

142



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología

Adherencia terapéutica y bienestar del paciente
diabético: Medición y mejoramiento

TESIS

Que para obtener el grado de

Licenciado en Psicología
PRESENTA

Xóchitl Marlette Lobato Valverde

Director de Tesis: Dr. Juan José Sánchez Sosa
Revisor: Mtra. Luz Ma. Rocha

México, D. F.

Junio del 2002

El estudio objeto de la presente tesis fue posible principalmente gracias al subsidio 34579H del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México y a apoyos adicionales del Programa de Adherencia Terapéutica de la Dirección de Enfermedades no Transmisibles de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, bajo la dirección del Dr. Eduardo Sabaté cuyo apoyo se agradece muy especialmente.



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.

PAGINACIÓN

DISCONTINUA

La protección más importante contra la enfermedad era, según la tradición médica hipocrática, la moderación y una vida sana. Lo natural en una persona es estar sana. Cuando surge una enfermedad, es por que la naturaleza ha "descarrilado" a causa de un desequilibrio físico o psíquico. La receta para estar sano era la moderación. La armonía y "una mente sana en cuerpo sano".

Jostein Gaarder, 1995.

A María de la Luz Valverde

A Luis Lobato

A Elsa y Juan †

A Luis P.

A Elsa y Mauricio

A Karla, Cristina, Xiutesca y Gael.

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este trabajo no habría sido posible sin la preparación y apoyo provistos por la Universidad Nacional Autónoma de México, por la Jefatura del Servicio de Salud Mental del Hospital General de México O.D. conducido por el Dr. Juan José Bustamante y a su Coordinación de Psicología del Hospital dirigida por la Dra. Amalia Maza Aguirre Sandoval y por la Unidad de Medicina Familiar 67 del IMSS bajo la dirección del Dr. Fernando Alcázar Lares. Agradezco especialmente a los pacientes que depositaron su confianza y constancia en este trabajo.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa por haberme enseñado que los principios psicológicos tienen aplicación y sentido en la vida de todos los días, por su tiempo, paciencia, libertad y confianza; por ser parte y base de mi formación como psicóloga y próximamente como médica, con todo respeto, cariño, y admiración, muchas gracias.

A los miembros de mi jurado.

A la Dra. Laura Hernández por ser la precursora de mi contacto con la psicología científica.

A la Dra. Susan Pick de Weiss por el apoyo, tiempo, consejos y porras. Gracias.

A mis compañeros: Angélica, con cariño y respeto profesional esperando que algún día, tal vez no muy lejano formemos una red de salud; Jackeline, por tu apoyo y enseñanzas; Ricardo, Arturo, Janeth e Itzel por todo lo que aprendí con ustedes y de ustedes.

A Olga por tu amistad, cariño, comprensión, tolerancia y ejemplo, esperando que aunque estés en Berlín o cualquier otra parte del mundo mantengamos nuestra amistad; a tu mamá la Sra. Olga Sierra por todas las atenciones, desayunos, comidas y molestias que ocasioné.

A mi padre, Luis Lobato por todo tu amor, apoyo, confianza, libertad pero sobre todo por sembrar en mí la semilla de que el aspecto psicológico juega un papel fundamental en la salud de las personas, por tu ejemplo en este camino de amor al conocimiento y a la medicina.

A mi madre, María de la Luz Valverde por todo tu amor, confianza y sacrificios. Por ser el ejemplo de una mujer triunfadora tanto como persona, madre y profesionista.

A mi abuela por tu ejemplo, amor y tus cuidados durante 13 años.

A Elsa por ser el ejemplo que tuve desde niña pero sobretodo por ser mi hermana.

A Luis P. por tu amor, ejemplo, críticas y paciencia pero sobre todo por compartir parte de tu vida con la mía.

A Gael por ser la luz que ilumina nuestro hogar todos los días.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1	
Salud y Comportamiento	
Padecimientos crónicos	6
Deterioro de la calidad de vida	7
El papel de la conducta	7
Bienestar	9
Capítulo 2	
Diabetes Mellitus	11
Clasificación y prevalencia	12
Etiología	12
Diagnóstico	13
Tratamiento	14
Dieta	14
Ejercicio Físico	15
Tratamiento farmacológico	15
Tendencia de la DM en México	16
Capítulo 3	
Adherencia terapéutica	18
Factores relacionados con el paciente	20
Factores relacionados con el equipo de salud	21
Factores relacionados con la enfermedad	21
Medición de la adherencia terapéutica	22
Otras variables psicológicas	23
Capítulo 4	

Estudio 1: Establecimiento de Propiedades Psicométricas del "Carnet de Adherencia Terapéutica"	26
Método	
Participantes	26
Instrumento	26
Procedimiento	28
Resultados	28
Discusión	28
Estudio 2: Efectos de la intervención sobre adherencia y bienestar medida a través del sistema de auto registro "Carnet de adherencia terapéutica"	29
Método	29
Sujetos	
Medición e instrumentos	30
Diseño	33
Intervención	34
Procedimiento	35
Resultados	37
Resultados por área	39
Resultados generales	43
Correlato fisiológico	44
Pacientes modales	45
Discusión	50
Referencias bibliográficas	56
Anexos	68

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) continues to grow as a serious public health problem in Latin American countries in general and Mexico in particular. This chronic condition has reached the highest places as cause of disability and death for just about all combinations of socio-demographic variables within any given population. Since controlling this condition and preventing complications and death depends greatly on the behavior of the patients, the study contained in the present thesis had three main purposes: a) developing and testing a self-recording system for patient therapeutic adherence behaviors and perceived well-being, b) to examine the effects of a cognitive-behavioral intervention on patient therapeutic adherence and well-being, through a randomized clinical trial involving individual replications of clinical effects, and c) to explore the association between behavioral and well-being changes with those in blood glucose levels. Experimentally naïve and independent judges first validated the contents of a self-recording booklet designed to require little formal education by patients. Then, from a total of 14 patients with confirmed DM-II diagnosis, seven were randomly assigned to an immediate treatment condition and seven to a two-week waiting list, through a Multiple Baseline scheme. Treatment intervention was individual and all patients ended up being treated. Results revealed clinically significant gain scores in most behavioral and well-being dimensions for most patients, as well as very high inter-judge validity levels of the self-recording procedure.

RESUMEN

La diabetes mellitus (DM) continúa agravándose como problema de salud pública en los países de América Latina en general y en México en particular, llegando a figurar en los más altos sitios como causa de incapacidad o muerte para prácticamente todas las combinaciones de variables socio-demográficas de la población. En virtud de que una parte importante del control de la enfermedad y la evitación de complicaciones, incluyendo las graves y la muerte, dependen en gran medida del comportamiento del paciente; el estudio contenido en la presente tesis adoptó tres propósitos fundamentales: a) construir y someter a prueba un sistema de autoregistro sobre conductas de adherencia terapéutica y bienestar percibido, b) examinar los efectos de una intervención de corte cognoscitivo-conductual sobre la adherencia terapéutica y el bienestar de los pacientes mediante un estudio de réplicas individuales de efectos clínicos, c) explorar la asociación entre los cambios conductuales y de bienestar percibido, con variaciones de niveles de glucosa en sangre. Se diseñó y sometió a validación por expertos un sistema de autoregistro conductual consistente en un cuadernillo llenable aún por pacientes con escasa educación formal. De un total de 14 pacientes con diagnóstico confirmado de DM-II, dos subgrupos de 7 cada uno se asignaron al azar a un esquema experimental de Línea Base Múltiple. El tratamiento se inició inmediatamente con cada uno de los primeros 7 y se pospuso dos semanas para cada uno de los segundos. Los resultados revelaron ganancias clínicamente significativas en la mayoría de las categorías conductuales y de bienestar para la mayoría de los pacientes, así como alta validez y viabilidad del sistema de registro.

Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad endocrina y metabólica de curso crónico, que se caracteriza por una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina (Fajan, 1990). Se dice que es absoluta cuando la secreción de insulina es menor a lo normal (estadísticamente) y que es relativa cuando no se satisface el aumento en la demanda de insulina en condiciones en que la acción de la hormona está disminuida, (en un paciente en particular) lo que resulta en una anormal elevación de glucosa en sangre o hiperglucemia. (Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, (ECDCD), 1997).

Se han documentado al menos dos tipos de diabetes. En la diabetes tipo I o insulino dependiente (DMID), el páncreas no produce insulina, por lo que es necesario administrarla de manera exógena (a través de inyecciones), probablemente dicha ausencia de producción se deba a un proceso autoinmune que suele comenzar en la niñez o adolescencia. En la diabetes tipo II o no insulino dependiente (DMNID), la producción de insulina resulta insuficiente y/o puede haber resistencia física a ella, se le relaciona con obesidad o factores genéticos. (American Diabetes Association, ADA, 1996)

La prevalencia de la DM en nuestro país ha incrementado dramáticamente, constituyendo la primera causa de muerte en la población de 55 a 64 años y la tercera causa de muerte entre la población general. La padecen, como ejemplo, cerca del 21% de la población entre 60 a 69 años de edad (INEGI, 1999; SSA, 1993). Entre las poblaciones de diabéticos, generalmente un 98% de los pacientes padecen DM tipo 2 (Condit & Deakins, 1993). El padecimiento tiene, además un impacto en la calidad de vida de

las personas que la padece. Los pacientes frecuentemente se sienten fatigados, durante las crisis surgen síntomas sumamente incómodos o dolorosos y la interacción familiar suele deteriorarse por lo cual se considera como un problema de salud cuyo estudio, prevención y tratamiento resulta de vital importancia para el psicólogo de la salud (Robles, en prensa).

La DM puede influir en la calidad de vida de los sujetos que la padecen (Stewart, Greenfield & Hays, 1989). Este hallazgo resulta consistente con los de Wells (1988) en el que los índices de depresión observados con pacientes con diabetes son más altos que los de personas sanas. El paciente diabético presenta deterioro en varias áreas de bienestar, un ejemplo de ello son los problemas de sueño que presenta relacionándose a su vez con baja productividad laboral (Manocchia, Keller & Ware, 2001), interacción social (Henry, 1982) y distracción (Caldwell, Finkelstein & Deners, 2002).

El tratamiento intensivo y adecuado de la DM se relaciona con el retardo en la aparición y el progreso de las complicaciones crónicas de la enfermedad, por lo que resulta razonable recomendar un control estricto de su tratamiento (United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) ,1998). El tratamiento puede ser demandante y complicado además de que no todos los pacientes disponen de una preparación personal para instrumentarlo. Esto ocasiona que las indicaciones del equipo de salud no se cumplan o se realicen defectuosamente lo cual constituye una inadecuada adherencia terapéutica. Esto genera, a su vez, empeoramiento tanto físico como en bienestar del paciente, con las consecuencias de interacción con aquéllos que lo rodean.

De esta manera, se define la adherencia al tratamiento como aquella conducta del paciente que coincide con la prescripción del equipo de salud (Haynes, 1979), e incluye aspectos tales como: tomar medicamentos, seguir dietas, hacer ejercicio o modificar su estilo de vida disminuyendo conductas de riesgo. Éstas incluyen fumar, consumir alcohol o (en el caso del diabético) el consumo elevado de alimentos dulces o grasos. El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el equipo de salud es necesaria para el éxito del tratamiento y mantener el estado de salud en el paciente.

La falta de adherencia al tratamiento implica, además, pérdidas económicas. Un ejemplo de ello se observa en el porcentaje de hospitalizaciones, pues se ha estimado que más del 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa (Mason, Matsuyama & Jue, 1994); añadido al hecho de que pacientes en condiciones de mayor gravedad requieren más días de hospitalización. El caso del diabético es buen ejemplo pues cada crisis o desarrollo de una nueva complicación implica hospitalizarse. Los estudios sobre este tema estiman que la falta de adherencia en enfermedades crónicas es del 70% (Safren, 1999). En principio, los factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento se relacionan con cuatro componentes del proceso terapéutico: a) el paciente, b) la enfermedad misma, c) la relación médico paciente y d) el tratamiento en sí. Algunas de las causas documentadas más comunes suelen incluir: desconocimiento sobre la enfermedad, desconfianza en la capacidad del médico, consultas médicas muy breves, falta de comprensión de las indicaciones médicas, baja escolaridad e intolerancia a los medicamentos (Ferrer, Kirschbaum, Toro, Jaude, Muñoz, Espinaza, 1991).

En virtud de la alta incidencia y prevalencia de la diabetes en nuestro país, de la generalizada baja adherencia, y de que el comportamiento (cognoscitivo, emocional e instrumental) juega un papel fundamental en la recuperación de la salud, hacen falta incorporar intervenciones psicológicas en su tratamiento.

Se ha propuesto que la terapia psicológica cognoscitivo-conductual contribuye como intervención profesional fundada en la investigación básica, a la prevención o solución de problemas de salud, así como la evaluación de sus efectos clínicos (Sánchez-Sosa, 2002). Esto tiene especial importancia en el caso de la diabetes ya que el tratamiento médico es complicado y requiere de modificaciones en el estilo de vida de quienes la padecen. El control de la enfermedad depende en buena medida del comportamiento del paciente. Diversos estudios han mostrado que la terapia psicológica es útil para contribuir al control de esta enfermedad (Feifer & Tansman, 1999). Este control se encuentra relacionada, adicionalmente, con cambios afectivos entre los que destacan la depresión y la ansiedad, para las que existen técnicas psicológicas de eficacia documentada. (Robles, en prensa).

Por tanto, el propósito medular del presente trabajo, es examinar los efectos de la aplicación de una intervención cognoscitivo-conductual dirigida a mejorar la adherencia terapéutica y el bienestar del paciente diabético.

Dado que aún resultan escasos los estudios sobre el uso de instrumentos de adherencia terapéutica confiables, especialmente sistemas que permitan una medición diaria, precisa, sencilla y objetiva, un segundo propósito de este trabajo consiste en analizar la sensibilidad del sistema "Carnet de adherencia

terapéutica" para el registro de conductas de adherencia y bienestar en el paciente con DM tipo 2, antes, durante y después de la intervención cognoscitivo conductual.

Un tercer propósito consistió en analizar si el sistema de registro y la intervención guardan relación con una medida objetiva de adherencia como son los niveles de glucosa en sangre.

Capítulo 1

Salud y Comportamiento

Padecimientos crónicos

Los cambios en las tendencias de los perfiles laborales y los estilos de vida de nuestra sociedad, que muestran una disminución en la intensidad y duración del esfuerzo físico; así como una deficiencia en nutrientes de calidad que acompaña la dieta de los mexicanos, contribuyen a la transición epidemiológica por la que atraviesa desde hace algunas décadas nuestro país. En ésta, se muestra una lenta disminución de los padecimientos infecciosos o transmisibles y un crecimiento acelerado de los no transmisibles, como los cardiovasculares, diabetes, enfermedades reumáticas y diversos tipos cáncer entre otros (Rodríguez y Rojas, 1998). Este tipo de padecimientos difieren de las dolencias infecciosas al menos en tres aspectos; en primer lugar, estos se prolongan por más de seis meses, su severidad es progresiva y discapacitante, mientras que las otras, por lo general, se mantienen en un período relativamente corto y se curan con relativa rapidez y totalmente; en segundo lugar, los padecimientos crónicos frecuentemente se relacionan con conductas y estilos de vida inadecuados de las personas. Las infecciosas aunque su exposición también depende en parte de la conducta están causadas por bacterias, virus, y una vulnerabilidad determinada genéticamente. Por último, el impacto de los tratamientos suelen ser relativamente inmediatos en las infecciosas y retardados en los crónicos (Brannon & Feist, 1992).

Deterioro de la calidad de vida

La cronicidad y el carácter invasivo de los síntomas de este tipo de padecimientos comprometen el bienestar de quienes los padecen, aspectos como dolor crónico, movilidad reducida, ansiedad, o depresión son sólo algunos de los aspectos que deterioran su calidad de vida (Andersen, Davidson & Ganz, 1994; Breslow, 1992).

