funciones (presencia de hernia abdominal, divertículos, etc)
	Fracaso de accesos vasculares
Pc. con antecedentes de buen apego a tratamientos anteriores	Toxicomanías (alcoholismo, opiáceos, cocaína y otras drogas)
Pc. con conciencia de su enfermedad (comprende el grado de severidad de la enfermedad y utiliza recursos de afrontamiento activos)	Problema o trastorno mental que afecte áreas de habilidades adaptativas: comunicación, autocuidado, actividades de la vida diaria, autogobierno, salud y seguridad personal, habilidades sociales, ocio y trabajo.
Pc. adherente	No adherente, sin conciencia de su enfermedad.
Con apoyo familiar real y percibido	Falta de redes de apoyo familiar y económico.
Pc. motivado, con buena adaptabilidad y autonomía	
Vivienda construida de material perdurable y servicios básicos cubiertos	Techo de lámina, falta de agua potable, baño sin regadera, animales, plantas, piso de tierra,
Condiciones económicas que le permitan su permanencia en el programa	
Condiciones de vivienda higiénicas	
Hábitos del pc. higiénico-dietéticos adecuados	Mala higiene personal (descuido altamente visible en uñas, dentadura, cabello, piel)
Que el Pc. cuente con cuidador(s)*	Sin cuidador primario en caso de incapacidad visual. *
Lugar de residencia (prioridad a habitantes del municipio de Atizapán de Zaragoza)	

Pc. = paciente

*criterios conexos a consideración

Las intervenciones del residente de Medicina Conductual van en función de las necesidades detectadas en los pacientes del programa de diálisis. Los principales problemas son: depresión, ansiedad, estrés, dolor, ideas irracionales, falta de asertividad, falta de apego al tratamiento, carencia de habilidades en solución de problemas, entre otras. Las limitaciones con las que se enfrenta regularmente el psicólogo son los relacionados con los recursos económicos (propios, de la institución y del paciente) y la falta de disponibilidad del mismo paciente.

La falta de información, la pobre educación del paciente y la poca e inadecuada comunicación con el médico tratante, suelen ser el principal catalizador de complicaciones en el tratamiento de diálisis. El cuidador primario de éstos paciente es un campo fresco y muy amplio de intervención, dirigido principalmente en dotarlos de habilidades para el manejo del estrés, el desgaste emocional y la pérdida del ser querido.

Urgencias

El servicio de urgencias se encuentra ubicado en la parte frontal del hospital, junto a la entrada de urgencias, cuenta con una sala de espera que da servicio a urgencias pediátricas, urgencias ginecológicas y urgencias adultos. La consulta externa de Urgencias se comunica con piso de urgencias adultos. La sala de urgencias cuenta con 8 camas, una sala de curaciones y una sala de choque donde ingresan los pacientes más graves para su estabilización.

Los residentes de medicina conductual tienen una rotación por el servicio de urgencias que dura en promedio tres meses, éste escenario es adecuado para fomentar las habilidades profesionales propias de la residencia.

Objetivo

Aplicar técnicas cognitivo-conductuales en aquellos pacientes que sean referidos por el equipo médico o, si es el caso, en aquellos pacientes donde se detecte la necesidad de una intervención psicológica.

Funciones

1. Iniciar el manejo psicológico de casos referidos por el quipo médico.
2. Normalizar el estado conductual y emocional del paciente en estado alterado mediante la intervención psicológica.
3. Disminuir el componente psicológico que pueda interferir en los procedimientos médicos invasivos

Proceso

El proceso llevado a cabo en urgencias se divide en los siguientes casos:

Paciente referido por el equipo médico o paramédico en interconsulta en piso de urgencias sin urgencia

- El proceso inicia con la interconsulta, ésta se firma y se comunica al supervisor in situ sobre la consulta en caso de no ser una urgencia inmediata; en caso de no poder esperar la atención, se informa al supervisor in situ al final del procedimiento.
- Se recaban datos generales de la interconsulta como nombre, edad, el motivo de la consulta y la justificación médica de la interconsulta.
- Se dará lectura al expediente para conocer el antecedente médico, los padecimientos anteriores, el antecedente del padecimiento psicológico, la conformación familiar, el nivel socioeconómico y su red de apoyo.
- Se realiza una presentación con el paciente en cama y se explica sobre las actividades de medicina conductual.
- Seguido se realiza una evaluación que permita describir la situación, los antecedentes, las consecuencias, que mantiene contingente la situación y el componente cognitivo en caso de existir.
- El terapeuta realizara un programa de intervención que se ajuste a las necesidades o requerimientos del paciente y tendrá que definir las áreas de atención prioritaria.
- Explicar al paciente sobre el análisis realizado de su caso, con el objetivo de crear un efecto reactivo en el paciente.
- El terapeuta llevara a cabo el plan de intervención de acuerdo a su análisis previo con una duración variable dependiendo el tipo de problemática.
- Tratamiento psicológico.- La duración puede ser variable pero su duración menor será de más de 8 sesiones, se recomienda terminar el consulta externa (Revisar apartado de Consulta Externa).

- Al término de la intervención se evalúan los resultados de obtenidos y se comparan con los resultados de la evaluación previa.
- Al final se busca el expediente y se escribe la nota con el formato SOAP (Ver Anexo 2).
- Se termina proceso.

Paciente referido por el equipo médico o paramédico en una consulta en piso de urgencias por urgencia psicológica o intervención en crisis

- El proceso inicia con la interconsulta (revisar glosario), se firma la interconsulta y se comunica al supervisor in situ sobre la consulta o por tratarse de una urgencia se informa al supervisor in situ al final del procedimiento.
- Se recaban datos generales de la interconsulta como nombre, edad, el motivo de la consulta y la justificación médica de la interconsulta.
- Se realiza una presentación con el paciente en consulta externa, sala de choque, curaciones o su cama de piso y se realiza una evaluación que permita describir la situación, los antecedentes, las consecuencias, que mantiene contingente la situación y el componente cognitivo en caso de existir
- El terapeuta identificará la cadena conductual que interfiere en la normalidad del paciente y utilizará las estrategias psicológica adecuadas para su normalización
- El terapeuta llevara a cabo el plan de intervención de acuerdo a su análisis previo con una duración variable dependiendo el tipo de problemática.
- Urgencia psicológica.- La duración será de una sesión con el objetivo de restablecer la normalidad emocional del paciente hospitalizado
- Intervención en crisis.- La duración será de 2 a 4 sesiones con el objetivo además de restablecer la emoción del paciente, se realice un plan para reintegrar a sus actividades normales al paciente en corto plazo.
- Al término de la intervención se evalúan los resultados de obtenidos y se comparan con los resultados de la evaluación previa.
- Al final se busca el expediente y se escribe la nota con el formato SOAP (Ver Anexo 2).
- Se termina proceso.

Atención psicológica en procedimientos invasivos

- El proceso inicia con la detección de pacientes con quien funcionará la atención psicológica en los procedimientos invasivos.
- Se recaban datos generales de la interconsulta como nombre, edad, el motivo de la consulta y la justificación médica de la interconsulta.

- Se solicita la autorización o el consenso del médico de base y de quien realizará el procedimiento para poder intervenir.
- Se debe esperar a que el paciente sepa sobre el procedimiento y se firme el consentimiento informado.
- Procedimientos invasivos.- Su duración será de una sesión antes de iniciar el tratamiento invasivo, inclusive durante el tratamiento en caso de ser requerido por el paciente y autorizado por el médico a cargo.
- Se presenta con el paciente y se realiza psicoeducación sobre el procedimiento y sobre las estrategias para disminuir el estrés psicológico.
- Se determina con el paciente la mejor opción, se realiza una evaluación previa, se interviene y se realiza una evaluación posterior de los resultados.
- El terapeuta podrá acompañar al paciente en el procedimiento si el equipo médico lo permite y es favorece la atención.
- Al final se busca el expediente y se escribe la nota con el formato SOAP (Ver Anexo 2).
- Se termina proceso.