Una definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Levi & Anderson, 1975; Lindberg, Harting, Garvill & Garling, 1992) concibe la calidad de vida como una medida de bienestar físico, mental y social tal como la percibe cada individuo y cada grupo. Diversos autores han enumerado series de factores que se ven involucrados en las variaciones que puede mostrar la calidad de vida. Estas condiciones frecuentemente comprometen la adaptación a las demandas impuestas por la enfermedad (Diener, 1984). Su tratamiento, frecuentemente es complejo, prolongado, con un requisito de respuesta elevado, y demandan cambios que los pacientes frecuentemente no están preparados para realizar. Algunos de los principales cambios se derivan de un complejo régimen en el medicamento, dietas especiales, actividad física restringida o con características específicas, y en ocasiones, el mantenimiento de estabilidad emocional y rutinas que no interfieran con el tratamiento (Sánchez-Sosa, 1998).

El papel de la conducta

Ha ido en incremento la evidencia del peso que ejerce la conducta en la preservación o la recuperación de la salud (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller & Weiss, 1984) entendida en todas sus expresiones: actitudes, emociones (incluyendo

reacciones fisiológicas), cogniciones (ideas, convicciones, etc.) y actividad instrumental (todo lo que hacemos y decimos). Se han adoptado nuevas prioridades de investigación e intervención profesional en el campo de la Psicología de la Salud que tienen objetivos encaminados tanto a la prevención de las enfermedades (Sánchez-Sosa, 2002), como en recobrar la salud cuando se está enfermo (Feifer & Tansman, 1999). En el caso de que ya no sea posible recobrar totalmente un estado de salud, se busca minimizar los inconvenientes que surgen de los síntomas o del tratamiento mismo, y que deterioran el funcionamiento del paciente.

Como se ha dicho, las intervenciones actúan a través de la modificación de los componentes de la conducta humana (emociones, cogniciones y conducta instrumental), que interactúan y se afectan mutuamente. Se ha mostrado, por ejemplo, que las emociones juegan un papel importante en la preservación de la salud. Por un lado los estados de depresión, ansiedad o estrés llegan a alterar diferentes sistemas fisiológicos del organismo (Stone, Cohen, & Adler, 1979). Por otro lado las emociones llegan a tener influencia sobre la conducta instrumental, un ejemplo de ello es la manera en que interfieren en la ocurrencia de las conductas de protección o recuperación de la salud como es el caso de seguir las instrucciones del equipo de salud (Sánchez-Sosa, 2002).

Las creencias y pensamientos modulan a su vez la conducta instrumental, por ejemplo cuando un enfermo con diabetes tiene ciertas ideas distorsionadas sobre la enfermedad que padece y actúa de acuerdo con lo que piensa. Las cogniciones modulan también las emociones, al mantener un estado anímico que interfiera con la conducta. Si el estar enfermo de un padecimiento

crónico es percibido como incapacidad, es probable que se ocasionen estados de depresión que pongan en marcha una conducta de indefensión por considerar la situación estresante o imposible de resolver (Sánchez-Sosa, 2002).

Igualmente, la conducta instrumental afecta a las emociones o pensamientos, como cuando un paciente empieza su dieta o plan de ejercicios y al ir progresando y notando sus efectos, además de sentirse mejor físicamente su reactividad emocional puede hacerse más temperada y funcional. Un efecto adicional es posible que incluya el cambio de una convicción disfuncional tal como "no puedo con este tratamiento" (Sánchez-Sosa, 2002).

Bienestar

La interacción que juegan las emociones, cogniciones y la conducta instrumental en el estado de enfermedad y salud afectan el bienestar psicológico de los pacientes con este tipo de padecimientos. Autores como Dupuy (1978), han señalado la importancia de los indicadores psicológicos en la satisfacción diaria de los individuos, aquellos se reflejan en situaciones como estar libre de preocupaciones acerca de la salud, alto nivel de energía, llevar una vida interesante y satisfactoria, mantener un buen estado de ánimo o una vida relajada y controlar las emociones y la conducta. En coincidencia con esta propuesta, Flanagan (1978) ha sugerido la agrupación de algunos de estos factores dentro de las categorías de: bienestar físico y salud, bienestar económico, bienestar individual y bienestar social.

Otras propuestas de agrupación (Blanco, 1986), sugieren cuatro grandes áreas que pueden influir en la satisfacción de la vida de los individuos: 1) Salud, trabajo y educación, 2)

Preocupación por el ambiente, (o como ciudadano) 3) Ámbito interactivo del sujeto que incluye las facetas relativas al entorno familiar, relaciones interpersonales y ocio, 4) Aspectos sociopolíticos tales como participación social, seguridad personal y jurídica.

Cualquiera que sea la agrupación propuesta, numerosos autores coinciden al plantear que la calidad de vida es un constructo general compuesto de varios campos específicos entre las que destacan: vida familiar, vida laboral, vida social, placer y/o recreación, salud personal, posesiones materiales, vida espiritual, y participación en la vida política del país. Así, cuando alguien dice estar satisfecho con su vida, se está refiriendo a la "acumulación de momentos felices" en cada una de estas áreas o actividades (Day, 1987; Leelakulthanit y Day, 1992).

Capítulo 2

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica ocasionada por la secreción deficiente de insulina (Fajan, 1990; Zimmerman, 1998), lo que resulta en una anormal elevación de glucosa en sangre o hiperglucemia. Esta deficiencia puede ser absoluta o relativa; se dice que es absoluta cuando la secreción de insulina es menor de lo normal y es relativa cuando no se satisface un aumento específico en la demanda de insulina en condiciones en que la acción de la hormona está disminuida (ECDCD, 1997).

La hiperglucemia se presenta cuando el nivel de glucosa en sangre se eleva sobre su nivel normal, ocasionando los síntomas característicos de la diabetes mal controlada; orinar más de lo normal (poliuria), sed excesiva (polidipsia), apetito excesivo (polifagia), pérdida de peso sin razón aparente, y visión defectuosa entre otras. A largo plazo la hiperglucemia resulta en daño de los nervios (neuropatía) y en los vasos pequeños (microangiopatía) tanto de la retina (retinopatía) como de los glomérulos renales (nefropatía). Si se prolonga, el mal control de la Diabetes puede afectar las arterias coronarias, cerebrales y periféricas; de éstas últimas se afectan sobre todo las de las extremidades inferiores (Ríos y Rull, 1994), ocasionando la pérdida de sensibilidad de las mismas. El estado opuesto fisiológico, la hipoglucemia aguda, se presenta cuando el nivel de glucosa en sangre es muy bajo. Puede ser ocasionado por un exceso en las dosis de insulina, ejercicio o alimentos insuficientes o fuera de horario. La hipoglucemia puede producir un coma diabético, irritabilidad, episodios de ansiedad y desorientación, si no se trata de inmediato.

Clasificación y Prevalencia.

Existen dos formas de Diabetes, la diabetes Tipo 1, también conocida como diabetes mellitus dependiente de insulina o DMID; es la forma más grave de la diabetes mellitus y la menos frecuente, en México la padece entre un 1 a 2 % del total de la población con DM (Condit & Deakins, 1993). Ésta suele afectar a los individuos jóvenes, aunque puede iniciarse a cualquier edad. Se caracteriza por la falta de insulina endógena y por una notable tendencia a un estado de acidosis caracterizado por la elevada concentración de cetona en los tejidos (cetosis) cuando la administración exógena de insulina hace falta. En su forma característica tiene inicio súbito y a menudo su primera manifestación es la descompensación del nivel de cetona.

La diabetes tipo 2, antes denominada DM no dependiente de insulina o diabetes del adulto; es la forma más frecuente de DM en nuestro país, la padecen entre el 98% a 99% de los diabéticos (Condit & Deakins, 1993). Suele iniciarse a partir del cuarto decenio de la vida y su prevalencia aumenta con la edad. Sus síntomas aparecen de una manera más gradual que en la diabetes tipo 1 y con frecuencia tiene un curso asintomático. (Grupo Nacional de Consenso en Diabetes, 1995). La mayoría de los pacientes (80% a 85%) con diabetes tipo 2 es obesa al momento del diagnóstico y sólo una minoría está en su peso ideal (Lerman, 1994).

Etiología

La etiología de este padecimiento tiene un importante componente hereditario así como desencadenantes ambientales que se relacionan con un estilo de vida no saludable. En la DM

tipo 1, el páncreas no produce insulina, debido a un proceso autoinmune (American Diabetes Association (ADA),1996). En la DM tipo 2, la insulina no se produce con calidad o cantidad suficiente para controlar los niveles de glucosa. Interactúan con factores que se relacionan con aumento de la resistencia a la insulina. Los mejor identificados son obesidad, inactividad física, y embarazo en edad avanzada (ECDCD, 1997).

Diagnóstico

Los criterios para el diagnóstico de DM son los siguientes:

1. Síntomas de diabetes y una determinación de concentración casual (en cualquier hora del día) de glucosa plasmática igual o mayor a 200mg/dl.
2. Glucosa plasmática en ayunas igual o mayor de 126 mg/dl en dos oportunidades. Ayuno se define como un periodo sin ingesta de alimentos de por lo menos 8 horas.
3. Glucemia de dos horas después de la comida (postprandial) igual o mayor de 200 mg/dl durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral.

Una vez diagnosticada la DM, los pacientes suelen admitir que durante un periodo largo pero difícil de precisar sentían la boca más seca, necesitaban orinar con mayor frecuencia, en algún momento su visión fue borrosa, no aumentaban de peso aunque comían en exceso y, en el caso de las mujeres, cursaban con infecciones vaginales recurrentes; generalmente desconocían que estos síntomas se relacionaban con DM, además de haber cursado por un período de habituación a éstos en los que empiezan a pasar desapercibidos (Lerman, 1994).

Tratamiento

Los objetivos generales del tratamiento para ambos tipos de diabetes consisten en prevenir complicaciones crónicas y mantener el equilibrio metabólico (Lebovitz, 1991). El concepto de que un buen control metabólico puede prevenir complicaciones crónicas específicas se basa en datos obtenidos en estudios epidemiológicos y clínicos, como el realizado por The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), demostrando cómo el control de glucosa en sangre reduce los riesgos de desarrollar retinopatía, nefropatía y neuropatía, así como complicaciones microvasculares.

Para lograr un nivel normal o cercano al normal de glucosa en sangre los pacientes no sólo requieren cumplir un régimen medicamentoso, es igualmente importante un apropiado automonitoreo de los niveles de glucosa en sangre y/o en orina, seguir una dieta balanceada, hacer ejercicio regularmente, realizar visitas a los diferentes especialistas en salud y realizar una evaluación periódica del cumplimiento de metas de los tratamientos (Clinical Practice Recommendations, American Diabetes Association, 2001).

Dieta

La dieta es uno de los componentes más importantes para el control de la diabetes. No es posible controlar los signos, el peso corporal, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación y monitoreo de la misma, así como la modificación de hábitos inconvenientes de alimentación (Nutrition Recommendations and Principles for People with Diabetes Mellitus, 2001). La pérdida de peso mejora de manera

notable el estado de resistencia a la insulina, y su secreción, al disminuir el nivel de glucosa en sangre se retrasan las complicaciones ocasionadas por la hiperglucemia; (Frans, Horton & Bantle, 1994), de allí la importancia de una dieta que ayude a mantener los niveles de glucosa en sangre en niveles normales.

La dieta no es homogénea para todos los pacientes, se establece de manera personalizada, fraccionada y adaptada a las condiciones de vida. Cada individuo deberá recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica, actividad física, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de residencia (Asociación Latinoamericana de la Diabetes, 1998).

Ejercicio físico

El ejercicio puede mejorar la sensibilidad a la insulina y favorece que los músculos utilicen en forma adecuada la glucosa, con la consecuente mejoría del control metabólico y el perfil de lípidos. Para lograr dichos beneficios, el ejercicio debe ser aeróbico (caminar, trotar, nadar, etc.) de intensidad moderada y de duración igual o mayor a 30 minutos (Schneider, Borgardus & Horton, 1990; ADA, 2001).

Tratamiento farmacológico

Además de incluir la dieta y el ejercicio, la terapéutica actual de la DM tipo 2 comprende diferentes opciones de medicamentos orales para el control de la hiperglucemia de ayuno y después de la comida (posprandial). Estos fármacos pueden tener tres mecanismos de acción antidiabética: promover una mayor secreción pancreática de insulina, mejorar la sensibilidad del

organismo a la acción de la insulina o retardar la acción intestinal de los carbohidratos. Estos efectos pueden obtenerse con el empleo de un solo medicamento o una mezcla de varios fármacos con el objetivo de lograr mayor potencia (Harlord & Lebovitz, 1995). Sin embargo, los pacientes pueden enfrentarse a efectos colaterales adversos, que van desde malestar gastrointestinal, náuseas, sabor metálico en la lengua hasta un descenso repentino de glucosa en sangre (Luna & Feinglos, 2001).

Tendencia de la Diabetes en México

Como se mencionó en la introducción, actualmente, la DM constituye una de las principales causas de morbimortalidad y es uno de los padecimientos no-transmisibles diagnosticado con mayor frecuencia en los últimos diez años en México (Salud Pública de México, 2001). La DM constituye la primera causa de muerte en la población del grupo de edad de 55 a 64 años y la tercera causa de muerte entre la población en general, según datos de la Secretaría de Salud (1999). Le preceden tan sólo las enfermedades cardiovasculares, los tumores y los accidentes.

La forma más común de DM es la tipo 2 (Condit & Deakins, 1993), cuya incidencia aumenta conforme la edad avanza. Es más frecuente en sujetos con alteraciones de los niveles normales de lípidos (dislipidemias) y antecedentes familiares de diabetes. Pese a que la DM tipo 2 es un problema común, entre el 30 y 40 por ciento de las personas que la padecen no se sabe diabético (Lerman, 1994). Esto explica por qué no han asistido a un médico a pesar de tener ciertos síntomas característicos de la DM. En cuanto a las diferencias de sexo, se han presentado datos que señalan que por cada tres mujeres, dos hombres la padecen DM (Zubirán y Chávez, 1984).

En términos generales del entorno del paciente, el tratamiento de la diabetes incluye un gran repertorio de conductas, debido a que frecuentemente implica un cambio substancial en el estilo de vida de quienes la padecen, por lo que el tratamiento médico tradicional casi nunca es suficiente, haciéndose necesario acompañarlo por un tratamiento psicológico que promueva la adherencia al régimen del tratamiento, y la modificación de las variables psicológicas y ambientales relacionadas estrechamente con la enfermedad (Shelton & Levy, 1981; Stunkard, 1979; Alogna, 1980; Robles, en prensa).

Capítulo 3

Adherencia Terapéutica

El tratamiento para DM es relativamente complejo, prolongado y requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios que los pacientes y sus familias no siempre están preparados para desempeñar. Estos cambios se derivan, de un régimen complicado en el medicamento, una dieta especial y rigurosa, actividad física restringida o eliminar conductas específicas como fumar, beber alcohol o comer en exceso y, en su caso, el mantenimiento de estabilidad emocional y rutinas que no interfieran con el tratamiento (Sánchez-Sosa, 1998). Para que esto se lleve a cabo se esperaría que el paciente siguiera prácticamente por sí solo todas las indicaciones que el equipo de salud le indica (Haynes, 1979), sin embargo, prácticamente nunca ocurre así.

Recientes estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que, en general, se pierde una gran cantidad de los recursos que invierten los sistemas de salud, ya que sólo una pequeña parte de pacientes ya sea con un padecimiento infeccioso o crónico llegan a recobrar su salud completamente (OMS, 2002). Una de las principales causas de esta masiva pérdida de recursos y los bajos niveles de calidad de vida de miles de personas, reside en el hecho de que los pacientes simplemente no cumplen con las instrucciones que el equipo de salud les señala. Un ejemplo de estas pérdidas es el hecho de que más del 10% de los ingresos hospitalarios se deben a la falta de cumplimiento (Mason, Matsuyama & Jue, 1994).

La falta de adherencia se estima en un 20% para tratamientos cortos, 50% para tratamientos prolongados en condiciones crónicas, y del 70 % para tratamientos prolongados con periodos asintomáticos (Safren, 1999). En cuanto a los pacientes con DM se calcula que, sólo el 7% de ellos llevan a cabo todos los pasos considerados necesarios para un buen control de su enfermedad (Cerkoney & Hart, 1980). En un estudio realizado por Watkins, Roberts, Williams, Martín y Coyle (1967), con pacientes diabéticos, el 80 % se administraba la insulina de forma inadecuada, el 73% no seguía la dieta prescrita y un 50% no se cuidaba adecuadamente los pies, todo lo cual podía acelerar la presentación de complicaciones de la enfermedad.

El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica y la efectividad de los tratamientos farmacológicos, por lo que una interacción eficaz y acordada entre el paciente y el equipo de salud es necesaria para el éxito del tratamiento. Además el tratamiento intensivo y adecuado se relaciona con el retardo en la aparición y avance de las complicaciones crónicas de la enfermedad, por lo que es importante recomendar un control muy cercano de su tratamiento (UKPDS, 1998).

Se han diseñado protocolos de intervención, basados en mecanismos psicológicos, orientados mejorar y promover la adherencia terapéutica. Estas intervenciones han mostrado resultados efectivos en enfermedades como la hipertensión (Burnier & Bruner, 2001, Riveros, en prensa); dolor de cabeza (Scopp, 2000); SIDA (González-Puente, 2001, Safren, 2001); cáncer (Wright, 1998); trasplante de corazón (Dew, 1994); asma crónico (Godding, Kruth & Jamart, 1997); colesterol alto (Wilson & Edmunson, 1993); obesidad (Burnett, Taylor & Agras, 1992) y

diabetes (Robles, en prensa). Así como en conductas más específicas como abuso de alcohol (Mattson, Del Boca, Carroll, Cooney, Di Clemente, Donovan, Kadden, Mcree, Rice, Rycharik & Zweben, 1998) y tabaquismo (Whitlock, Vogt, Hollis & Lichtenstein, 1997) entre otras.

En principio los factores de riesgo para una carencia de adherencia al tratamiento pueden relacionarse con el paciente, con la enfermedad, y con la calidad de la interacción equipo de salud-paciente.

Factores relacionados con el paciente

Algunos de los factores que se relacionan con el grado de adherencia incluyen: a) escasa información o desconocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento; b) creencias disfuncionales relacionadas a la enfermedad o su tratamiento; c) actitudes negativas hacia el tratamiento o los profesionales de la salud; d) deficiencias instrumentales (carencia de destrezas concretas) para que el paciente forme parte en su tratamiento, y e) escaso apoyo familiar para facilitar el curso del tratamiento. Los primeros cuatro factores probablemente dependen en parte del grado de educación del paciente y/o una deficiente o nula comunicación concerniente a la condición médica del paciente con el equipo de salud (Sánchez-Sosa, en prensa). En efecto, la calidad y la pertinencia de la comunicación médico-paciente frecuentemente emergen como un elemento clave que afecta el cumplimiento total del tratamiento. (Abbott, Moore, Delaney & Weller, 1999; Brown, 1994; Horne, 1999; Scopp, 2000; Velázquez, Sánchez-Sosa, Lara y Senties, 2000; Wright, 1998).

Factores relacionados con el equipo de salud

Una encuesta realizada por Stone (1979) entre profesionales de la salud reveló que sólo el 25% reconocía que podían contribuir de alguna manera a la falta de adhesión de los pacientes. Esta impresión, aunque aparentemente generalizada, no concuerda con hallazgos que indican que la conducta del profesional de salud juega un papel fundamental en el proceso de adherencia (Meichembaum & Turk, 1991, De los Ríos y Sánchez Sosa, 2002). Es muy probable que la mayoría de las recomendaciones terapéuticas estén influenciadas por la naturaleza y calidad de la relación entre el profesional de la salud y el paciente.

Entre los comportamientos que interfieren con la relación profesional de la salud y paciente destacan actuar de manera distante y poco cordial (Becker & Maiman, 1980), no solicitar o dar retroalimentación al paciente (Miller, 1985), no establecer un régimen preciso de tratamiento a seguir o formularlo de manera poco clara o en términos demasiado técnicos (Podell, 1975), entre otros.

Factores relacionados con la enfermedad

Algunas características de la historia natural de la enfermedad y su evolución, juegan un papel importante en la adherencia al tratamiento. Estas características incluyen: a) estados emocionales inducidos por la enfermedad, incompatibles con la adherencia al tratamiento (p. ej. depresivos), b) comorbilidad con desordenes psiquiátricos, c) efectos colaterales de los medicamentos, y d) padecimientos que requieren de tratamientos con un requisito de respuesta elevado (demandantes y complejos) (Sánchez-Sosa, en prensa).

Por lo anterior es importante que se realicen investigaciones que examinen los efectos de estos factores, además de incluirse como puntos clave en las intervenciones conductuales que tienen el objetivo de mejorar la adherencia terapéutica. Esto incluiría desde aminorar los efectos colaterales de los medicamentos, manejo del dolor crónico y ayudar al paciente en el reajuste de su ambiente para reducir el requisito de respuesta que interfiere en el establecimiento de conductas saludables (Sánchez-Sosa, en prensa).

Medición de la adherencia terapéutica

Existen diversas técnicas para medir la adherencia a un tratamiento (Sacket, 1994; Quittner, Espelage, Ievers-Landis & Drotar, 2000), éstas pueden dividirse en cuatro categorías: (1) medidas clínicas como el resultado terapéutico y el juicio clínico; (2) auto informe como el uso de cuestionarios, entrevistas y autoregistros cotidianos; (3) medidas directas como la observación; (4) medidas indirectas como los contadores de píldoras. La medida más utilizada para la evaluación de la adherencia terapéutica ha sido el auto informe, sin embargo en ocasiones se le ha considerado como poco confiable ya que se basa en el juicio que hacen los pacientes sobre su conducta. Algunas veces por deseabilidad social podrían modificar los datos de los autoregistros o simplemente no llenar correctamente los mismos. El autoinforme no es la única medida que presenta problemas. La elección de una medida de adherencia terapéutica dependerá principalmente del tipo de conducta, el costo, los recursos disponibles, las capacidades del paciente y del nivel de exactitud esperado (Dunbar, Dunning & Dwyer, 1989).

El autoregistro diario de conductas se ha utilizado tanto para inducir un efecto indirecto en el mejoramiento de la adherencia terapéutica (Rodríguez, 1986) como para el registro de la misma, el último ha permitido identificar relaciones significativas entre los eventos diarios, estado de humor y episodios de recaídas de padecimientos como el asma, así como para precisar el incremento o decremento de eventos estresantes precedido por un periodo de enfermedad (Stone, Porter & Neale, 1993). También se ha usado en el registro diario de percepción de dolor, consumo de medicamentos, actividades (Porter, Gil, Sednay, Workman & Thompson, 1998); síntomas, efectos colaterales de medicamentos, sensaciones somáticas (Flygenring, 1984); registros de temperatura, cefaleas (Friedman & Taub, 1982); percepción de estrés, consumo de alcohol (Breslin, O'Keeffe, Burell, Ratliff-Crain, 1995) y actividad física (Hosek, 1997).

Otras variables psicológicas relacionadas con adherencia terapéutica

La literatura de investigación destaca el papel de los factores psicológicos como una variable importante en la adherencia terapéutica del paciente diabético (Kleiman, 2000). Se ha sugerido que el estado psicológico del paciente diabético es el quinto predictor de mortalidad de esta enfermedad y uno de los mejores predictores de entre muchas variables clínicas de adherencia al tratamiento, incluida la toma de medicamentos (Davis, Hess & Hiss, 1988).

Alguno factores personales que se han relacionado con el control deficiente de la DM incluyen la ansiedad, la depresión, habilidades disfuncionales de afrontamiento, las creencias hacia el tratamiento o dificultades para adquirir habilidades necesarias

para el autocuidado. En cuanto a las habilidades de afrontamiento, diversos estudios han mostrado que éstas tienen un relación significativa con el control de la glucosa (Hepburn, Ian, Kenneth & Brian, 1994; Pierrot & Rubin, 1994) y la adherencia terapéutica. Las habilidades de afrontamiento positivas pueden mejorar la capacidad para solucionar y facilitar una conducta de cambio. Por otra parte un estilo de afrontamiento negativo está asociado con resultados desfavorables del estado de salud de los pacientes (Hanson, Jeffa & Michael, 1989).

Robles (en prensa) encontró en una muestra de pacientes diabéticos que entre los factores de calidad de vida que se relacionan con la adherencia al tratamiento tiene especial importancia la satisfacción con el tratamiento, el impacto del mismo y preocupaciones por aspectos futuros de la enfermedad. También se ha confirmado una relación estrecha entre los cambios afectivos en los pacientes como ansiedad y depresión y un control deficiente de la glucosa (Vander, DeNeeling, Snoek, Kostense, Grootenhuis & Bouter, 1996).

En virtud de la alta incidencia y prevalencia de la diabetes en nuestro país y los altos porcentajes de adherencia terapéutica deficiente, se considera que las intervenciones cognoscitivo-conductuales ofrecen una contribución importante. Ésta se deriva de la aplicación de intervenciones sistemáticas derivadas de la investigación básica, en la prevención o solución de problemas de salud, así como la evaluación de sus efectos clínicos (Sánchez-Sosa, en prensa). Esto tiene especial importancia en el caso de la diabetes ya que el tratamiento médico es complicado y requiere de modificaciones drásticas en el estilo de vida del paciente, es decir, el control de la enfermedad depende en buena medida de su conducta. Diversos estudios han demostrado que las

intervenciones psicológicas son útiles para el control médico de esta enfermedad (Feifer & Tansman, 1999).

Por tanto el propósito medular del presente trabajo, es la evaluación de una intervención cognoscitivo-conductual dirigida a mejorar la adherencia terapéutica y el bienestar del paciente diabético. Dado que aún son escasos los estudios dirigidos a valorar el uso de autoregistros confiables, sencillos y objetivos, un segundo propósito incluye la validación por jueces de un sistema de registro conductual denominado "Carnet de adherencia terapéutica".

Se busca hacer ambas determinaciones para el registro de conductas de adherencia y bienestar en el paciente con DM tipo 2, antes, durante y después de la intervención cognoscitivo conductual. Un tercer propósito es analizar si los cambios conductuales guardan relación con una medida objetiva de adherencia como lo es la medición de glucosa en sangre.

Capítulo 4.

Estudio 1: Establecimiento de Propiedades Psicométricas del "Carnet de adherencia terapéutica".

El propósito de este primer estudio consistió en el proceso de validación por jueces del Carnet de Autoregistro para asegurar que la forma de registro fuera comprensible, y las viñetas reflejaran la variable en cuestión.

Método.

Participantes.

Los sujetos que participaron en la validación por jueces, fueron 15 psicólogos titulados expertos en el área de salud, académicos e investigadores con un mínimo de cinco años de experiencia en alguna de estas funciones.

Instrumento:

Se diseñó un carnet de autoregistro "de bolsillo", buscando que fuera de fácil comprensión, manejo y llenado, en el que el paciente "palomeaba" los espacios correspondientes a la realización de la actividad día a día durante una semana. El cuadernillo incluyó dibujos de fácil identificación que ilustraban cada una de las variables descritas en él. (Veáse el anexo 2) y estaba dividido en las siguientes secciones:

- La portada se elaboró para denotar los días que duraba el autoregistro, el número de expediente, el nombre del paciente, su edad, el diagnóstico, tiempo transcurrido desde el diagnóstico,

teléfono, nombre del médico, nombre del terapeuta así como un recuadro que especificaba el día y la hora de la próxima cita con su terapeuta (psicólogo/a).

- En el interior del carnet se incluyeron las variables a autoregistrarse. Éstas fueron de dos tipos: conductas de adherencia al tratamiento, tales como "toma de medicamentos" (Sabran,, Hardy, Feline, 1995), "dieta" (Schalch, Ybarra, Adler, Deletraz, Lehmann, Golay, 2001) y "ejercicio" (Blanchard, Rodgers, Courneya, Daub, Knapik, 2002) informadas en la literatura de investigación como de difícil adquisición o modificación por parte del paciente diabético.

- El otro tipo de variables se referían a indicadores de bienestar en diferentes aspectos de la vida cotidiana susceptibles de registro tales como desempeño laboral ("trabajo") (Bordieri, Drehmer, Taylor & Darre, 1997), Sueño ("dormir bien") (Manocchia, Keller & Ware, 2001), actividad sexual (Schneider, Borgardus, & Horton,1990), interacción social ("estar con amigos o conocidos 30 minutos o más") (Henry , 1982), distracción ("Diversión") (Caldwell, Finkelstein & Demers, 2000).

- En la última página se pide registrar "conductas de riesgo", establecidas a partir de las indicaciones médicas para cada paciente. Se incluyen ejemplos como comer ("dulces"), "fumar", beber ("alcohol"), para su registro diario. Finalmente hay dos espacios en blanco para poder adaptar el registro a las indicaciones individuales del médico, por ejemplo prohibición de sal (NaCl), o de consumo de alimentos grasos.

- La contraportada del cuadernillo se diseñó para hacer anotaciones sobre tareas realizar en casa, avances y/o momento en las que se encontraban a lo largo de la intervención.

Procedimiento

Se hicieron reproducciones por separado de cada una de las variables y su registro en el carnet (páginas que lo componen con su correspondiente viñeta), sin el nombre escrito del indicador a autoregistrar ("tomar medicina, etc.). Se pidió a quince jueces, psicólogos expertos en salud, que colocaran cada reproducción en el nombre del indicador (escritos en tarjetas sobre una mesa) al que consideraran se refería el dibujo y la forma de registro. Los datos se iban registrando en una hoja de vaciado, donde se anotaron los aciertos y errores de cada juez. Los jueces trabajaron individualmente y en estricta independencia de los conductores del "jueceo" y de los demás jueces.

Resultados

La tabla 1 muestra el porcentaje de acuerdo independiente interjueces para cada una de las áreas o variables a registrar. En todas ellas ocurrió un cien por ciento de acuerdo independiente entre los jueces.

Discusión

Los resultados de la validación arrojaron un 100% de consistencia interjueces en cuanto a la asignación de las viñetas y registros a las categorías pertinentes. Los puntajes muestran un alto grado de validez tanto para el carnet en total como para cada una de las nueve variables. Los resultados de la validación por

Tabla 1
Porcentaje de acuerdo independiente interjueces por variable.

Medicamento	Dieta	Ejercicio	Trabajo	Dormir Bien	Actividad Sexual	Amigos	Diversión	Conductas de Riesgo
100	100	100	100	100	100	100	100	100

*Se muestra el promedio de los 15 jueces.

jueces permiten concluir que el carnet cumple los propósitos para los que se diseñó: el registro conductual comprensible tanto para conductas de adherencia respecto a dieta, medicamentos, ejercicio y conductas de riesgo, como las de bienestar incluyendo desempeño en el trabajo, dormir bien, actividad sexual, estar con amigos o conocidos y recreación (diversión). La validación de esta escala deberá permitir, en principio, la evaluación de la adherencia terapéutica y el bienestar psicológico en pacientes con diversos padecimientos crónico degenerativos concentrado, en esta ocasión, en el análisis en pacientes con diabetes mellitus.

Estudio 2: Efectos de la intervención sobre adherencia y bienestar medida a través del sistema de auto registro.