Unidad de Terapia Intensiva

La unidad de Terapia Intensiva del hospital cuenta con 8 camas. El principal objetivo de la unidad de terapia intensiva es la atención médica del paciente crítico, entendido como el paciente que sufre un evento agudo y amenazante, dirigiéndose fundamentalmente a salvarlo de una muerte o una discapacidad severa seguras. La aparición repentina de la enfermedad conlleva un choque emocional importante en el paciente que requiere intervenciones psicológicas con la misma premura para apoyarlo a una mejor adaptación al evento vital.

Objetivo

Proporcionar al paciente y a la familia atención psicológica de manera breve y eficaz ante casos específicos que lo requieran.

Funciones

1. Detectar casos de necesidad psicológica mediante observación y entrevista inicial.
2. Disminuir niveles de ansiedad y depresión ante diagnósticos, procedimientos invasivos y malas noticias.

1. Contener a los familiares en caso de muerte.
2. Promover técnicas de autocontrol y relajación.

Proceso

- El proceso inicia con la interconsulta
- Se dará lectura al expediente y se analizarán los alcances y limitaciones de una intervención psicológica.
- Si el paciente está conciente y con disposición, se realiza una presentación con el paciente en cama y se explica sobre las actividades de medicina conductual.
- El residente de Medicina Conductual realizará un programa de intervención que se ajuste a las necesidades o requerimientos del paciente y tendrá que definir las áreas de atención prioritaria.
- Las intervenciones en Terapia Intensiva, involucran en un 80% a la familia. Cuando el paciente no está conciente las intervenciones son directamente con el familiar.
- Al final se escribe la nota con el formato SOAP

La situación misma de permanecer en un área pequeña, aislado, estar intubado o con aparatos ostentosos, recibir altas dosis de medicamento, la incertidumbre de cuánto tiempo permanecerá internado y su pronóstico, preocupaciones externas como el estar lejos de su casa, el cuidado de sus hijos, el haber dejado el trabajo y/o situación económica, también deben de ser factores explorados ya que son una muchas veces los antecedentes a las conductas y sentimientos disfuncionales en el paciente.

Servicio de Medicina Interna

El Hospital General de Atizapán cuenta con el Servicio de Consulta Externa, donde distintas especialidades brindan atención especializada a la población del estado y ciudades aledañas. El servicio cuenta con el consultorio de Medicina Conductual y Psicología. En este servicio los residentes en Medicina Conductual bajo la supervisión de la Psicóloga de base, la Lic. Arellí Fernández Uribe brindan consultas psicológicas a la población que lo requiera.

Objetivo

Proporcionar atención psicológica con oportunidad, calidad, sentido social y satisfacción del usuario, todo esto con encaminado a la prevención, atención y rehabilitación de los aspectos en Salud Mental.

Funciones

1. Realizar evaluaciones a los pacientes con el objetivo de hacer un psicodiagnóstico para su tratamiento posterior.
2. Llevar a cabo entrevistas iniciales y a profundidad.
3. Aplicar técnicas de interpretación y manejo de pruebas psicométricas.
4. Brindar intervención en crisis en los casos que sea necesario.
5. Intervenir clínicamente con programas que sean diseñados a la medida del paciente y su problemática.
6. Realizar psicoterapia individual, de pareja, familia y de grupo.
7. Otorgar seguimiento a los pacientes que concluyan con un tratamiento psicológico.
8. Coparticipar en el equipo multidisciplinario que involucra a los médicos, residentes médicos, enfermeras, terapeutas de lenguaje, rehabilitadoras y psicólogos del Hospital.

Proceso

- El proceso de consulta externa que ofrece el psicólogo con especialidad en Medicina Conductual sigue un procedimiento que va desde el ingreso administrativo, la atención psicológica y concluye con el egreso del paciente. Es el médico quien se encarga de enviar (en 1ª vez) al paciente a consulta de Psicología/Medicina Conductual. Así mismo llegan a consulta los pacientes que son referidos de otras instituciones de salud.

El médico hace referencia a un diagnóstico inicial, anota un resumen de los principales datos sintomáticos referidos y explorados en el paciente, y señala el motivo de envío, el

- cual puede ser: valoración para el Programa de Diálisis, falta de apego al tratamiento médico; presencia de complicaciones; requerir estudios auxiliares como la psicometría; complementación diagnóstica o, el realizar tratamiento especializado psicoterapéutico. Cabe mencionar que cada intervención debe de ser descrita a manera de nota con formato SOAP (Ver Anexo 2) en el expediente clínico del paciente.
- La atención psicológica se da de acuerdo a los requerimientos médicos, necesidades del paciente o, también, de acuerdo al criterio del psicólogo. Si es paciente de primera vez se realiza una evaluación, en donde se suele hacer una entrevista inicial y aplicar algunas pruebas psicométricas para conocer a fondo al paciente y su problemática. El paso siguiente que usualmente ocurre en la segunda cita, es la intervención clínica. Ésta suele durar de 6 a 12 sesiones aproximadamente.
- El alta de un paciente en el servicio de Psicología Clínica se da por curación, mejoría, deserción o defunción. Sólo se registra y se acuerda entre el paciente y el psicólogo una alta por mejoría, remisión de síntomas o por voluntad propia.
- Otro caso importante que ocurre en Consulta Externa es la recepción de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que los médicos canalizan al servicio con la intención de que se les realice una valoración para ver si son aptos de ingresar al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente con el que cuenta el Servicio de Medicina Interna de esta unidad. En el caso de que de que no ingrese al programa el Residente puede decidir si prepara al paciente y a sus familiares para que vuelva a entrar a una segunda valoración y así ingresar al programa. La preparación puede incluir psicoeducación y en algunas ocasiones resolución de problemas como condiciones de vivienda y económicas.
- Se hace uso del enfoque cognitivo-conductual con técnicas de modificación de la conducta, las cuales exploran las áreas cognitiva, fisiológica y conductual. El número promedio de pacientes atendidos durante el día es de 4 a 6, otorgándoles de 45 minutos a 1 hora de consulta.

Padecimientos frecuentes en la Consulta Externa

Entre los padecimientos más frecuentes atendidos por los Residentes en Medicina Conductual en el servicio de Consulta Externa se encuentran, trastornos originados por enfermedad médica, trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastornos relacionados con consumo de sustancias, trastornos somatomorfos, trastornos del sueño, trastornos del control de impulsos, entre otros. A continuación se mencionan, los diagnósticos más frecuentes:

- Trastornos de ansiedad
- Trastornos del estado de animo
- Trastorno adaptativo
- Dependencia de alcohol y sustancias
- Trastorno de conversión
- Falta de adherencia al tratamiento
- Bulimia
- Anorexia
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

En algunos casos, la problemática del paciente no puede ser atendida por el residente en Medicina Conductual, por lo que es necesario canalizarlo a otros servicios como Psiquiatría o a otra Institución donde pueda recibir la atención necesaria.

CONCLUSIÓN

El manual contiene el proceso de ingreso del Residente en Medicina Conductual, así como los servicios en los que puede cumplir distintas funciones y el proceso detallado de las mismas.

De la misma manera se incluye en el apartado de Anexos, herramientas que pueden serle de utilidad. Se espera que el presente manual cumpla su objetivo principal que es el de proporcionarle al residente en Medicina Conductual al Servicio de Medicina Interna del HGA una guía especializada donde encuentre conocimientos y habilidades necesarias para prevenir y solucionar problemas prioritarios mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos idóneos que sustentan su quehacer disciplinario.

ANEXOS

ANEXO 1

Atizapán de Zaragoza, Estado de México a ____ de _____ de _____

Carta compromiso / Consentimiento informado MEDICINA CONDUCTUAL

Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente
División de Medicina Interna
Hospital General de Atizapán "Dr. Salvador Herrejón Daimler - Chrysler"

La presente carta compromiso describe los criterios a los que Yo _____ con número de expediente _____ y mi familia nos comprometemos a realizar para poder ingresar al programa de Diálisis Peritoneal Intermitente de este Hospital:

- a) Asistencia puntual a mis citas, en el día y horario que se me indique.
- b) Apegarme al nuevo plan alimenticio otorgado por el Servicio de Dietología, que incluye restricción en la cantidad de líquidos.
- c) Adquirir los medicamentos que no estén dentro del cuadro básico de la unidad. Si así lo requiero de acuerdo a mi estado de Salud.
- d) Tomarme los medicamentos conforme a los horarios y dosis indicadas.
- e) Adquirir las bolsas de diálisis en caso de ser necesario.
- f) Mantener mis conductas de higiene en cantidad y calidad, como los son: baño diario, limpieza adecuada del catéter, cambio de ropa interior y exterior y aseo de mi hogar y habitación.
- g) En caso de cambiar mi domicilio, notificarlo a los médicos y/o psicólogos.
- h) Estoy de acuerdo con que se me realice una valoración cada 3 meses a manera de seguimiento.