La segunda fase de esta investigación tuvo como objetivo analizar los cambios en adherencia terapéutica y bienestar psicológico en el autoregistro conductual "Carnet de adherencia terapéutica", en tres fases: línea base, intervención y un primer seguimiento de 14 pacientes con DM tipo 2, y explorar si estos cambios fluctúan a la par de algunos cambios clínicos.

Método

Sujetos

Se invitó a participar a los pacientes que llegaban al servicio de consulta externa de medicina interna del Hospital General de México, O. D. y se recibió a aquellos referidos por el personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 67 del IMSS en Santa Clara, Ecatepec, Estado de México.

En el presente estudio se incluye el análisis de los resultados de catorce pacientes con diagnóstico confirmado de DM con

evolución de entre 6 meses y 36 años de antigüedad, el promedio fue de 7 años. El 85 % de la muestra eran mujeres y 14 % eran hombres. Sus edades fluctuaron entre los 39 y los 69 años, la edad promedio fue de 54 años. El 71% casado, 7.1% soltero, 14% separado y el resto vive en unión libre (7.1%). Sus ocupaciones fueron 57% amas de casa, 14% comerciantes, 14% empleados, 7.1% pensionado y el resto tenía una microempresa (7.1%). En cuanto a escolaridad, 21% no tenían estudio alguno, 21% tenían primaria incompleta, 21% primaria completa y 35% secundaria completa.

No se incluyeron en la muestra aquellos pacientes que participaban en otras investigaciones con intervenciones cognoscitivo-conductuales, pacientes con diagnóstico de psicosis o retraso mental, o en fase terminal extrema en la que ya no respondieran a las necesidades mínimas de la intervención, o bien a aquellos que se retiraron voluntariamente del estudio.

La muestra quedó conformada por ocho pacientes con diabetes mellitus (57%), y seis (42%) con diabetes comórbida con hipertensión. Todos los pacientes conocieron y firmaron una carta de consentimiento informado a describirse más adelante.

Medición e Instrumentos

Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)

El inventario (véase el anexo 1) se diseñó a partir de diversas escalas de calidad de vida para padecimientos crónicos tanto específicas como generales, seleccionadas a partir de su documentación reiterada en la literatura de investigación. Se tomaron en cuenta aquellos reactivos que consistentemente se

mencionaban en todas las escalas por considerarse los más claramente vinculados con de los aspectos medulares a evaluar en la calidad de vida de diferentes pacientes crónicos. El inventario original, fue la Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos (EsCaViPS) estandarizado para población mexicana (González-Puente y Sánchez-Sosa, 2000).

A este inventario se le agregaron reactivos del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) (Sánchez Sosa y Hernández Guzmán,1993); del Multiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL) (Vickrey, Hays, Marooni, Myers & Ellison,1995); del Obesity Related Well-Being Questionary (ORWELL97) (Mannucci, Ricca, Barciulli, DiBernardo, Travaglini, Cabras & Rotella,1999); del Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS) (Goodwin, Boggs & Graham-Pole,1994); del Cuestionario de Calidad de Vida Postinfarto del Miocardio (MacNew QLMI) (Brotos, Ribera, Permayer, Cascant,Moral, Pinar & Oldridge,2001); y del Perfil de Calidad de Vida en Enfermos crónicos (PECVEC) (Fernández, Hernández,y Rancano,1999).

Adicionalmente se incluyeron las versiones estandarizadas y confiabilizadas para la población mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Varela y Villegas, 1990); del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998); y de la Escala de Salud y Vida cotidiana (Forma B) de Moos (Moos, Cronkite, Billings & Finney, 1986).

Carnet de Adherencia Terapéutica.

En este cuadernillo de autoregistro (véase el anexo 2) se pidió a los pacientes que marcaran ("palomearan") los espacios

correspondientes a la realización de cada actividad durante la línea base (2 o 4 semanas), la intervención (que duraba según el caso del paciente) y en el primer seguimiento (12 semanas después de concluida la intervención). En el caso de alimentos se les pedía que escribieran todo lo que habían consumido.

Carta de Consentimiento Informado.

En ella (véase el anexo 3) se describen los objetivos generales del estudio, las condiciones de su participación, las actividades que se realizarían, la duración de éstas y los potenciales beneficios que obtendrían. Así como la reiterada consigna de que su participación sería completamente voluntaria y en caso de que decidieran retirarse del programa no habría consecuencias como usuarios de los servicios de la Institución o de cualquier otra índole. Finalmente se incluían los datos necesarios de los investigadores responsables para que, en caso de considerarlo necesario, pudieran comunicarse con ellos. La carta se elaboró de acuerdo a los preceptos éticos estipulados en el apartado 6.11 del Código Ético del Psicólogo en vigor.

Bitácora terapéutica.

Se trata de hojas diseñadas (véase el anexo 4) para vaciar los datos sociodemográficos, de localización y de la condición de cada paciente. Incluye aspectos como tipo de padecimiento, tratamientos médicos, datos de familiares que podrían participar en el proceso de intervención y espacios breves para anotaciones del terapeuta sobre los avances en el paciente.

Protocolo de Intervención "Pasos Vitales" (Safren, 1999). (Véase el anexo 5)

Consiste básicamente en una lista de verificación o cotejo en la que el paciente analiza con el terapeuta los problemas más frecuentes asociados al seguimiento de un tratamiento y diferentes formas de solucionarlos, como los que podrían surgir para transportarse a sus citas, obtener medicamentos, afrontar efectos colaterales, planear horarios para su tratamiento y uso de recordatorios para el mismo, etc. Este protocolo se utilizó como guía para el entrenamiento de los pacientes en las once destrezas y procedimientos orientados a mejorar la adherencia terapéutica.

Diseño

El presente estudio constituye básicamente un ensayo clínico aleatorizado, homodémico, con comparaciones longitudinales y transversales. Las primeras, respecto a cambios en adherencia terapéutica y bienestar psicológico antes y después de la intervención, así como durante el seguimiento. Las comparaciones transversales, incluyeron las medidas obtenidas de adherencia terapéutica entre los pacientes antes de exponerse a la intervención (Jacobson, 1991). Adicionalmente, con objeto de monitorear contaminantes por el paso del tiempo y establecer medidas repetidas de las variables, las comparaciones incluyeron un arreglo de línea base múltiple a través de grupos en el que la mitad de los sujetos iniciaron inmediatamente su tratamiento y la otra mitad lo hicieron hasta después de un periodo de espera. El primero comenzaba después de dos semanas de haber registrado las actividades establecidas en el Carnet de Adherencia (Línea Base). Otra, de tratamiento diferido, iniciaba su tratamiento a las cuatro semanas de línea base. Los pacientes se asignaban

aleatoriamente a la condición de tratamiento inmediato o diferido, el primer paciente a tratamiento inmediato, el siguiente a diferido y así sucesivamente.

Fungieron como variables dependientes los porcentajes de cambio en las áreas de adherencia terapéutica y bienestar psicológico del "Carnet de Adherencia Terapéutica". Las áreas analizadas incluyeron toma de medicamentos, alimentos, ejercicio, desempeño laboral ("trabajo"), sueño ("dormir bien"), actividad sexual, interacción social "estar con amigos o conocidos 30 minutos o más", recreación ("diversión") y conductas de riesgo ("comer dulces, fumar, beber alcohol").

La variable independiente estuvo constituida por las intervenciones del tratamiento cognoscitivo-conductual, incluyendo las del protocolo de tratamiento "Pasos Vitales" (Safren, 1999).

Intervención

Las necesidades de la intervención cognoscitivo-conductual se establecieron individualmente a partir de los resultados del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), que permite el reconocimiento de las áreas que se encuentran deterioradas por el proceso de enfermedad. Dichas áreas corresponden a las indicadas en la literatura como componentes medulares de la Calidad de Vida, además de los resultados de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, del inventario de estilos de afrontamiento de Moos, también incluidos en el Inventario y del Carnet de adherencia terapéutica.

El tratamiento cognoscitivo-conductual consistió en la aplicación de técnicas como reestructuración cognoscitiva para modificación de creencias disfuncionales, autorregulación (respiración diafragmática, relajación muscular profunda e imaginación guiada), desensibilización sistemática, solución de problemas (Nezu & Zurilla, 2000) modelamiento y reforzamiento.

Las sesiones se establecieron con duración de una hora semanalmente, la duración del tratamiento fluctuó entre cuatro y ocho sesiones, según las necesidades de cada paciente.

La intervención PV ("Pasos Vitales") (véase el anexo 5), diseñada para mejorar la adherencia terapéutica mediante el establecimiento de estrategias sencillas para el seguimiento de las indicaciones médicas (Safren, 1999) se aplicó a todos los pacientes al principio de la intervención. En caso de que el paciente mostrara otros problemas que pudieran interferir con el proceso de aprendizaje, tales como problemas de angustia o depresión, ese segmento de la intervención PV se posponía a el criterio de los terapeutas sobre las necesidades del caso y se trataba primero la queja más aguda.

Procedimiento

En la primera sesión después de saludar y dar la bienvenida al paciente se le explicaban los objetivos de la investigación e intervención, posteriormente se procedía a la lectura y firma del Consentimiento Informado después de aclarar cualquier duda que pudiera surgir con respecto a su participación. Se les aplicaba el Inventario de Calidad de Vida y Salud y al finalizar la sesión, con previa explicación pormenorizada de su uso, se les entregaba y pedía que llenaran el Carnet de adherencia, dos ejemplares en el

caso de tratamiento inmediato y cuatro en el de tratamiento diferido.

En las sesiones subsecuentes se establecían las necesidades de la intervención a partir de los resultados arrojados por el InCaViSa y los registros en el Carnet de adherencia. Se identificaban los principales déficits conductuales, pensamientos y sentimientos que podrían interferir con su calidad de vida y adherencia terapéutica.

A continuación se ponían en marcha las intervenciones cognoscitivo-conductuales, de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Al final, y de acuerdo a los avances, se determinaba si era pertinente o no darlo de alta, revisándose las metas obtenidas, preparando al paciente para la finalización del tratamiento y la prevención de posibles recaídas. Antes de ello se aplicaba nuevamente el InCaViSa y se daban carnets de seguimiento para tres meses. Al término de este periodo, se volvían a revisar los aspectos relevantes de bienestar ocurridos durante el lapso del seguimiento y se realizaba la tercera aplicación del InCaViSa, se entregaban nuevamente carnets suficientes para tres meses, correspondientes al último seguimiento y se daba por concluida la intervención.

Seguimiento Telefónico

Después de transcurrido el periodo de línea base, se llamaba a los pacientes un día antes de su cita para recordarles de la misma. En caso de que el paciente no asistiera a la sesión, se le llamaba para darle nueva cita.

Terminada la primera fase de intervención, se les llamaba al menos dos veces para recordarles que siguieran registrando las actividades del Carnet y la asistencia a su próxima sesión.

Resultados

Se computaron las frecuencias de las conductas en las nueve áreas contenidas en el carnet, en la condición de línea base (once pacientes en la condición inmediata y tres en la diferida), así como en la intervención y el primer seguimiento (diez de los catorce pacientes ya lo habían concluido al inicio de la preparación del presente informe). En el área de medicamentos y dieta variaban las posibles frecuencias "tope" ya que cada paciente tenía su propio régimen en la toma de medicamento y alimentación. En las áreas ejercicio, desempeño laboral, sueño, actividad sexual, interacción social y distracción la frecuencia máxima por día era 1 y la mínima era 0, donde 1 significaba haberlo realizado y 0 no. Así, por semana 7 era la frecuencia máxima y 0 la mínima, donde 7 se registraba como "lo realizó" cada día. Cero u otro número menor a 7 era el número de veces que lo había realizado por semana.

También en cuanto a las frecuencias de conductas de riesgo, los topes máximos variaban en virtud de no esperarse, por el tratamiento, el mismo número de conductas. Unos tenían que dejar de comer dulces, otros disminuir el consumo de tortillas o en el caso de los pacientes diabéticos con hipertensión debían disminuir el consumo de sal común (NaCl).

Al concluir el cómputo de frecuencias de todas las áreas y pacientes se transformaron los datos en porcentajes. El porcentaje de adherencia se determinó, con la fórmula de Feinstein (1974) o

por extensión de ésta. El porcentaje de adherencia es igual al número de dosis tomadas por el paciente dividida entre el número de dosis prescritas para él (ella) y multiplicando el cociente resultante por 100. De esta manera, dicha fórmula aplicada al resto de las conductas se convierte en: Porcentaje de adherencia = número de conductas realizadas por el paciente a la semana sobre el número de conductas prescritas o esperadas bajo el tratamiento para ese periodo \times 100

Los porcentajes se calcularon por semana para cada una de las nueve áreas en la condición de línea base, intervención y primer seguimiento respectivamente en los catorce pacientes en las áreas: toma de medicamentos, dieta, ejercicio, bienestar laboral, sueño, actividad sexual, interacción social, distracción, y conductas de riesgo.

Para calcular el porcentaje por paciente de adherencia y bienestar se hizo la sumatoria del total de frecuencias observadas por condición, dividida por el total posible o esperado dado el tratamiento personal del paciente \times 100, para las variables de adherencia, y desempeño laboral, sueño, interacción social, actividad sexual y distracción para las de bienestar.

La Tabla 2 muestra los efectos de la intervención sobre los porcentajes de adherencia terapéutica, bienestar, conductas de riesgo y glucosa antes y después de la intervención y el porcentaje de ganancia entre cada una. Los datos señalados con asterisco se refieren a la condición de intervención ya que, al momento de elaborar este informe no se contaba aún con datos del primer seguimiento.

Tabla 2
Porcentaje de adherencia y bienestar.
Resultados por paciente.

Paciente	% de adherencia		% de ganancia	% de bienestar		% de ganancia
	pre	post		pre	post	
1	66%	58%	-8	82%	66%	-16
2	66%	80%	14	59%	53%	-6
3	71%	99%	28	58%	79%	21
4	89%	100%*	11	59%	62%*	3
5	69%	99%	30	55%	71%	16
6	72%	70%	-2	65%	70%	5
7	84%	97%	13	74%	73%	-1
8	50%	93%	43	37%	80%	43
9	92%	88%	-4	79%	75%	-4
10	71%	100%*	29	62%	88%*	26
11	98%	99%*	1	77%	79%*	2
12	50%	92%	42	53%	79%	26
13	100%	100%*	0	80	80*	0
14	25%	99%	74	4.2%	79%	74

*Estos datos son de intervención ya que no se cuenta aún con primer seguimiento.

Los porcentajes de cambio más altos en adherencia (mayores a 25%) se observaron en los pacientes tres, cinco, ocho, diez, doce y catorce, cuyos porcentajes de línea base fluctuaron entre 25% y 70% de adherencia. Los pacientes que tuvieron mayores porcentajes de cambio fueron el ocho, doce y catorce, que presentaron porcentajes bajos en línea base. Los pacientes dos, cuatro y siete presentaron ganancias mayores a 10%. Se observaron porcentajes de cambio menores al 10 % sólo en las pacientes once y trece, en ambos casos el porcentaje inicial de adherencia era cercano al 100%. Finalmente, los pacientes uno seis y nueve mostraron una reducción del porcentaje de adherencia basal menor al 10%.

Los porcentajes de cambio más altos en bienestar (mayores a 25%) se observaron en los pacientes tres, ocho, diez, doce y catorce cuyos porcentajes basales fluctuaban entre 4 y 75 por ciento. Los pacientes que arrojaron mayores porcentajes de cambio fueron el ocho y el catorce que fueron los que presentaron un porcentaje basal menor a 35%. El paciente cinco presentó una ganancia mayor al 10%, los pacientes cuatro, seis y once presentaron una menor al 10%. Los pacientes uno, dos, siete, nueve mostraron una reducción en el porcentaje de bienestar. El único que se mantuvo en el mismo valor fue el paciente trece.

Resultados por área

Para describir los efectos de la intervención por área de cada paciente, se utilizó el promedio total de los porcentajes de adherencia o bienestar respectivamente en línea base, intervención y seguimiento, a fin de mantener completa la información de las conductas de los pacientes.