Acepto que tanto Yo, como mi familia, hemos recibido información sobre la Insuficiencia Renal, las opciones de tratamiento, los cuidados necesarios y aceptamos que en caso de no cumplir con alguno de los criterios anteriores, seré dado de BAJA del programa. Más no de la atención Médica y Psicológica.

Atentamente,

Nombre y firma
Paciente

Nombre y firma
Familiar responsable

Nombre y firma
Residente de Medicina Conductual

Nombre y firma
Médico Tratante

ANEXO 2

FORMATO SOAP PARA NOTAS CLÍNICAS

Cada nota deben comenzarse con el título, hora y fecha alineados a la izquierda y por los datos generales del paciente, junto con el motivo de la nota. Como se ve en el siguiente ejemplo:

12/10/09
10: 30 hrs.

NOTA DE MEDICINA CONDUCTUAL

Paciente masculino de 23 años, soltero, habita con su padre, tiene una hermana que trabaja. Con Dx. De IRC, a quien solicitan valoración para ingreso al programa de Diálisis Peritoneal Intermitente.

Posteriormente el formato **SOAP**, por sus iniciales sirve de guía para el cuerpo de la nota.

S: (Subjetivo) → En esta parte se escribe cómo se siente el paciente literalmente en sus palabras. Por ejemplo: “El paciente refiere sentirse cansado y triste por conocer su diagnóstico.”

O: (Objetivo) → Esta es la parte de la observación clínica, donde el terapeuta o residente describe cómo ve al paciente y se inicia con examen mental (Ver Anexo 3) Por ejemplo: “Al examen mental responde adecuadamente, conciente, orientado en las tres esferas del pensamiento, atento, cooperador durante la entrevista, buen tono y volumen de voz, mantiene contacto visual. Se encuentra acompañado de su padre.”

A: (Acción) → Se describe qué procedimientos se realizaron durante la intervención. Qué técnicas y con qué resultados. Por ejemplo: “Se realizó contención emocional y psicoeducación. El paciente refirió sentirse más tranquilo, ya que cuenta con más información sobre su padecimiento.”

P: (Plan)→ La nota se finaliza con el plan de tratamiento a seguir. Por ejemplo, si se finalizó la intervención y no habrá seguimiento: “Se concluye la intervención ya que el paciente es trasladado a otra unidad.” O en otra situación, “Se le seguirá dando apoyo al paciente a lo largo de su internamiento. Cuando sea dado de alta se espera en Consulta Externa para seguimiento.”

Cabe mencionar que las notas sobre Valoraciones para ingreso al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente, se realizan con el mismo formato. La única diferencia es que en el apartado de Objetivo, se hace una descripción más detallada de los criterios de inclusión y exclusión del programa. Así como de sus redes de apoyo, tipo de afrontamiento, motivación y qué tanto apego tiene el paciente al tratamiento.

ANEXO 3

EXAMEN ESTADO MENTAL

- A. FUNCIONAMIENTO GLOBAL
 - Apariencia (higiene, edad aparente y cronológica)
 - Orientación en 3 esferas (tiempo, espacio y persona)
 - Contacto visual
 - Memoria
 - Juicio
 - Concentración
 - Lenguaje

- B. TX. DEL PENSAMIENTO
 - Contenido normal del pensamiento
 - Alucinaciones (visuales características de Trastornos Orgánicos)
 - Pensamiento paranoide
 - Delirio
 - Psicosis

- C. TX. DEL ESTADO DE ÁNIMO
 - Depresión/manía
 - Afecto: tristeza, euforia, disgusto, ansiedad, cólera, perplejidad, culpa, suspicacia, satisfacción.
 - Labilidad emocional
 - Extremos emocionales desequilibrados

- D. TX. DE PERSONALIDAD
 - Suceso psicótico agudo
 - Descompensación del funcionamiento normal
 - Patrón conductual inadaptado

- E. IDEACIÓN SUICIDA
 - Intento
 - Evaluación de riesgo
 - Plan
 - Apoyo social

ANEXO 4

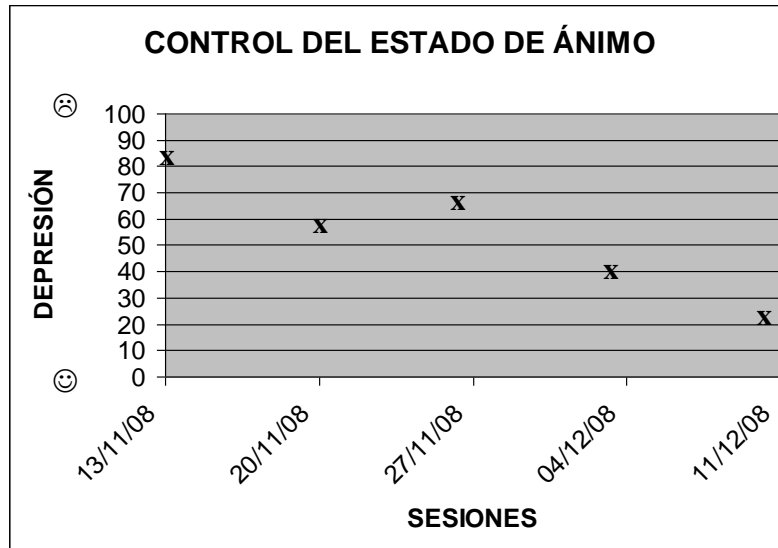
REGISTRO DIARIO PARA EL PACIENTE DIABÉTICO

Semana del: ___/___/___ al: ___/___/___

Glucosa →	Nivel al ayuno (90-110)	Nivel después comida (Menos de 180)	Nivel al acostarse (90-110)	¿Me tomé mis medicinas?	¿Hice ejercicio?	¿Tuve una alimentación saludable?	¿Me sentí estresado? ¿Usé técnica de Relajación?	Notas: (eventos especiales, malestar físico, etc.)
Lunes								
Martes								
Miércoles								
Jueves								
Viernes								
Sábado								
Domingo								

Realizado por Noguera, MJ. (2009)

REGISTRO DEL ESTADO DE ÁNIMO



Realizado por Noguera, MJ. (2008)

ANEXO 5**Índice de Bienestar Psicológico (OMS-5)**

Instrucciones: Por favor indique para cada una de las cinco afirmaciones cual define mejor como se ha sentido usted durante las últimas dos semanas. Observe que cifras mayores significan mayor bienestar.

Ejemplo: Si se ha sentido alegre y de buen humor más de la mitad del tiempo durante las últimas dos semanas, marque una cruz en el recuadro con el número 3 en la esquina superior derecha.

REACTIVO	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Mas de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca
	5	4	3	2	1	0

1.- Me he sentido alegre y de buen humor	5	4	3	2	1	0
2.- Me he sentido tranquilo y relajado	5	4	3	2	1	0
3.- Me he sentido activo y con energía	5	4	3	2	1	0
4.- Me he despertado fresco y descansado	5	4	3	2	1	0
5.- Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan	5	4	3	2	1	0

(Del Castillo, Reyes-Lagunes, *et al.* 2008; protocolo de Alpuche-Ramírez, V.J., 2010)

GLOSARIO DE TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

AUTORREGULACIÓN: El objetivo de estos procedimientos es que el paciente distinga las sensaciones opuestas de un estado de relajación comparado al estado de tensión, a partir de un seguimiento de instrucciones sencillas y poca dificultad para practicarla, esta conduce al paciente a identificar cambios fisiológicos en la temperatura periférica y el tono muscular.

CONTENCIÓN EMOCIONAL: Procedimiento que tiene como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una crisis emocional que puede derivar en conductas perturbadoras para sí mismo y los demás.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA: Técnica de reducción de la ansiedad desarrollada por Salter (1949) y Wolpe (1958). Se basa en el supuesto de que una respuesta de temor puede inhibirse al sustituirla con una actividad que sea funcionalmente incompatible o antagónica de la respuesta de temor. La desensibilización conlleva exponer al paciente a la jerarquía de situaciones adversas que le molestan, en tanto este desempeña una actividad que es incompatible con la ansiedad. Para contracondicionar la respuesta de miedo se utiliza con mayor frecuencia la relajación entrenamiento previo al programa de desensibilización. La exposición gradual a la situación temida puede inducirse por medio de imaginación o en la vida real (in vivo). De manera usual el procedimiento comienza con una situación totalmente no amenazante y cuando ésta se ha dominado y no evoca ya más ansiedad, el entrenamiento progresa hacia situaciones más amenazantes.

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

ENSAYO CONDUCTUAL: Se instruye al paciente en nuevos comportamientos al practicarlos durante la sesión de terapia. Este tipo de ensayo es adecuado para tratar las carencias conductuales y para preparar al paciente a situaciones nuevas. Este incluye cuatro etapas: preparación del paciente, selección de situaciones objetivo, ensayo de comportamiento y transferencia a situaciones diarias.

ENTRENAMIENTO AUTOGÉNICO: Técnica de relajación desarrollada por Schuitz y Luthe (1959, en Martin, 1999) que implica el control de las funciones corporales e imaginativas mediante la autosugestión. Bajo la orientación de un instructor el paciente aprende primero a relajar varios músculos. Los ejercicios comienzan con una respiración profunda, lenta y rítmica, después de la cual los pacientes reciben la instrucción de decirse a sí mismos subverbalmente frases relacionadas con algo pesado y caliente tales como "mi brazo pesa mucho", "mi brazo está caliente", éstas se repiten para todas las áreas musculares importantes. Finalmente, se agrega la producción de fantasías autosugestionadas tales como: hacer aparecer en la imaginación objetos específicos, imaginando detalles de estos, imaginar figuras moviéndose o transformándose.

INTERVENCIÓN EN CRISIS: Es una modalidad terapéutica centrada en la identificación, naturaleza y manejo de la crisis. Su objetivo es devolver al paciente su funcionamiento previo a dicho suceso. El tratamiento de la crisis puede ser dividido en cuatro fases y su duración máxima son 2 sesiones: Entendimiento cognitivo, Reconocimiento del afecto, Establecimiento de nuevas formas de manejo y Terminación.

PSICOEDUCACIÓN: promueve que el problema, en este caso la enfermedad sea afrontada, que la situación sea aceptada, y por ende sea asumida, que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto vital.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: Se dirige a la clarificación y cambio de los patrones de pensamiento del paciente. La meta es ayudar a los pacientes a desarrollar la capacidad para evaluar sucesos negativos o estresantes de una manera más realista. La mayor parte de los procedimientos de reestructuración siguen pasos similares (Beck, 1984; Meichenbaum, 1987). Primero, se le explica al paciente que las cogniciones intervienen en los estados emocionales. En segundo lugar, se enseña al paciente a reconocer la irracionalidad de determinadas creencias. En tercer lugar, se ayuda al paciente a ver cómo estas cogniciones no realistas intervienen en las emociones desadaptativas. El paciente, conciente y deliberadamente, se ocupa de hacer algo de manera diferente cuando se siente alterado. La respuesta emocional se toma como una señal para detener la acción y reevaluar la situación. La intención es, que el paciente genere evaluaciones más realistas y respuestas emocionales y conductuales más adaptativas.

RELAJACIÓN MUSCULAR PROFUNDA: Desarrollada por Jacobson (1929 en Martin, 1999) esta técnica de relajación implica el entrenamiento en el contraste tensión-relajación. Se instruye al paciente para que alterne el tensar y relajar las siguientes partes del cuerpo: pies, pantorrilla, muslos, abdomen, espalda, hombros, pecho, brazos, manos, cuello, mandíbulas, frente, ojos. La relajación total usualmente se realiza sentándose en una silla reclinable e incluyendo todos los grupos musculares en una sesión.

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

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: La terapia basada en la solución de problemas (Zurilla y Nezu, 1999) tiene como objetivo ayudar al paciente a afrontar el estrés y los problemas de la vida cotidiana. Consiste en ayudar al paciente a generar y plantearse alternativas viables de solución a diversos problemas, de estas opciones el paciente decide cuál es la que cuenta con mayores posibilidades de éxito. Finalmente implementa un plan de acción y evalúa las consecuencias. Las cinco áreas más importantes de solución de problemas incluyeron: definir el problema, formularlo, generar alternativas, tomar decisiones, instrumentarlas y verificar si resolvieron el problema. Las metas clínicas de esta intervención mejoran los niveles de autoeficacia, adherencia al tratamiento y los niveles de calidad de vida, así como estilos de afrontamiento de los pacientes.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL: La TREC fue desarrollada por A. Ellis (1962), cuya teoría básica era que la excitación emocional y el comportamiento inadaptado son invertidos por la interpretación de uno mismo respecto a las situaciones. Este autor asevera que existen varias creencias irracionales, expectativas o supuestos con los cuales las personas tienden a enfocar las situaciones. Los ejemplos incluyen que uno debería ser amado y aceptado por casi todo el mundo, que uno debería ser cabalmente competente, adecuado y alcanzar el éxito en todos los aspectos posibles, etc. La TREC puede resumirse con el modelo A-B-C-D-E, donde la persona encara una experiencia activadora (A), con el desencadenamiento de ciertas creencias (B), algunas de estas creencias son irracionales. Las consecuencias (C) son emociones negativas y comportamientos relacionados con ellas. El terapeuta racional emotivo discute las creencias irracionales (D) ayudando al paciente a analizar de manera eficaz la validez o racionalidad de sus autoaseveraciones. La terapia exitosa redundará en la eliminación de los pensamientos irracionales (E) con el subsecuente alivio de los síntomas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª. Ed.) Washington, DC, EE. UU.: Masson.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1984). *Terapia cognitiva de la Depresión*. España: Desclee de Brouwer.
- D´Zurilla, T.J. & Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy*. New York: Springer Publishing Co.
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de egresos hospitalarios por mortalidad en instituciones públicas, 2004-2007. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 01 noviembre 2009].
- Sistema Automático de Egresos Hospitalarios (SAEH). Base de datos de las principales causas de mortalidad del Hospital General de Atizapán "Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler" (todas las especialidades y por especialidad), 2008-2009. Datos internos del archivo. México. [Consulta: 05 diciembre 2009].
- Gutiérrez-Robledo, L. M. (2004). *La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. La situación demográfica de México*. Extraído el 07 de Marzo de 2007 Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm26.pdf>
- James, J.C. y Kolen, R.A. (2005). *The Primary Care Consultant*. Washington: APA
- Martin, G. y Pear, J. (1999) *Modificación de Conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Prentice Hall: Madrid
- Meichenbaum, D., y Jaremko, M. (1987): *Prevención y reducción del estrés*. Barcelona, Desclee de Brouer
- Peralta, G. (2007) Depresión y Diabetes. *Avances en Diabetología*. 23(2): 105-108
- Reynoso, L., y Selligson, I., (2005). *Psicología Clínica y de la Salud, un enfoque conductual*. México: Manual Moderno
- Sánchez-Sosa, J.J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: Lainterfaz, intervención-investigación en Psicología de la Salud. En: G. Rodríguez y M. Rojas (Dirs.). *La Psicología de la salud en América Latina*. México: M. A. Porrúa. Pp. 33-44.
- Hospital General de Atizapán Herrejón-Chrysler: evaluación al programa de diálisis peritoneal intermitente. (MAN/MI/063). México.
- Calderón Márquez, M.A. Programa de Mejora. Unidad de Diálisis Peritoneal (Noviembre 2000). MAN/MI/045. México
- García-Méndez, M., Rojas-Rusell, M.E. y Vargas-Núñez, B.I. (2001). Psicología Clínica y Salud: perspectivas teóricas. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM. México.D.F. pag.278-303.