Las tablas 3 a la 11 muestran los efectos de la intervención sobre los porcentajes acumulados para cada condición de las conductas registradas en el carnet, en todos los casos se estableció como 100% de adherencia o bienestar el cumplimiento total de las conductas especificadas en el caso de adherencia y al número posible total en el caso de bienestar. El porcentaje de ganancia (g) se determinó calculando la diferencia entre la línea base y el seguimiento en los pacientes uno, dos, tres, cinco, seis, siete, ocho, nueve, doce y catorce y línea base e intervención de los pacientes cuatro, diez, once y trece. Se presentan los resultados por área de los catorce pacientes que concluyeron su tratamiento, al momento de preparar el presente informe contándose sólo con los resultados del primer seguimiento de diez pacientes.

Medicamentos (Tabla 3) El paciente catorce mostró, de línea base a seguimiento, una mejoría en adherencia medicamentosa mayor al 25%, la paciente seis presentó un porcentaje menor 15%. Los pacientes tres, siete, diez, doce y trece no presentaron cambios en el porcentaje de adherencia manteniéndose con un porcentaje de 100%. El resto de los pacientes mostraron una disminución entre el 25% y 5% (uno, dos, cinco, seis, ocho, nueve y once).

En el área de dieta (Tabla 4) presentaron una mejoría de línea base a post-intervención mayor al 35% los pacientes tres, doce y catorce; el paciente siete presentó un aumento cercano al 5%. Se mantuvieron en el porcentaje inicial (en techo de 100%) los pacientes dos, cinco, ocho, diez y trece. Disminuyeron los porcentajes de cuatro pacientes (uno, cuatro, nueve, once) entre 12% y .5% de línea base a seguimiento. Sólo el paciente seis mostró una disminución (de 7.4%) durante la intervención recuperándose con un aumento del 17% en el seguimiento.

Tabla 3
Porcentajes del área de medicamentos y la ganancia
observada entre línea base y seguimiento
Resultados por paciente

Paciente	Línea Base	Intervención	Seguimiento	Ganancia LB/SEG
1	100	82.1	99.6	-0.4
2	98.2	100	100	1.8
3	100	100	100	0
4	83.6	100		-16
5	100	95.8	100	0
6	95.2	90.4	100	4.8
7	100	100	100	0
8	100	98.6		-1.4
9	100	100	93.4	-6
10	100	100		0
11	100	74.6	88.4	11.6
12	100	100	100	0
13	100	100		0
14	73	99.8	100	27

Tabla 4
Porcentajes del área de dieta y la ganancia observada entre
línea base y seguimiento
Resultados por paciente

Paciente	Línea Base	Intervención	Seguimiento	Ganancia LB/SEG
1	100	100	92.3	-7.7
2	100	100	100	0
3	14.2	49.2	97.2	83
4	100	99.4		-6
5	100	100	100	0
6	80	72.6	97	17
7	95.2	100	100	4.8
8	100	100		0
9	100	100	99.6	-4
10	100	100		0
11	100	100	88.2	-11.8
12	8	56	100	92
13	100	100		0
14	51	86	100	49

En cuanto a ejercicio (Tabla 5) presentaron una ganancia mayor al 50% los pacientes dos, diez, catorce. Los pacientes doce y siete la mostraron mayor al 25% y de menor del 20% los pacientes cuatro, cinco y ocho. Se mantuvieron en un techo de 100% los pacientes uno, once y trece. Mostraron una disminución del porcentaje de adherencia en ejercicio menor al 30% los pacientes tres, seis y nueve.

En conductas de riesgo (Tabla 6) Los pacientes siete, ocho, nueve, once y doce mostraron una reducción de conductas de riesgo mayor a 30%. Los pacientes cuatro, diez y trece disminuyeron la conducta de riesgo entre un 15 y 10%. Se mantuvieron en cero conducta de riesgo los pacientes uno y cinco. Presentaron un aumento de conducta de riesgo menor a 15% durante intervención y disminución del mismo en seguimiento los pacientes dos y catorce. Sólo en los pacientes tres y seis aumentó el porcentaje 15% y 41% respectivamente.

En el área de bienestar en el trabajo (Tabla 7) el paciente catorce mostró un aumento del porcentaje de bienestar del 100%, esto quiere decir que la paciente no trabajaba y en intervención y seguimiento lo hacía diariamente. Los pacientes cinco, once y doce presentaron una mejoría mayor al 25% y menor a esta el paciente diez. Así mismo la paciente dos presentó una disminución del 30% y los pacientes uno, tres, cuatro, seis, nueve y siete presentaron una disminución menor al 15%. Se mantuvieron en techo de 100% los pacientes ocho y trece.

En el área de sueño (Tabla 8) presentaron un aumento del 50% los pacientes tres, doce y catorce; del 30% el paciente diez y menor los pacientes cuatro y seis. Se mantuvieron en 100% los pacientes cinco, once y trece. Mostraron una disminución del

Tabla 5
Porcentajes del área de ejercicio y la ganancia observada
entre línea base y seguimiento

Resultados por paciente

Paciente	Línea Base	Intervención	Seguimiento	Ganancia LB/SEG
1	0	0	0	0
2	0	78	60	60
3	100	100	98.8	-1.2
4	85.7	100		14.3
5	78.5	60	97.4	18.9
6	42.8	60	14	-28.8
7	57.1	64	91.6	34.5
8	96.2	98		1.8
9	92.8	85.7	72.6	-20.2
10	14.2	100		85.8
11	100	100	100	0
12	0	24	42.8	42.8
13	100	100		0
14	28	95.2	98.8	70.8

Tabla 6
Porcentajes del área de Conductas de riesgo y la ganancia
observada entre línea base y seguimiento
Resultados por paciente

Paciente	Línea Base	Intervención	Seguimiento	Ganancia LB/SEG
1	0	0	0	0
2	0	4	0	0
3	19	53.9	34.1	-15.1
4	14.2	3.1		11.1
5	0	0	0	0
6	26	41.6	67	-41
7	38	4.7	.3	37.7
8	83.3	41		42.3
9	66	66	7.9	58.1
10	32.1	16		16.1
11	33	0	0	33
12	53.4	52	16.1	37.3
13	12.5	0		12.5
14	0	11	0	0

Tabla 7
Porcentajes del área de bienestar laboral y la ganancia
observada entre línea base y seguimiento
Resultados por paciente

Paciente	Línea Base	Intervención	Seguimiento	Ganancia LB/SEG
1	100	100	94	-6
2	100	100	61	-39
3	100	100	93.7	-6.3
4	100	96.6		-3.4
5	64.2	91	94.8	30.6
6	78.5	78.5	72.5	-6
7	100	82.1	91.6	-8.4
8	100	100		0
9	100	85.7	95	-5
10	100	93.6		-6.4
11	71.4	100	100	28.6
12	50	96.4	100	50
13	100	100		0
14	0	100	100	100

Tabla 8
Porcentajes del área de sueño y la ganancia observada entre
línea base y seguimiento
Resultados por paciente

Paciente	Línea Base	Intervención	Seguimiento	Ganancia LB/SEG
1	100	100	95.2	-4.8
2	96.4	42.8	8	-88.4
3	0	80.9	100	100
4	78.5	88		9.5
5	100	86	98	-12
6	71.4	89.2	76	4.6
7	100	100	97.6	-2.4
8	96.2	96		-.2
9	100	85.7	95.2	-4.8
10	50	80		30
11	100	100	100	0
12	30	93.9	71.4	41.4
13	100	100		0
14	28.5	100	100	71.5

porcentaje de bienestar menor al 15% los pacientes uno, dos, cinco, siete y ocho y nueve.

En cuanto a actividad sexual (Tabla 9) el paciente diez presentó un aumento del porcentaje de bienestar del 40%, de 10% los pacientes cinco y siete. Se mantuvieron en 0% los pacientes dos, tres, ocho, once, doce, trece y catorce. Disminuyó el porcentaje de bienestar (11%) de los pacientes uno, cuatro, seis y nueve.

En el área de interacción social (Tabla 10) presentaron un aumento del porcentaje de bienestar del 50% los pacientes cinco, diez, doce y catorce; menor o igual a 20% los pacientes cinco y seis; menor a 10% los pacientes cuatro y nueve. Se mantuvieron en 100% el paciente uno y trece. Disminuyó 25% la conducta de los pacientes dos, tres, siete y ocho. Un paciente (once) presentó una disminución del 40 % en tratamiento y el mismo lo recuperó durante el seguimiento.

Por último en el área de distracción (Tabla 11) mostraron una ganancia mayor al 50% los pacientes dos y catorce, del 35% el paciente doce, así mismo los pacientes tres, cuatro y seis presentaron un porcentaje de ganancia del 15%. Se mantuvieron en 100% los porcentajes de bienestar de los pacientes ocho, once y trece. Sólo el paciente uno mostró una reducción del porcentaje de bienestar del 70%. Los pacientes cinco, siete, nueve y diez mostraron una disminución del porcentaje de bienestar del 15% o menos.

Tabla 9
Porcentajes del área de actividad sexual y la ganancia
observada entre línea base y seguimiento
Resultados por paciente

Paciente	Línea Base	Intervención	Seguimiento	Ganancia LB/SEG
1	14.2	14.2	13	-1.2
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	28.5	17.4		-11.1
5	14.2	31	25	10.8
6	14.2	14.2	13.1	-1.1
7	0	0	9.5	9.5
8	0	0		0
9	7.1	0	1.1	-6
10	42.8	87		44.2
11	0	0	0	0
12	0	18	0	0
13	0	0		0
14	0	0	0	0

Tabla 10
Porcentajes del área de Interacción Social y la ganancia
observada entre línea base y seguimiento
Resultados por paciente

Paciente	Línea Base	Intervención	Seguimiento	Ganancia LB/SEG
1	100	100	100	0
2	100	100	71.4	-28.6
3	100	100	92.8	-7.2
4	7.1	17.4		10.3
5	0	68.8	42.8	42.8
6	78.5	89.2	98.9	20.4
7	78.5	64.2	75	-3.5
8	100	98.6		-1.4
9	92.8	100	98.8	6
10	21.4	80		58.6
11	100	60	100	0
12	46	72	100	54
13	100	100		0
14	0	90.4	100	100

Tabla 11
Porcentajes del área de Distracción y la ganancia observada
entre línea base y seguimiento
Resultados por paciente

Paciente	Línea Base	Intervención	Seguimiento	Ganancia LB/SEG
1	100	100	29.7	-70.3
2	0	100	71.4	71.4
3	92.8	100	100	7.2
4	85.7	100		14.3
5	100	95.5	96.1	-3.9
6	85.7	89.2	100	14.3
7	92.8	89.2	90.4	-2.4
8	100	100		0
9	100	100	83.3	-16.7
10	100	93		-7
11	100	100	100	0
12	61.5	90	100	38.5
13	100	100		0
14	14.2	97.6	100	85.8

Resultados generales

La Tabla 12 muestra los efectos de la intervención sobre los porcentajes de adherencia terapéutica y bienestar en las tres condiciones y el porcentaje de ganancia de una a otra condición y la total. Cada porcentaje se calculó sumando las frecuencias acumuladas de cada paciente en cada una de las nueve áreas por condición, dividiéndolas entre las frecuencias toques posibles y multiplicando por 100. Los datos se encuentran ordenados de acuerdo al porcentaje de ganancia LB/SEG de mayor a menor.

En línea base las áreas que presentaron un porcentaje mayor al 50% fue toma de medicamentos (90.2%), trabajo (80.6%), dieta (79.7%), diversión (78.9%), dormir bien (71.3 %) y estar con amigos (64.5%); mostraron un porcentaje menor al 50% las áreas de ejercicio (46.1%), conductas de riesgo (25.8%) y actividad sexual (8.6%). Durante la intervención presentaron un incremento mayor al 10% adherencia medicamentosa (g.24.1%), sueño (g.13.1%), interacción social (g.13%) y distracción (g.11.3%); así como una ganancia mayor al 5% las áreas de trabajo (g.6.8%) y dieta (g.5.9%).

El área de actividad sexual mostró un aumento del 4.2%, y la de medicamentos decrementó un .4%. Vistos en el seguimiento, hubo incremento de más del 10% en las áreas de dieta (g.11.4%) e interacción social (g. 10.4%); así como incrementos mayores al 5% en sueño (g.6.7%) y medicamentos (g.6%) y menor al 5% en trabajo (g.2.1%) y ejercicio (.7%). Disminuyeron los porcentajes de las áreas diversión y conducta de riesgo con un 4.3% y actividad sexual con 3.93%. En general las áreas que presentaron mayor ganancia fueron la actividad física (ejercicio) con ganancia línea base-seguimiento del 24.8%, le siguió interacción social con 23.4%,

Tabla 12

Porcentaje de ganancia en adherencia terapéutica y bienestar.

Resultados generales de toda la muestra.

Área	Línea Base	Intervención con un rango de 4 a 8 sesiones	% de ganancia	Seguimiento 3 meses	% de ganancia	% de ganancia LB/SEG
Ejercicio	46.1	70.2	24.1	70.9	0.7	24.8
Estar amigos	64.5	77.5	13	87.9	10.4	23.4
Dormir bien	71.3	84.4	13.1	91.1	6.7	19.8
Dieta	79.7	85.6	5.9	97	11.4	17.3
Trabajo	80.6	87.4	6.8	89.5	2.1	8.9
Diversión	78.9	90.2	11.3	85.9	-4.3	7
Medicamentos	90.2	89.8	-0.4	95.8	6	5.6
Act. Sexual	8.6	12.8	4.2	8.87	-3.93	.27
Cond. Riesgo	25.8	18.7	-7.1	14.4	-4.3	-11.4

* Cada porcentaje se calculó sumando los porcentajes de cada paciente en cada una de las nueve áreas y durante las condiciones de línea base, intervención y seguimiento, dividiendo entre los porcentajes posibles y multiplicando por 100.

* Ordenados de acuerdo al porcentaje de ganancia LB/SEG (mayor a menor).

sueño con 19.8% y dieta con 17.3%. Las áreas que presentaron una ganancia menor al 10% incluyeron trabajo (g. 8.9%), distracción (g.7%) medicamentos (g.5.6%) y actividad sexual (g.27). La reducción en cuanto a la presentación de la conducta la presentó únicamente la conducta de riesgo con un -11.4%.

Para estimar la significancia estadística de los efectos de la intervención a través del cambio pre-post en las frecuencias de las conductas se utilizó la prueba de rangos (intervalos) asignados de Wilcoxon. Se seleccionó esta prueba debido a que las dimensiones de los datos oscilan entre los niveles nominal y ordinal de medida y pertenecen a dos muestras relacionadas donde cada sujeto es su propio control y el tamaño del grupo es de 14 pacientes. A pesar de que, en estricto sentido estadístico, faltó un sujeto para poder aplicar la prueba t (su equivalente paramétrica) la naturaleza de las comparaciones y el objetivo expreso del presente estudio de documentar réplicas individuales de los efectos clínicos, en el presente caso la ausencia de un análisis paramétrico no parece restar significado clínico a los datos (Siegel & Castellan, 1972).

La tabla 13 incluye muestra los niveles de significancia de los cambios del pre al post test establecidos a través de la prueba de rangos asignados de Wilcoxon para cada área. Las áreas que resultaron estadísticamente significativas fueron ejercicio con una probabilidad asociada de .012, interacción social con .036 y distracción con .048.