Anexo V

HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN

MEDICINA CONDUCTUAL

“YO CONTROLÓ MI DIABETES”

Manual del Paciente

Nombre: _____

Carnet

Sesión	Fecha	Hora	Asistencia
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Psic. María José Noguera Orozco

PRESENTACIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que requiere que el paciente se apegue a su tratamiento, lo cual en ocasiones, puede ser demandante y muy exigente. Por lo que muchas veces, el paciente suele abandonar el tratamiento o no cumplir con todos los aspectos del mismo. Provocando principalmente complicaciones agudas y crónicas, sumadas a sentimientos de incomprensión, culpa, ansiedad y depresión.

Con lo anterior en mente, este manual está diseñado especialmente para los pacientes diabéticos, teniendo como objetivo principal brindarle un apoyo en su tratamiento.

El manual se encuentra organizado de tal manera, que al mismo tiempo que el paciente reciba información clara y sencilla sobre su padecimiento, también aprenda nuevas habilidades que le servirán como apoyo en casos de estrés y en la solución de problemas cotidianos relacionados con la diabetes.

La información abarca características principales de la diabetes, como la descripción de la enfermedad, el origen, los síntomas, los procedimientos necesarios para el diagnóstico médico, el tratamiento y recomendaciones generales para mejorar la calidad de vida del paciente.

Se incluyen autoregistros que serán una herramienta vital para el paciente que decida llevar un adecuado control de su diabetes.

**Recuerde que el control de su diabetes está en sus manos.
No deje que la diabetes controle su vida.**



CONTENIDO

- ⊙ **¿Qué es la diabetes mellitus?**
- ⊙ **¿Cómo se diagnóstica la diabetes?**
- ⊙ **Síntomas y Complicaciones de la diabetes**
- ⊙ **¿Quiénes tienen mayor riesgo de presentar diabetes?**
- ⊙ **Aceptando la diabetes**
- ⊙ **Automonitoreo de glucosa**
- ⊙ **Tratamiento farmacológico**
- ⊙ **Alimentación saludable**
- ⊙ **Actividad física**
- ⊙ **Manejo del estrés**
- ⊙ **Mis metas control**
- ⊙ **Directorio de emergencia**
- ⊙ **Hojas de trabajo**
 - a. **Autoregistros**
 - b. **Solución de problemas**

¡¡RECUERDE!!

PARA UN ADECUADO CONTROL DE SU DIABETES ES REQUISITO INDISPENSABLE CONTAR CON LOS RESULTADOS DE SUS ANÁLISIS.

DEBE DE TRAER EL DIA QUE SE LE PIDA:

- ⊙ **BIOMETRÍA HEMÁTICA CON HbA1C**
- ⊙ **QUÍMICA SANGUÍNEA DE 6 ELEMENTOS**
- ⊙ **COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS**



HAGA SUS AUTOREGISTROS DIARIAMENTE

Para facilitar esa tarea, dedique 5 minutos del día y procure que siempre sea a la misma hora para que se vuelva un hábito.

Por ejemplo: antes de irse a dormir o antes de meterse a bañar.

¿QUÉ ES LA DIABETES MELLITUS?

Es una enfermedad crónico-degenerativa que se caracteriza por un aumento de azúcar en la sangre proveniente de modificaciones en el mecanismo de acción o en la secreción de insulina.

Así mismo es una enfermedad multiorgánica ya que puede lesionar los ojos, los riñones, el corazón y las extremidades y puede producir alteraciones en el embarazo.

El tratamiento oportuno y adecuado de la diabetes permite disminuir muy significativamente el tipo y número de complicaciones.

Tipos de Diabetes Mellitus

- **Diabetes Mellitus tipo I**

También se conoce como diabetes juvenil o insulino dependiente, es de origen autoinmune y se presenta principalmente en las dos primeras décadas de la vida (cero a 20 años), se acompaña de delgadez y se controla con insulina, dieta y ejercicios.



- **Diabetes Mellitus tipo II**

Aparece por lo general después de los 45 años de edad, es de origen hereditario y puede ir acompañada o no de síntomas, presenta niveles de azúcar en la sangre menores que en la diabetes mellitus tipo I y generalmente se controla con hipoglucemiantes orales (pastillas, dieta y ejercicio).

- **Diabetes Mellitus gestacional o del embarazo**

Se presenta durante el embarazo, generalmente entre la semana 24 a la 28 de gestación y debe ser controlada para evitar futuras complicaciones, tanto en el bebé como en la madre.

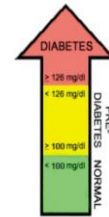
Algunos niños diagnosticados con diabetes podrían tener tanto elementos de la diabetes tipo 1 como de la tipo 2. Este fenómeno suele describirse como diabetes "híbrida", "mixta" o "doble". Está vinculada al aumento de casos de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes.

LA DIABETES PUEDE PREVENIRSE

¿CÓMO SE DIAGNÓSTICA LA DIABETES?

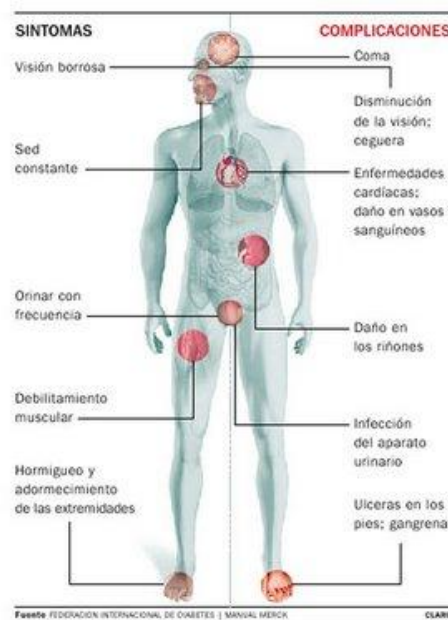
Mediante un examen de sanguíneo de glucosa: **valores superiores a 126 mg/ml en ayuno** en dos ocasiones o de **200 mg/ml en cualquier momento del día**, aseguran el diagnóstico.

Valores entre 110 mg/ml y 126 mg/ml en ayuno y entre 140 mg/ml y 200 mg/ml dos horas después de haber iniciado la comida, se diagnostican como intolerancia a la glucosa o prediabetes, y deben ser cuidadosamente vigilados y tratados con alimentación adecuada y ejercicio.



Síntomas y Complicaciones de la Diabetes

En las dos formas de diabetes, los constantes cambios en los niveles de azúcar en la sangre durante muchos años son los responsables de los siguientes daños:



¿Usted recuerda haber sentido alguno de estos síntomas? ¿Cuáles fueron?

¿Cuál cree que sea la mejor manera de prevenir las complicaciones de la diabetes?

Cetoacidosis diabética

La cetoacidosis diabética (CAD) es una consecuencia potencialmente letal de una diabetes tipo 1 no tratada o mal controlada. Se produce porque el organismo cuenta con poca o ninguna insulina que ayude a los órganos y tejidos a absorber la glucosa para producir energía. Como resultado, el organismo descompone su propio recurso alternativo: las grasas. La descomposición de las grasas genera unos productos de desecho denominados cetonas, que alteran el equilibrio químico del organismo. Al acumularse las cetonas en la sangre, provocan aceleración de la respiración, aumento del ritmo cardiaco, aliento afrutado, dolor abdominal, vómitos y cansancio.

Hiperglucemia

Se refiere a las cifras elevadas de azúcar en la sangre: mayor a 140 mg/dl. Sus principales causas son: el comer demasiado, no hacer ejercicio, no tomarse los medicamentos, infecciones y el estrés.

¿Qué hacer si se tiene hiperglucemia?

- ⊗ Tomar muchos líquidos para evitar la deshidratación.
- ⊗ Seguir la toma de medicamentos al pie de la letra.
- ⊗ Comer normalmente pero evitar los alimentos ricos en azúcares o almidones que puedan elevar más la glucosa de la sangre.
- ⊗ Evitar hacer ejercicio si está muy alta ya que puede elevarse más.
- ⊗ Medir la glucosa frecuentemente, de cada dos a cuatro horas.