Un correlato fisiológico

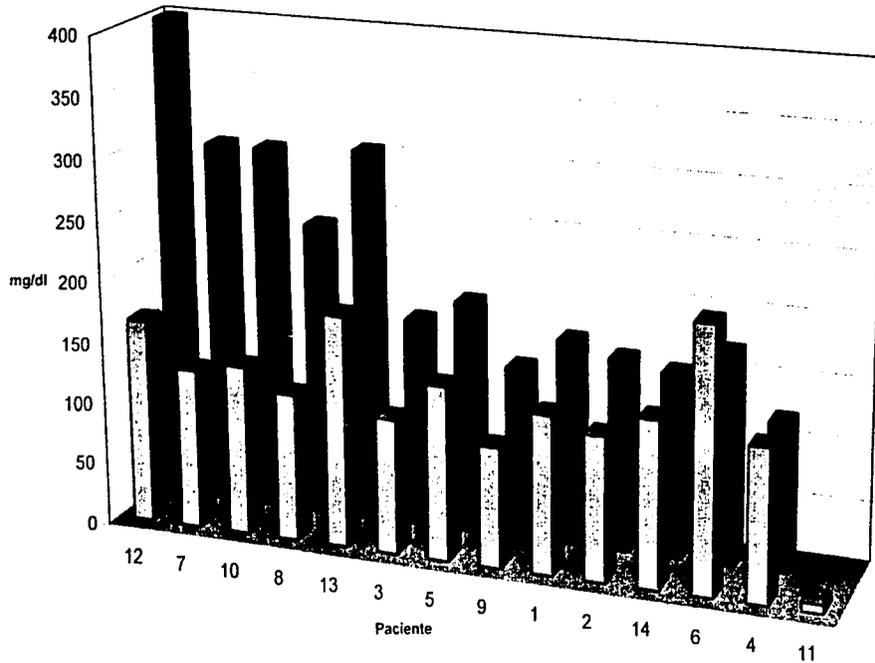
La figura 1 muestra los cambios en glucosa en sangre por paciente, antes y después de la intervención. Estos datos se

Tabla 13
Nivel de significancia por área.

Área	Nivel de significancia
Toma de medicamentos	.312
Alimentos	.261
Ejercicio	.012 *
Desempeño laboral	.322
Sueño	.203
Actividad sexual	.317
Interacción social	.036 *
Distracción	.048 *
Conductas de riesgo	.153

* Áreas con mayor significancia.

Fig. 1 Medidas de glucosa en sangre antes y después de la intervención.



	12	7	10	8	13	3	5	9	1	2	14	6	4	11
□ glucosa post	167	130	138	120	189	110	142	98	129	118	136	216	125	7.1
■ glucosa pre	400	300	300	240	305	170	188	140	168	157	150	172	121	8

recolectaron del expediente de los pacientes. Sólo en el caso del paciente once se muestra el promedio de glucosa en sangre de tres meses (hemoglobina glucosilada). Las barras representan el nivel de glucosa en sangre en donde la ordenada muestra el nivel de glucosa y la abscisa muestra el número de paciente ordenado por el porcentaje de ganancia (de mayor a menor) y la tabla de datos de los porcentajes obtenidos. La barra gris clara representa en nivel de glucosa en línea base y la gris oscura la medida después de la intervención o seguimiento según el caso.

El paciente que presentó un mayor porcentaje de ganancia entre la medida pre y post de glucosa en sangre fue el paciente doce con una reducción de 233mg/dl; cuatro pacientes tuvieron una reducción mayor a 100%, el siete (170mg/dl), el diez (162 mg/dl), el ocho (120mg/dl) y el trece (116mg/dl). Los otros cinco pacientes tuvieron una ganancia menor al 50%, estos fueron el paciente cinco (46mg/dl), nueve (44mg/dl), uno (42mg/dl), dos (39mg/dl) catorce (14mg/dl) y cuatro (4mg/dl). Sólo el paciente seis mostró un incremento de glucosa de pre a post de 44 mg/dl. Como se mencionó previamente, los datos del paciente once se derivan de otra medida de glucosa en sangre (hemoglobina glucosilada), este tiene una medida de 8 antes de la intervención y de 7.1 después de la misma. Bajo la gráfica se muestra el nivel de significancia de los cambios del pre al post test establecidos a través de la prueba de rangos (intervalos) asignados de Wilcoxon de la medida de glucosa con una $p=0.008$.

Pacientes modales

Con objeto de cualificar el monto de los cambios vistos desde la óptica del número de pacientes beneficiados por el tratamiento,

las figuras 2 a la 7 muestran los datos de adherencia y bienestar de tres pacientes cada uno de ellos representativos de los posibles resultados de la intervención, agrupados por tamaño y/o dirección del cambio: el primero representa los pacientes menos beneficiados con la intervención (14% del total de pacientes), el segundo representa a la mayoría de los pacientes mediante un paciente modal (71% del grupo) y el tercero es el ejemplo del paciente más beneficiado (14% del grupo). Las líneas representan el número de veces que se registró la conducta durante una semana, donde la ordenada representa el número de oportunidades por semana y la abcisa el número de semana y la tabla de datos donde se muestran las frecuencias semanales.

Las figuras 2 a la 3 muestran los resultados del paciente menos beneficiado en indicadores de bienestar y adherencia.

En la primera línea, correspondiente al registro de la toma de medicamentos, se observa que durante la línea base y las primeras cuatro sesiones no se adhiere por completo a su régimen medicamentoso. A partir de la penúltima sesión se observa un aumento en el registro de toma de medicamentos que corresponde a una adherencia completa, y que se mantiene durante las doce semanas de seguimiento. En la segunda línea, correspondiente a dieta, se observa un efecto de techo, ya que desde la línea base llevaba una dieta adecuada, que sólo el la penúltima semana del seguimiento muestra un ligero aumento en la cantidad de alimentos. La tercera línea representa el registro de ejercicio, se observa que durante la línea base no ocurre esta conducta y a partir de la tercera sesión comienza a presentarse alcanzando su máximo nivel (dos veces por semana) durante la sexta y séptima sesión. Disminuye durante el seguimiento, pero continúa haciendo ejercicio al menos una vez por semana. Las

Fig 2 Registro semanal de las conductas de adherencia en el paciente menos

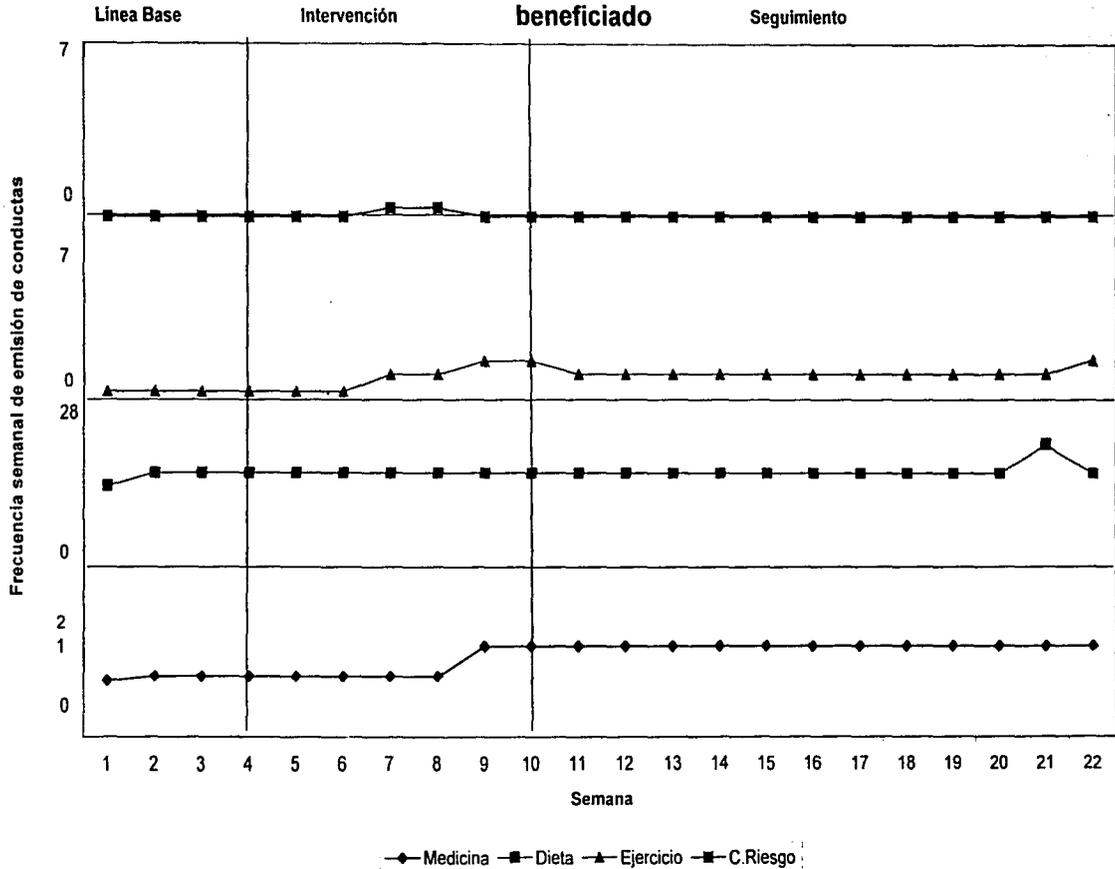
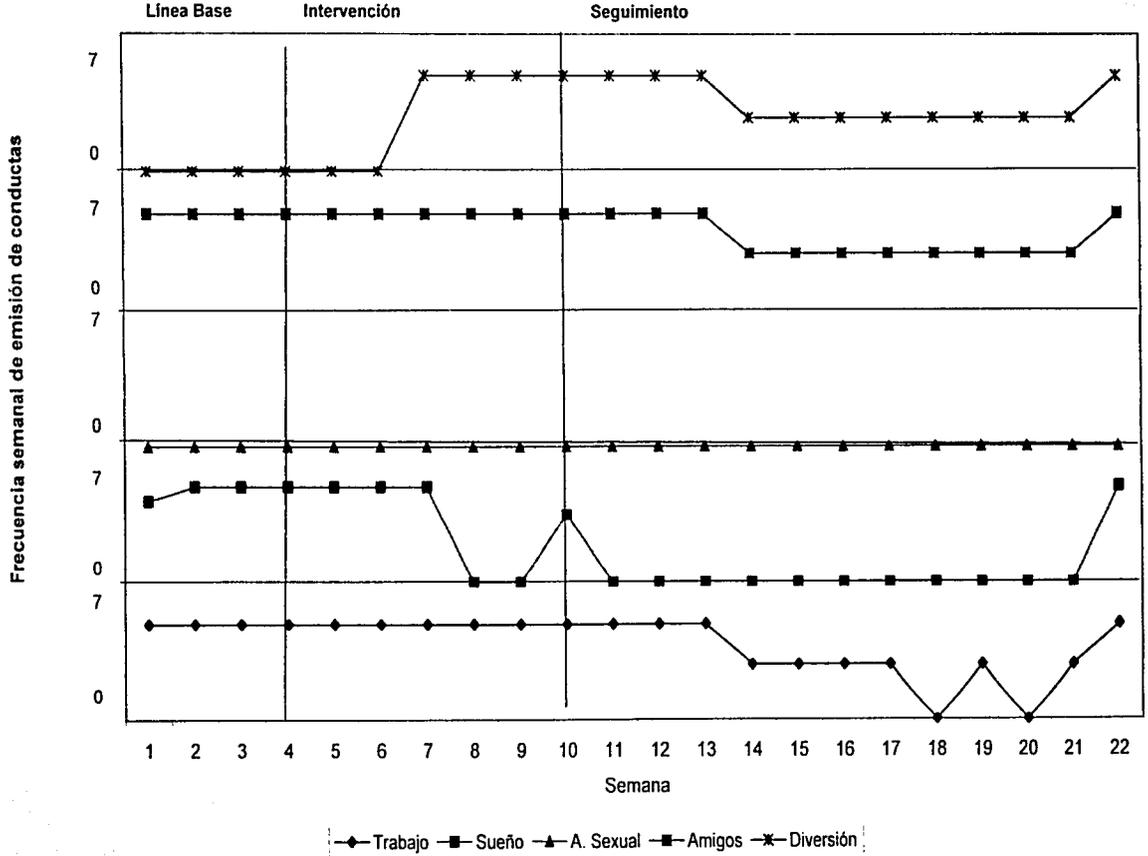


Fig 3 Registro semanal de bienestar del paciente menos beneficiado



conductas de riesgo están representadas en la cuarta línea, en ella se observa un efecto de piso, ya que éstas sólo se presentaron en dos ocasiones durante el tratamiento.

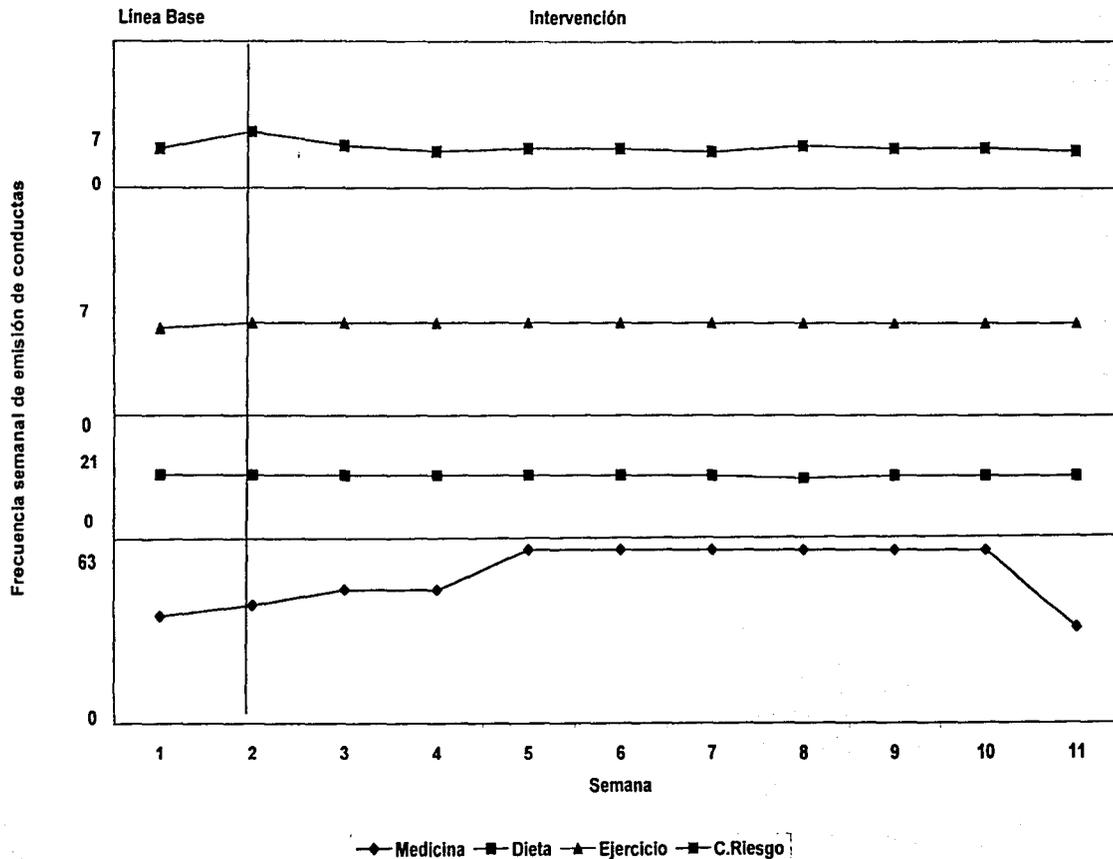
En la primera línea de la figura 3, correspondiente a desempeño en el trabajo se muestra cómo durante línea base, intervención y la tercera semana de seguimiento presenta el nivel máximo, decrecentando a las ocho semanas durante el seguimiento y regresando a su máximo en la última semana del mismo. La segunda línea representa el registro de sueño que durante línea base tiene un aumento hasta la cuarta semana de intervención donde presenta un decremento total hasta la penúltima semana de seguimiento. La tercera línea representa el registro de la actividad sexual que tiene un valor de cero durante todas las condiciones. La cuarta línea presenta el registro de interacción social en donde se muestra la conducta en su máximo valor posible hasta la cuarta semana de seguimiento en donde muestra un decremento en ocho semanas del seguimiento.