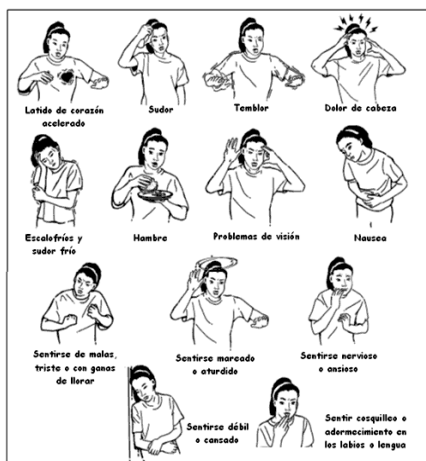


Acudir al médico de inmediato,

si la glucosa está por arriba de los 300 mg/dl.

Hipoglucemia

Son niveles muy bajos de glucosa en la sangre: menores a 70 mg/dl. Los síntomas son:



Las causas son tomar demasiados medicamentos, omitir alguna comida, hacer más ejercicio de lo habitual, tomar bebidas alcohólicas en exceso.

¿Qué hacer en caso de una hipoglucemia?

- ⊗ Ingerir de inmediato algún alimento rico en azúcar como, refresco, jugo natural, galletas, o 1 cucharadita de miel.

Si los síntomas no han desaparecido en 15 minutos, acuda a su médico



¿QUIÉNES TIENEN MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES?

Factores de Riesgo para Diabetes Mellitus Tipo 2

Marcar con una o con cuáles de los siguientes factores cuenta.

NO MODIFICABLES	
Población latina, amerindia, afroamericana	
Antecedentes familiares de primer grado	
Antecedentes de haber tenido un hijo con un peso al nacer mayor o igual a 4 kg.	
Edad mayor de 30 años	

MODIFICABLES	
Sobrepeso y obesidad	
Microalbúmina (proteína en orina)	
Hiperuricemia (ácido úrico elevado)	
Sedentarismo (no realizar ejercicio)	
Dislipidemia (colesterol y triglicéridos altos)	
Tabaquismo y alcoholismo	
Hipertensión arterial	
Acantosis Nigricans (resistencia a la insulina)	
Perímetro de cintura mayor a: mujeres a 80 cm y hombres mayor a 90 cm	
Malos hábitos de alimentación	
Obesidad central	

¿Necesita modificar algún factor? Sí No

¿Cuáles de estos factores cree que puede modificar?



¿Conoce su **Índice de Masa Corporal (IMC)**? Es una fórmula muy sencilla que nos ayuda a saber si tenemos sobrepeso u obesidad.

$$IMC = \frac{\text{peso}(kg)}{\text{estatura}^2(m^2)}$$

Primero necesita conocer su peso: _____ y estatura: _____. Ahora multiplique la estatura por sí misma: _____ y divida el peso entre el resultado.

IMC:

Ahora ubique su IMC en la siguiente tabla.

Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC, independientes de la edad y el sexo.	
Clasificación	IMC (kg/m²)
Valores principales	
Infrapeso	Menos de 18,50
Delgadez severa	Menos de 16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99
Sobrepeso	Mayor a 25,00
Preobeso	25,00 - 29,99
Obeso	Mayor a 30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00

La pérdida de peso ayuda a las personas con diabetes de dos maneras esenciales:

1. Disminuye la resistencia a la insulina. Lo cual hace posible que la insulina natural (en las personas con diabetes tipo 2) disminuya los niveles de glucosa en la sangre de un modo más eficaz. Si usted toma medicamentos para la diabetes, la pérdida de peso disminuye los niveles de glucosa en la sangre y eso permite bajar la dosis o directamente dejar de tomar los medicamentos.
2. Mejora los niveles de presión arterial y de grasas en la sangre.

TAREA: Aplique el cuestionario de factores de riesgo a un familiar u amigo y calcule su IMC. De acuerdo a su resultado, hágale recomendaciones.

ACEPTANDO LA DIABETES

No es fácil aceptar una enfermedad y realizar de manera inmediata los cambios en el estilo de vida que ésta demanda. Generalmente se pasa por un proceso de negación y rechazo, experimentamos sentimientos de culpa, pasan por la mente ideas y fantasías asociadas con complicaciones y con la muerte, hasta que finalmente logramos aceptarnos a nosotros mismos.

Para afrontar y aceptar la diabetes de manera eficiente es necesario:

- Hacer un ejercicio de autoconocimiento.
- Reflexionar sobre nuestras fortalezas y debilidades.
- Reconocer cómo el autoabandono ocasiona culpas posteriores.
- Analizar la manera en que nos relacionamos con las personas que conviven con nosotros.
- Identificar las situaciones que nos ocasionan crisis y estrés.
- Practicar formas efectivas de expresar lo que pensamos y sentimos, lo que tememos y necesitamos.
- Buscar el bienestar personal.

¿Cómo se siente al día de hoy al tener diabetes?

¿Está en sus manos dejar de sentirse así?

¿De qué manera lo resolvería?

¿Qué es lo que le preocupa más de tener diabetes?

¿Necesita ayuda para resolver esta situación?



El pensar positivo y tener confianza en que usted mismo, con la ayuda de sus familiares y amigos y un equipo de salud que lo respalda, puede vencer los obstáculos que se le presenten en el control de la diabetes.

AUTOMONITOREO DE GLUCOSA

El manejo de la diabetes es diferente en cada persona y es posible que cambie en el curso de la enfermedad. El automonitoreo de la glucosa en sangre ayuda a que los cambios en el tratamiento se hagan con fundamento y no "a ciegas". El automonitoreo a largo plazo ayuda a controlar mejor la diabetes y a prevenir o retardar la aparición o la progresión de las complicaciones.

El automonitoreo y el autocontrol son considerados en la actualidad piezas clave para un correcto manejo de la diabetes.

Para analizar usted mismo su nivel de azúcar en sangre, necesita un medidor de glucosa en sangre, una tira reactiva y un dispositivo de punción.



A continuación, siga los siguientes pasos:

- ⊗ Lávese las manos y séquelas.
- ⊗ Utilizar agua templada mejorará la circulación de la sangre.
- ⊗ Realice una punción en su dedo para obtener una gota de sangre.
- ⊗ Aplique la gota de sangre en la tira reactiva siguiendo las indicaciones del equipo medidor.
- ⊗ Espere unos segundos para visualizar los resultados.
- ⊗ Tire el puncionador y la tira reactiva según las instrucciones de su producto.
- ⊗ Anote sus resultados en su registro diario.

Glucosa en ayuno	90 a 120 mg/dl
Glucosa posprandial (2 hrs. después de comer)	Menor o igual a 170 mg/dl
Glucosa antes de dormir	De 110 a 150 mg/dl

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Tres tipos de medicamentos para la diabetes pueden ayudarlo a obtener los niveles deseados de glucosa en la sangre: pastillas, insulina y otros medicamentos inyectables.

Si toma pastillas para la diabetes

Si su cuerpo produce insulina, pero ésta no baja su nivel de glucosa en la sangre, es posible que necesite pastillas para la diabetes. Algunas se toman una vez al día, y otras más a menudo. Coméntele al médico si las pastillas lo hacen sentir mal, o si le causan otros problemas.

A veces las personas que toman pastillas para la diabetes necesitan insulina por un tiempo. Si usted se enferma o tiene que someterse a una cirugía, puede que las pastillas no sean eficaces para bajarle el nivel de glucosa en la sangre.

Si baja de peso es posible que pueda dejar de tomar pastillas para la diabetes. Consulte siempre al médico antes de dejar de tomarlas. Bajar 10 ó 15 libras a veces puede ayudarlo a lograr su nivel deseado de glucosa en la sangre.

Si usa insulina

Usted necesita insulina si su cuerpo ha dejado de producirla o si no produce lo suficiente. Necesitan insulina todas las personas que tienen diabetes tipo 1 y muchas de las que tienen diabetes tipo 2. También necesitan administrarse insulina algunas mujeres que tienen diabetes gestacional.



El médico puede hacerle saber cuál es la mejor manera de administrarse la insulina. Pregunte y no se quede con dudas.

Si usa otros medicamentos inyectables

Algunas personas con diabetes usan otros medicamentos inyectables para alcanzar sus niveles deseados de glucosa. Estos medicamentos no sustituyen la insulina.

Si no usa pastillas, insulina u otros medicamentos inyectables

Muchas personas con diabetes tipo 2 no necesitan insulina ni pastillas. Pueden controlar la diabetes con un plan de comidas y haciendo ejercicio con regularidad.