La quinta línea corresponde al área de distracción que durante la línea base hasta la segunda semana de intervención no se presenta sino hasta la cuarta semana, manteniéndose así hasta la cuarta semana de seguimiento. Presenta este curso hasta la última semana de seguimiento.

Las figuras 4 y 5 muestran los resultados obtenidos en adherencia y bienestar del paciente modal (el más similar a la mayoría de los pacientes representando al 71% de ellos).

En la primera línea, correspondiente al registro de toma de medicamentos se observa que durante la línea base y las primeras tres sesiones de tratamiento no se adhiere debidamente a su régimen medicamentoso. A partir de la cuarta sesión se observa

Fig 4 Registro de conductas de adherencia del paciente modal



un aumento en el registro de toma de medicamentos que corresponde a la adherencia total, y se mantiene hasta el término de la intervención. En la segunda línea correspondiente a dieta se observa un efecto de techo, ya que desde la línea base llevaba una dieta adecuada. La tercera línea representa el registro de ejercicio, durante la primera semana de línea base realiza seis de siete la conducta, a partir de la segunda semana de línea base comienza a presentar el máximo de conducta misma que se sostiene hasta el término de la intervención. Las conductas de riesgo están representadas en la cuarta línea, en ella se observa un decremento de línea base a intervención.

La figura 5 representa en la primera línea el registro de bienestar en el trabajo que muestra durante línea base hasta la tercera semana de intervención una disminución de la misma, estableciéndose en su máximo valor en la quinta semana de intervención. El registro de sueño aparece en la segunda línea de la gráfica y presenta inestabilidad sólo hasta la segunda semana de intervención, manteniéndose en su máximo valor hasta el final de ésta. La tercera línea representa conducta sexual misma que se presenta una vez a la semana hasta la segunda semana de intervención, y no se presenta hasta la octava semana de intervención. La cuarta línea se refiere a la interacción social, está no se presenta durante línea base hasta la segunda semana de intervención, disminuyendo en las últimas semanas de intervención. La conducta de distracción (recreación) está representada en la quinta línea, durante la línea base tiene un valor inferior al máximo y aumenta a partir de la segunda semana basal hasta la última semana de intervención.

Las figuras 6 y 7 muestran los resultados obtenidos en adherencia y bienestar del paciente modal del tratamiento. En la

Fig 5 Registro semanal de bienestar del paciente modal

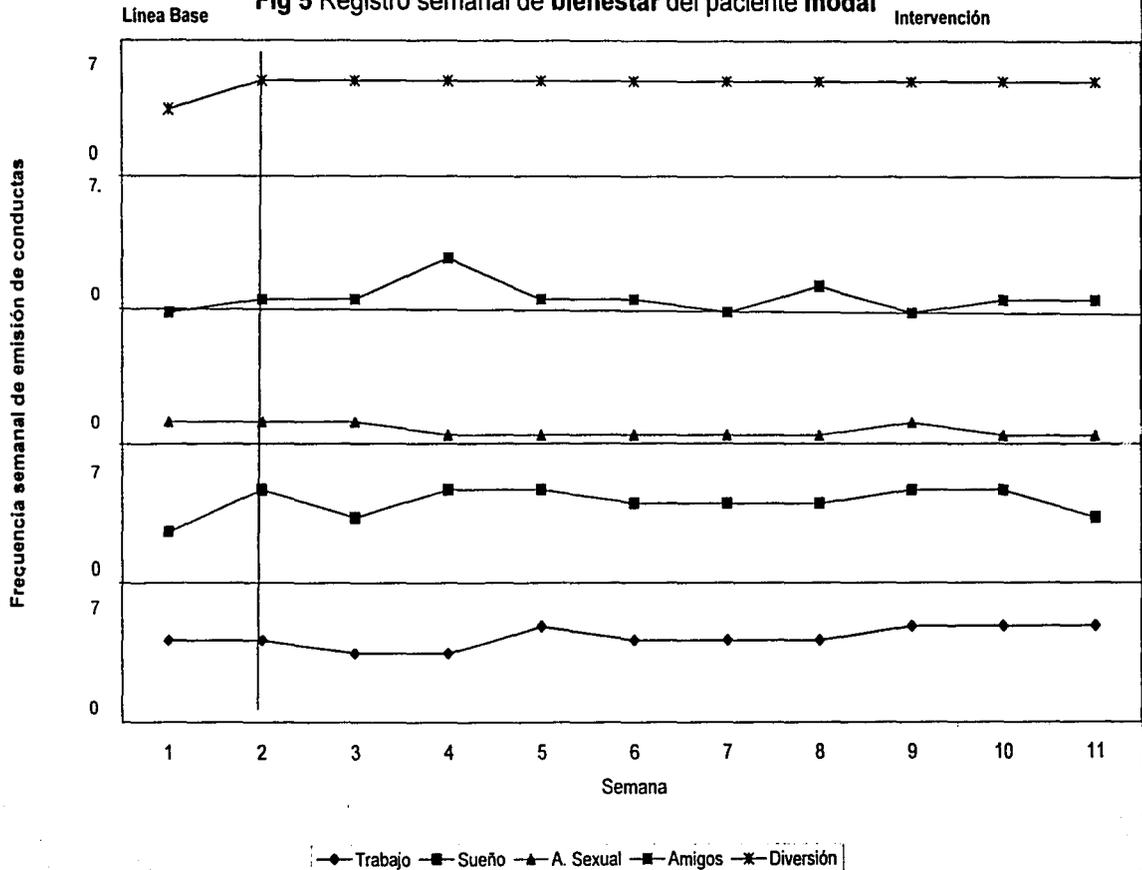


Fig 6 Registro semanal de las conductas en adherencia del paciente más beneficiado

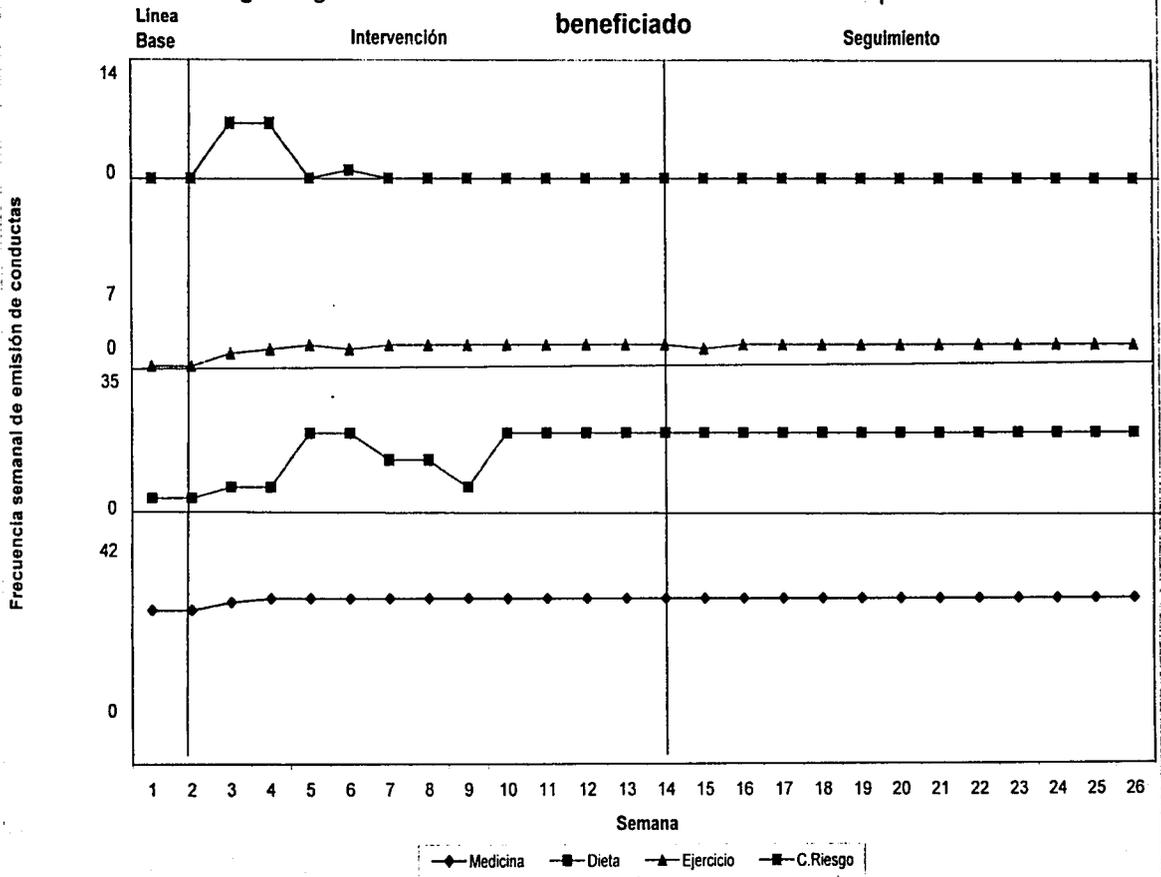
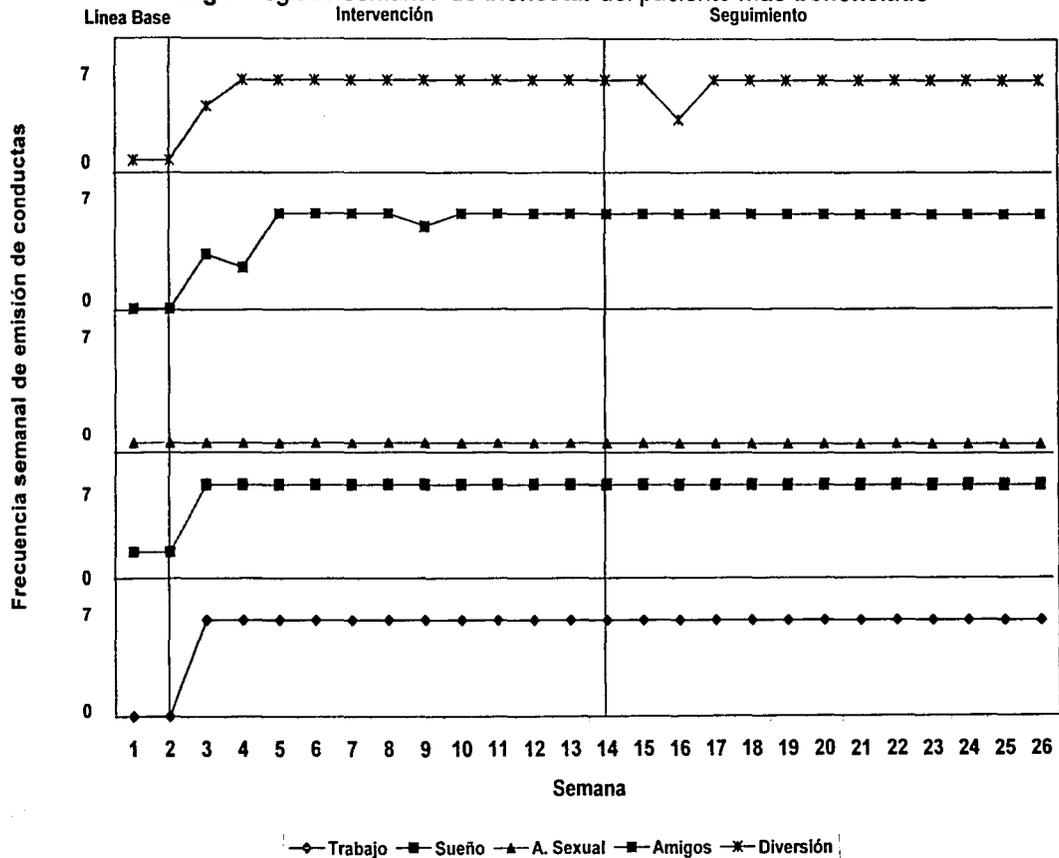


Fig 7 Registro semanal de bienestar del paciente más beneficiado



primera línea, correspondiente al registro de la toma de medicamentos, se observa que durante la línea base no se adhiere por completo al régimen medicamentoso. A partir de la primera sesión se observa un aumento en el registro de toma adecuada de medicamentos que corresponde a una adherencia total, y que se mantiene durante el resto de la intervención y las doce semanas de seguimiento. En la segunda línea, correspondiente a dieta, se observa que no seguía la dieta hasta la octava sesión de intervención cambiando posteriormente y manteniéndose hasta el seguimiento. La tercera línea representa el registro de ejercicio, se observa que durante la línea base no realiza la conducta completamente sino hasta la sexta sesión de intervención, manteniéndose en el seguimiento. Las conductas de riesgo están representadas en la cuarta línea, en ella se observa como éstas ocurren en línea base y disminuyen a partir de la quinta sesión de intervención, continuando así hasta el término del seguimiento.

En la figura 5 se muestra cómo en la primer línea (trabajo), segunda (sueño), cuarta (interacción social) y quinta (distracción) no aparecen valores adecuados durante línea base sino hasta la segunda sesión de intervención, manteniéndose así hasta la última semana de seguimiento. La conducta sexual se presenta en las tres condiciones con el mínimo valor

Discusión

El presente estudio tuvo como propósitos mejorar la adherencia terapéutica y bienestar psicológico en pacientes con diabetes a través de una intervención cognoscitivo-conductual y analizar la sensibilidad de un registro conductual directo, claro y sencillo de conductas de adherencia y bienestar en dichos pacientes.

Los resultados permiten, en general, la conclusión de que la adherencia terapéutica y el bienestar mostraron mejoría atribuible, al menos en buena parte, a la instrumentación de las intervenciones cognoscitivo-conductuales dirigidas a las necesidades particulares de cada caso. La intervención incluyó aspectos como información sobre el padecimiento, un protocolo de adherencia terapéutica, reestructuración cognoscitiva y el aprendizaje de técnicas de afrontamiento, autoregulación y solución de problemas.

Se lograron cambios estadísticamente significativos en las áreas de ejercicio, interacción social y recreación (distracción). El resto de las áreas, si bien no revelaron un nivel estadístico de significancia muestran mejorías que afectaron a la mayoría de las variables en la mayoría de los pacientes. Autores como Kazdin (1977) han llamado la atención respecto de que los efectos de las intervenciones no deben solamente evaluarse por la probabilidad de que los cambios puedan atribuirse a factores aleatorios, sino por sus beneficios, el impacto en el paciente o su influencia para hacer una diferencia en la vida de las personas. Entre otros criterios se establecen como clínicamente importantes aquellos cambios que reduzcan los riesgos en problemas de salud.

De igual manera Jacobson (1991) ha propuesto que basarse sólo en la significancia estadística para evaluar la eficacia de una intervención es limitado ya que aquélla no provee información sobre la variabilidad de la respuesta al tratamiento dentro de un grupo y en el contexto de pacientes específicos. La mayoría de los estudios con análisis de intervenciones señala un mínimo de 10% de cambio en las escalas y mediciones como evidencia de mejoría. En el presente análisis se consideran como modestos cambios (generales e individuales) menores al 20%. El área de ejercicio e interacción social coincidieron en porcentaje de ganancia como dos de las áreas con significancia estadística. Le siguieron las áreas de sueño y dieta con una ganancia mayor al 15%.

Un hallazgo complementario en las áreas que presentaron niveles bajos de adherencia antes de la intervención fueron el cumplimiento de dieta, ejercicio y conductas de riesgo lo que reitera los resultados de Watkins, Roberts, Williams, Martín y Coyle (1967), se detectó a través de la bitácora terapéutica y las anotaciones clínicas. Gran parte de estos problemas se debieron, en efecto, a factores relacionados con el paciente. Estos incluyeron escasa información o desconocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento; creencias disfuncionales relacionadas a la enfermedad, actitudes negativas hacia la dieta, deficiente entrenamiento para que el paciente y la familia formara parte en su tratamiento (Sánchez-Sosa, en prensa), también parece vincularse con factores relacionados con la enfermedad como estados emocionales inducidos por ésta incompatible con la adherencia al tratamiento tales como depresión y ansiedad. (Robles, en prensa).