Algunas medicinas para la diabetes se deben tomar según un horario determinado. Para tener claro los medicamentos que debe tomar, llene el siguiente registro. Lo puede recortar y pegar en algún lugar donde sea visible para usted y le sirva de recordatorio. Como por ejemplo, en el refrigerador.

Medicamento	Dosis	Hora

Quando su nivel de glucosa sanguínea está cerca de lo normal, es más probable que usted se sienta mejor y que:

- Ⓒ Tenga más energía.
- Ⓒ Se sienta menos cansado, con menos sed y que orine con menos frecuencia.
- Ⓒ Cicatrice mejor y tenga menos infecciones en la piel o la vejiga.
- Ⓒ Evite complicaciones con su vista, pies y encías

Haga una breve pausa para contestar estas preguntas:

Del automonitoreo de la glucosa, ¿existe alguna cosa que le moleste o le impida llevarla acabo correctamente?

¿Cómo podría solucionarlo?

De la toma de medicamentos, ¿cree que tenga algún problema para no olvidar tomárselos o aplicarse la insulina?

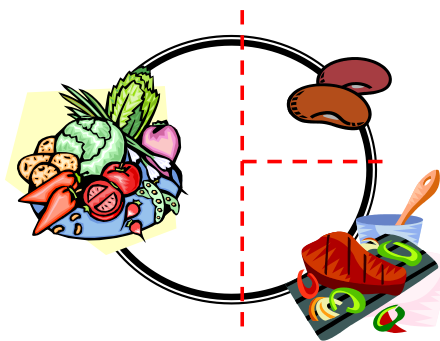
¿Cómo podría solucionarlo?



ALIMENTACIÓN SALUDABLE

El siguiente paso es crear un plan de alimentación:

- ☑ **Coma alimentos saludables** como frutas y vegetales, pescado, carnes con poca grasa, pollo o pavo sin el pellejo, lentejas o frijoles no enlatados, granos integrales, y leche y quesos bajos en grasa o sin grasa (semi descremados o descremados).
- ☑ **Mantenga las porciones de pescado, pollo y otras aves de corral, y los cortes de carne con poca grasa.** La porción correcta equivale al tamaño de la palma de su mano. Prepare estos alimentos al horno, a la brasa o a la parrilla.
- ☑ **Coma alimentos que tengan menos grasa y sal.**
- ☑ **Coma alimentos con más fibra** como los cereales, panes, galletas, arroz o pasta de granos enteros o integrales.
- ☑ **Puede sustituir el azúcar de mesa por azúcar de dieta.**
- ☑ **Deje de fumar y de ingerir bebidas alcohólicas.**
- ☑ **Valore su plato:** consiste en dibujar una línea imaginaria que atraviese el centro del plato, después trace otra línea imaginaria en una de las dos mitades para dividir esa sección en dos. Un cuarto del plato debe contener leguminosas o cereales, un cuarto del plato debe contener proteínas y la mitad restante debe contener vegetales. Puede redondear su comida añadiendo una pieza de pan pequeño o una pieza de fruta.



- ☑ **Tome dos litros de agua al día** (8 vasos).
- ☑ **Limite el consumo de alimentos que contengan carbohidratos simples** como azúcar, refrescos, golosinas, chocolates, mermelada, pasteles, etc.

- Si planea acudir a una fiesta procure cuidar su alimentación en los días previos y posteriores.
- No pase más de 6 horas sin ingerir alimento.
- Lleve su registro.
- Es recomendable comer a la misma hora, realizar 6 comidas al día y no saltarse ninguna comida.



Escriba en los relojes las horas de sus comidas y meriendas.



Notas

Para llevar un plan de alimentación saludable es importante comenzar poco a poco, hasta que se vuelvan hábitos que lo lleven a tener una mejor calidad de vida:

¿Qué cree que sea lo que más le cueste trabajo?

¿Qué será lo que más se le facilite?

¿Alguien lo puede ayudar a realizar estos cambios?

ACTIVIDAD FÍSICA

Todas las personas necesitamos realizar actividad física constante para ayudar a nuestro organismo a funcionar mejor y mantener nuestro cuerpo en óptimas condiciones.

En el caso de pacientes con diabetes es importante tener un plan de actividad física constante pero siempre avalada por su médico y desarrollada especialmente para ti.

Duración:

Se recomienda que en un principio se realice la actividad física en sesiones de 15 a 30 minutos. Lo recomendable es realizar una hora y volver la actividad aeróbica, en la que su frecuencia cardíaca y su respiración se acelere.

Frecuencia:

Se recomienda realizar actividad física al menos cuatro días a la semana, sin dejarlo de hacer más de dos días seguidos. Es ideal realizarlo diariamente.

La actividad física pretende mejorar la condición física y lograr con el apoyo del automonitoreo mejorar los niveles de glucosa y lograr control.

El efecto del ejercicio es pasajero, esto significa que el ejercicio y la actividad física deben practicarse de manera regular y constante para lograr un efecto sostenido.

Beneficios de la actividad física

- ⊗ Aumenta la sensibilidad a la insulina, (reduce la resistencia a la insulina). Por lo tanto, beneficia no solo a personas con diabetes tipo 2, sino a todas las que cursan con resistencia a la insulina.
- ⊗ Reduce el peso; al reducir la grasa visceral y corporal.
- ⊗ Mejora el control de la glucosa sanguínea en personas con diabetes tipo 2, incluyendo a los que cursan con intolerancia a la glucosa.
- ⊗ Reduce la concentración de Hemoglobina Glucosilada HbA1C.
- ⊗ Mejora la función cardiovascular.
- ⊗ Reduce colesterol y triglicéridos
- ⊗ Disminuye la hipertensión arterial
- ⊗ Mejora la composición corporal (aumento del tejido muscular y reducción de la grasa).
- ⊗ Mejora el estado emocional (reduce depresión, ansiedad y aumenta la autoestima).



Puede hacer lo siguiente para aumentar su actividad física:

- Camine mientras habla por teléfono.
- Juegue con los niños.
- Saque a pasear al perro.
- Levántese para cambiar el canal de televisión en vez de usar el control remoto.
- Trabaje en el jardín o rastrille las hojas.
- Limpie la casa.
- Lave el coche.
- Aumente el tiempo y el esfuerzo para hacer las tareas domésticas. Por ejemplo, hacer dos viajes por las escaleras para ir a la lavandería en vez de hacer un solo viaje.
- Estacione el coche en el lugar más alejado del estacionamiento del centro comercial y camine a la tienda.
- Camine por todos los pasillos de la tienda de comestibles.
- En el trabajo, vaya caminando a ver a un compañero de trabajo en vez de llamarlo por teléfono o enviarle un correo electrónico.
- Use las escaleras en vez del elevador.
- Estírese o camine durante los descansos en vez de tomar café y comer algo.
- Camine a la oficina de correos o a otros lugares durante la hora del almuerzo.

Anote otras cosas que puede hacer para incluir más actividades físicas en su rutina diaria:

¿Con qué actividad le gustaría comenzar?

¿Cuál sería su duración y frecuencia?



No descuide sus pies, revise el estado de sus pies antes y después de su actividad física y evite heridas usando un zapato cómodo.

MANEJO DEL ESTRÉS

El tener diabetes es una situación estresante por sí misma ya que implica cambios en las conductas diarias y cambios a nivel emocional, como vimos anteriormente. El estrés se define como una relación de amenaza entre el individuo y el entorno, la cual desborda sus propios recursos y que pone en peligro su propio bienestar.

¿Por qué es importante manejar el estrés cuando se tiene diabetes?

Por que cuando se pasa por períodos difíciles en el trabajo o en la situación familiar, así como otras preocupaciones diarias, la glucosa tiende a descontrolarse trayendo consigo síntomas graves para el paciente.



Lo importante es que el estrés se puede manejar a través de sencillas técnicas como la relajación. Puede hacer un ejercicio de relajación diariamente o ante situaciones que le provoquen malestar.

Ejercicio de respiración diafragmática:

1. Ubíquese en un lugar donde se encuentre tranquilo, donde no tenga distracciones, si gusta puede poner música que lo ayude a concentrarse.
2. Puede practicarlo en distintas posiciones, para empezar lo más recomendable es hacerlo acostado en el suelo o en la cama.
3. Coloque una mano sobre el abdomen justo donde las costillas comienzan a separarse y la otra sobre su pecho.
4. Tome aire, lenta y profundamente por la nariz procurando que la mano que está en su estómago sea la que se levante y la que está sobre el pecho no se mueva.
5. Suede comenzar con 10 respiraciones profundas e ir las aumentando hasta que se sienta completamente relajado.
6. Se recomienda incluir en el ejercicio alguna situación imaginada. Por ejemplo, con cada inspiración que entra a sus pulmones, imagínese una carga de energía positiva y de salud que queda almacenada en su cuerpo. O cuando haya dominado la técnica se puede imaginar estar en su lugar preferido.

El hacer ejercicios de relajación continuamente lo ayudarán a bajar sus niveles de ansiedad, tener la mente más despejada, cargarse de energía y dormir mejor.

Recuerde:

- Disfrutar de su vida social y de estar acompañado de sus seres queridos y amigos, puede traerle momentos agradables.
- El apoyo de un psicólogo especialista en salud, puede ser de gran ayuda.

MIS METAS CONTROL

Complete estos cuadros a lo largo del taller y conforme lo que usted vaya aprendiendo de sí mismo.



Hemoglobina glucosilada: por lo menos dos veces al año						
Resultado ideal: menos de 7				Mi nivel adecuado:		
Fecha:						
Resultado:						

Presión arterial: en cada visita al médico						
Resultado ideal: menos de 130/80				Mi nivel adecuado:		
Fecha:						
Resultado:						

Colesterol total: dos veces al año						
Resultado ideal: menos de				Mi nivel adecuado:		
Fecha:						
Resultado:						

Triglicéridos: dos veces al año						
Resultado ideal: menos de 150				Mi nivel adecuado:		
Fecha:						
Resultado:						

Peso: en cada visita al médico						
IMC ideal menos de 25				Mi peso adecuado:		
Fecha:						
Resultado:						

OTROS CUIDADOS NECESARIOS

Realizarlos mínimo una vez al año

Chequeo dental						
Fecha:						
Resultado:						
Examen completo de los ojos						
Fecha:						
Resultado:						
Examen completo de los pies						
Fecha:						
Resultado:						
Chequeo de los riñones						
Fecha:						
Resultado:						

¡Recuerde estar al día con sus vacunas!

DIRECTORIO DE EMERGENCIA



Nombre:
Teléfono:
Dirección:

Nombre:
Teléfono:
Dirección:

Nombre:
Teléfono:
Dirección:

Nombre:
Teléfono:
Dirección:

Nombre:
Teléfono:
Dirección:

Nombre:
Teléfono:
Dirección:

Nombre:
Teléfono:
Dirección:

Hojas de trabajo:

Autoregistros

Semana del: ___ / ___ / ___ al: ___ / ___ / ___

	Nivel al ayuno	Nivel después comida	Nivel al acostarse	¿Me tomé mis medicinas?	¿Hice ejercicio?	¿Tuve una alimentación saludable?	¿Me sentí estresado? ¿Relajación?	Notas: (eventos especiales, malestar físico, etc.)
Lunes								
Martes								
Miércoles								
Jueves								
Viernes								
Sábado								
Domingo								

Semana del: ___ / ___ / ___ al: ___ / ___ / ___

	Nivel al ayuno	Nivel después comida	Nivel al acostarse	¿Me tomé mis medicinas?	¿Hice ejercicio?	¿Tuve una alimentación saludable?	¿Me sentí estresado? ¿Relajación?	Notas: (eventos especiales, malestar físico, etc.)
Lunes								
Martes								
Miércoles								
Jueves								
Viernes								
Sábado								
Domingo								

Semana del: ___ / ___ / ___ al: ___ / ___ / ___

	Nivel al ayuno	Nivel después comida	Nivel al acostarse	¿Me tomé mis medicinas?	¿Hice ejercicio?	¿Tuve una alimentación saludable?	¿Me sentí estresado? ¿Relajación?	Notas: (eventos especiales, malestar físico, etc.)
Lunes								
Martes								
Miércoles								
Jueves								
Viernes								
Sábado								
Domingo								

☑ Solución de problemas

Cuando no se le encuentra solución a algún problema las personas empiezan a tener malestares. El siguiente ejercicio lo puede hacer cuantas veces le sea necesario y consiste en ayudarlo a identificar problemas y resolver problemas cotidianos que están causándole respuestas no apropiadas, de manera que es necesario aprender a definir los problemas no en términos de situaciones imposibles, sino de soluciones no apropiadas.

Al hablar de soluciones es conveniente tener presente que no existe una solución única, perfecta e ideal para cada situación o desafío que se nos presente en nuestra vida; al hacerle frente siempre podemos poner en práctica diferentes estrategias tomando en cuenta que cada una de ellas tienen sus ventajas e inconvenientes. La clave está en saber valorar todas las alternativas para elegir la que suponga mayor ganancia.

Anote entonces:

¿Cuál es el problema?
¿Por qué es un problema?

Ante este problema, necesitamos encontrar soluciones. ¿Cómo hacerlo?
Haga una lista de las posibles soluciones. Para hacer la lista, que no le de pena anotar **CUALQUIER SOLUCIÓN**. Lo que interesa en este momento es **TENER MUCHAS POSIBLES SOLUCIONES**.

Anote las posibles soluciones en el siguiente cuadro:

Las posibles soluciones son:
1
2
3
4
5

De la lista que acaba de realizar, el siguiente paso es que Ud. tiene que pensar en las ventajas y desventajas de cada solución, es decir, en los pros y los contras si escogiera alguna de las posibles soluciones. En el siguiente cuadro, anote los pros y los contras que Ud. haya encontrado.

	Pros	Contras
1		
2		
3		
4		
5		

En este momento Ud. se encuentra en la posibilidad de escoger una de las soluciones al problema. **¿Cuál va a escoger?**

Para elegir la solución, Ud. puede valorar los pros y los contras de cada una de sus posibles soluciones. Y recuerde: **NO HAY SOLUCIÓN PERFECTA**, pero Ud. debe valorar las posibilidades de cada una de sus alternativas, imaginando:

¿Qué pasaría si escogiera la solución 1? Y así sucesivamente.

Al revisar todas sus alternativas, Ud. está en posibilidades de elegir la solución.

Para elegir, ordene las alternativas, numerándolas; es decir, Ud. puede decidir que una alternativa es mejor que otra y puede ordenarlas de acuerdo a esto.

Voy a hacer _____ **para resolver mi problema de** _____.

Recuerde que la solución que elija es **LA MEJOR PARA USTED**, después de haber valorado cuidadosamente cada una de las posibles alternativas que tenía.

Ya que escogió, tendremos que probar:

¿Funcionó?
¿Las cosas salieron como lo pensó?
Y si no funcionó: ¿qué pasó?

Recuerde también que pudimos equivocarnos al escoger la solución, pero que tenemos más alternativas que habíamos escrito y podemos utilizar otra.

El contenido de este manual se basa en las siguientes fuentes:

Clínica Integral Educativa para el Paciente con Diabetes. (2007) Disponible en: <http://www.prodiabet.com>

Davis, M. y McKay, M. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Ediciones Martínez Roca, Barcelona.

Federación Internacional de Diabetes (2006). *Diabetes Atlas Third Edition*. Disponible en: <http://www.idf.org>

Federación Mexicana de Diabetes (2006) Disponible en: <http://www.fmdiabetes.org>

Holmes, H., Robinson, J., y Tscheschlog, B. (2007) *Diabetes mellitus*. Guía para el manejo del paciente. Versión en español. Lippincott, México.

National Diabetes Information Clearinghouse (2008). Información de Diabetes en Español. Disponible en: http://diabetes.niddk.nih.gov/index_sp.htm

Organización Mundial de la Salud (2000). Comité de Expertos de la OMS sobre la obesidad: *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO technical report series, 894*. Ginebra, Suiza.

Programa Nacional de Salud 2007-2012. Disponible en: http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud*. Un enfoque conductual. Manual Moderno, México.