Adicionalmente se mostró cómo los diferentes padecimientos crónicos tienen problemas de adherencia diferentes. El protocolo para mejorar adherencia terapéutica en un inicio sólo se aplicaba para toma de medicamentos (Safren, 2001) y se modificó para adherencia a dieta y ejercicio. Las conductas de riesgo que más se presentaron incluyeron el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar y carbohidratos, así como alcohol y tabaco.

En cuanto a bienestar las áreas que presentaron mayor deterioro fueron interacción social, dormir bien y recreación (distracción) lo que apoya los hallazgos de Blanco (1986) y Dupuy (1978) señalando la importancia de promover estos indicadores psicológicos hacia la satisfacción de los individuos, reflejándose su influencia sobre la propia enfermedad. Los datos también coinciden en sugerir las áreas que mejoran el bienestar más general como son la satisfacción de la vida de los individuos en relaciones interpersonales, distracción y sueño (Manocchia, Keller & Ware, 2001).

Los resultados, a partir de la aplicación de la intervención muestran, en términos generales, cambios clínicamente significativos en la mayoría de los casos y las áreas con un funcionamiento relativamente estable al final de la intervención y el seguimiento tal y como ocurre en otros estudios (Jacobson & Traux, 1991). Sería poco probable que los hallazgos pudieran explicarse en función del paso del tiempo o del efecto del regimen medicamentoso por sí mismos. Todos los pacientes se encontraban medicados desde al menos seis meses antes de comenzar la intervención y los cambios dentro de la línea base no fueron consistentes.

En cuanto al efecto de la intervención sobre una medida fisiológica crítica (glucosa) muestra que, además de que 42% de los pacientes tuvieron un porcentaje de ganancia en adherencia y bienestar mayores a 25% esos pacientes son prácticamente los mismos que mostraron cambios significativos en su nivel de glucosa, con excepción de un paciente (que era un paciente "techo") quien no presentó prácticamente variación en adherencia o bienestar pero sí un cambio importante en niveles de glucosa.

Los resultados de la validación del Carnet de Adherencia Terapéutica arrojaron una completa consistencia interjueces independientes mostrando al carnet como un registro conductual viable tanto para adherencia como para bienestar.

Hubo áreas en que el uso del carnet a veces resultó de difícil manejo para algunos pacientes (trabajo, dormir bien, actividad sexual, interacción social y distracción). En ocasiones se tenía que insistir para que se llenara de manera adecuada. Aparentemente el llenado es especialmente difícil en las áreas de dieta y conductas de riesgo, en el sentido de que se debían incluir todos y cada uno de los alimentos que consumía por día, aunado a diversas formas para calificarlos ya que era necesario utilizar diferentes criterios tales como frecuencia, calidad y duración. Estos hallazgos son, a su vez, congruentes con los de otros investigadores (Dunbar, Dunning & Dwyer, 1989). Los registros en el área sexual permitieron mostrar que la conducta variaba en frecuencia en cada paciente pero era difícil determinar una norma para establecer un porcentaje de bienestar percibido en esta área.

La medición de adherencia y bienestar en el paciente diabético es viable mediante la construcción y validación de instrumentos. El "carnet de adherencia terapéutica" permitió,

como en el caso de otros autores, monitorear la conducta con niveles de detalle que hubieran prácticamente imposibles sin el manejo del mismo (Stone, Porter & Neale, 1993; Breslin, O'Keeffe, Burell, Ratliff-Crain, 1995 & Hosek, 1997). Un ejemplo de ello fue la detección de los días en que se presentaban conductas de riesgo, hubo pacientes con mayores porcentajes de conductas de riesgo en fines de semana. En el área de medicamentos se podían resaltar los registros de modificaciones que hacía el médico del tratamiento farmacológico, lo que hacía posible indicar al terapeuta el por qué de la modificación en la frecuencia de la conducta del paciente.

La interpretación de resultados debe tomar en cuenta algunas limitaciones del estudio. Por un lado se presentaron problemas para conformar el grupo de aquellos pacientes que asistieron a todas las sesiones y que aunado a ello llenaran los carnets en las tres condiciones del estudio. Por lo que de antemano en cuanto a adherencia el grupo podría estar un tanto sesgado en el sentido de, que una mayoría de los pacientes presentaban menos problemas de adherencia que de bienestar.

Existen aspectos aún pendientes por evaluar tales como precisar cuáles son los indicadores psicológicos específicos y en qué grado se relacionan con una buena y mala adherencia terapéutica, se espera poder contestar parte de esta pregunta cuando el Inventario de Calidad de Vida y Salud esté validado y que el tamaño de la muestra total lo permita.

El avance que se logró en el presente estudio es sólo una parte de un proyecto más amplio de investigación sobre la valoración e intervención sobre adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con padecimientos crónicos.

Actualmente se está considerando analizar cómo el carnet funciona en otro tipo padecimientos crónicos y especificar su utilidad para la detección de cambios surgidos de diferentes técnicas y estrategias cognoscitivo-conductuales para probar la eficacia de las mismas.

En general, se espera haber contribuido al cúmulo de información orientada hacia el mejoramiento del bienestar del paciente crónico, especialmente en las condiciones endémicas de carencia de recursos de los países latinoamericanos.

Referencias

- Abbott, P.J., Moore, B., Delaney, H. & Weller, S. (1999). Retrospective analyses of additional services for methadone maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*.17 (1-2), 129-137.
- Alogna, N. (1980). Perception and severity of disease and health locus of control in compliant and noncompliant patients. *Diabetes Care*. (3): 533-534.
- American Diabetes Association. (1996). Vital statistics. Alexandria: *American Diabetes Association*.
- American Diabetes Association. (2001). Diabetes Mellitus and Exercise. *Clinical Practice Recommendations*. (24). Suppl 1.
- Andersen, R. M., Davidson, P. L. & Ganz, P.A. (1994). Symbiotic relationships of quality of life, health services and other health research. *Quality of life Research* (3): 365-371.
- Asociación Latinoamericana de la Diabetes (1998). *Revista de la asociación Latinoamericana de Diabetes*. Suppl. 1.
- Becker, M. H. & Maiman, L. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health* (6):113-135.
- Blanchard, C. M., Rodgers, W. M., Courneya, K. S., Daub, B. & Knapik, G. (2002). Does barrier efficacy mediate the gender-exercise adherence relationship during phase II cardiac rehabilitation? *Rehabilitation Psychology*. (47):106-120.
- Blanco, A. y Chacón, F. (1986). La evaluación de la Calidad de Vida. En J. Morales. *Psicología Social Aplicada*. Bilbao España. 183-210.
- Bordieri, J. E., Drehmer, D. E. & Taylor, D. W. (1997). Work life for employees with disabilities: Recommendations for promotion. *Rehabilitation Counseling Bulletin*.(40):181-191.

Brannon, L. & Feist, J. (1992). Health psychology. An Introduction to behavior and health (2a. ed.) California: Brooks/Cole. 32-34.

Breslin F., O'Keeffe M., Burrell L. & Ratliff-Crain J. (1995). The effects of stress and coping on daily alcohol use in women. *Addictive Behaviors*. (20):141-147.

Breslow, L. (1972). A quantitative approach to the World Health Organization definition of Health: Physical, mental and social well-being. In M. C. Nussbaum & S. Amartya (Eds). *The Quality of life* . New York: Oxford university Press, Inc.

Burnett, K. F. Taylor, F. & Agras, W. S. (1992). Ambulatory computer-assisted behavior therapy for obesity: An empirical model for examining behavioral correlates of treatment outcome. *Computers in Human Behavior*, (8): 239-248.

Burnier, M. & Bruner, H. R. (2001). Impact on clinical outcomes. In : L. Burke & I. Ocean (Eds.) Compliance in healthcare and research . *Monograph series*. 299-309. Arming, N.Y., U.S.: Future Publishing.

Caldwell, L. L., Finkelstein, J. W. & Demers, Beth. (2000). Exploring the leisure behavior patterns and experiences of youth with endocrinological disorders: Implications for therapeutic recreation source. *Therapeutic Recreation Journal*. (34): 236-249.

Cerkoney, A. B., & Hart, K. (1980). The relationship between the health belief model and compliance of persons with DM. *Diabetes Care*. (3): 594-598.

Clasificación y Diagnóstico de la Diabetes Mellitus. (1994). Grupo Nacional de Consenso en Diabetes. *Consensos Funsalud*. México: Fundación Mexicana para la Salud.

Clinical Practice Recommendations. (2001). Standards of Medical Care for patients with Diabetes Mellitus. *American Diabetes Association*. (24) Suppl. 1.

Condit, F. & Deakins, D. (1993). Hipoglucemiantes orales. *Nursing*. 8-16.

Consenso sobre la prevención, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus no insulino dependiente. (1998). *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*. Suppl.1.

Davis, W.K., Hess, G.E. & Hiss, R.G.(1988). Psychological correlates of survival in diabetes. *Diabetes Care*. (11): 538-545.

Day, R. L. (1987). Relationships between life satisfaction and consumers satisfaction. In A. Coskum Samli (Ed.). *Marketing and the quality of life interface*, New York: Quorum Books.

Dew, M. A. (1994). Behavioral factors in heart transplantation: Quality of life and medical compliance. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. (1): 65-69.

Diener, E. (1984) . Subjective well-being. *Psychological Bulletin* (95): 542-575.

Dunbar J., Dunning E.J., Dwyer, K. (1989). Compliance measurement with arthritis regimen. *Arthritis Care & Research*. 2 (3): 8-16.

Dupuy, H. J. (1978). Self representations of general psychological well-being of American adults. En R. Kamman, M. Farry, & P. Herbison, (1984). The analysis and measurement of happiness as a sense of well- being. *Social Indicators Research*.

Fajan, S.S. (1990). Classification and diagnosis. En Ellenberg, Rilkin. Edición (4ª). *Elsevier Science Publishing Co, Inc*. 343-346.

Feifer, C. & Tansman M. (1999).Promoting Psychology in Diabetes Primary Care. *Professional Psychology: Research and Practice*. (30):14-21.

- Feinstein, A. (1974). Biostatistical problems in compliance bias. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. (1): 846-857.
- Ferrer X.F., Kirschbaum, A., Toro, J. J., Muñoz, M. & Espinaza A. (1991). Adherencia al tratamiento de la tuberculosis en adultos en *Santiago, Chile. Oficina Saint Panamerican*: (111): 423-431.
- Flanagan, J. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33(2), 138-147.
- Flygenring J. (1984). Treatment of alcohol withdrawal symptoms in hospitalized patients: A randomized, double-blind comparison of carbamazepine and barbital. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (69): 398-408.
- Frans, M., Horton, E., & Bantle, J. (1994). Nutrition principles for the management of diabetes related complications. *Diabetes Care*. (17): 490-518.
- Friedman, H. & Taub, H. (1982). An evaluation of hypnotic susceptibility and peripheral temperature elevation in the treatment of migraine. *American Journal of Clinical Hypnosis*. (24) 3: 172-182.
- Garduño, J., Martínez, M. C., Fajardo, A., Ortega, M., Álvarez, A. y Vega V. (1992) Frecuencia y factores de riesgo asociados al incumplimiento terapéutico con metronidazol. *Revista de Investigación Clínica*. (44):253-240.
- Godding, V., Kruth, M. & Jamart, J. (1997). Joint consultation for high- risk asthmatic children and their families, with pediatrician and child psychiatrist as co-therapists: Model and evaluation . *Family Process*, 36(3), 265-280.
- González, J. A. (2001). Assessment and improvement of quality of life in VIH-positive patients. *Doctoral dissertation*, National University of Mexico.
- Grupo Nacional de Consenso en Diabetes. (1995). Epidemiología de la diabetes en México. *Consensos Funsalud. México: Fundación Mexicana Para la Salud*.

- Haynes, R.B. (1979). A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimens. In R.B. Haynes, D. W. Taylor, & D. L. Sackett (Eds), *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Harlord, E. & Lebovitz, M. (1995). Therapy of diabetes mellitus and complications. 2nd ed. *American Diabetes Association*.
- Hanson, C. L., Jeffa C. & Michael A. (1989). Model of associations between psychosocial variables and health outcome measures of adolescents with IDDM. *Diabetes Care*. (10) :752-758.
- Henry J.P. (1982). The relation of social to biological processes in diseases. *Social Sciences & Medicine*. 16 (4): 369-380
- Hepburn, D. A., Ian J. D., Kenneth M. M. & Brian, M. F. (1994) Structural modeling of symptoms, awareness and fear of hypoglycemia and personality in patients with insulin-treated. *Diabetes Care*. (17) :1273-1280.
- Hirsch, A., Bartholomae, C. & Volmer , T. (2000). Dimensions of quality of life in people with non-insulin-dependent diabetes. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*. (9) 2.
- Hosek, P., (1997). Self motivation and exercise adherence in adult women. *Dissertation Abstracts International*. (58) 3-A.
- Jacobson, A. L. (1986). Current Status of psychosocial research in Diabetes. *Diabetes Care*. (9):946-948.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.(59):12-19.
- Kazdin, A. E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification* (1): 427-452.

Kleiman, L. I. (2000). The relationship between psychological factors and diabetes control. *Dissertation abstracts International: Section B: the sciences & Engineering*. Vol 61 (5-B), 2766, US: Univ Microfilms International.

Lebovitz M. E. (1991). Introduction: goals of treatment. En Lebovitz H.E., De Fronzo R.A. & Genuth, S. Therapy for diabetes mellitus and related disorders. Alexandria, V.A: *American Diabetes Association*.

Leelakulthanit, O. & Day, R. L. (1992). Quality of life in Thailand. *Social Indicators Research*, (27): 41-57.

Levi, L. & Anderson, L. (1975). Psychosocial stress: Population, environment and quality of life, New York: Spectrum.

Lerman, G. I. (1994). Atención Integral del Paciente Diabético. México: McGraw Hill Interamericana.

Lindberg, E., Harting, T., Garvill, J. & Garling, T. (1992). Residential-location preferences across the life span. *Journal of environmental Psychology*. (12):187-198.

Luna, B. & Feinglos, M. (2001). Oral Agents in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus. *American Family Physician*. (63)9:1747-1756.

Manocchia, M., Keller, S. & Ware, J. E. (2001). Sleep problems, health related quality of life, work functioning and health care utilization among the chronically ill. *Quality of Life research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*. (10) 4: 331-345.

Mason, B. & Matsuyama, J. J. (1994). Adherence consistency across treatment regimens. *Letters Diabetes Care*. (17): 347-348.

Mattson, M. E., Del Boca, F.K., Carroll, K.M., Cooney, N.L., Di Clemente, C.C., Donovan, D., Kadden, R. M., Mcree, B., Rice, C., Rycharik, R.G., & Zweben, A. (1998). Compliance with treatment and follow-up protocols in project MATCH: Predictors and relationship to outcome. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. (22) 6: 1328-1339.

Meichembaum, D. & Turk, D. (1991). Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. *Guía práctica para los profesionales de la salud*. Ed. Desclée de Brouwer.

Miller, W., (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin* (98): 84-107.

Nutrition Recommendations and Principles for People with Diabetes Mellitus (2001). Clinical Practice Recommendations. *American Diabetes Association* . (24) Suppl. 1

Nezu, A. M., Nezu C. M. & D'Zurilla, T. J. (2000). Problem-Solving techniques. En C. Finkb (Ed), *Encyclopedia of Stress*. Nueva York: Academic Press.

Pérez, P. E. (1987). Manual del diabético insulín dependiente. México. D. F. Instituto Mexicano del Seguro Social. 128-129.

Peyrot, M. & Richard R. R. (1994). Structure and correlates of Diabetes Specific Locus of Control. *Diabetes Care*. (17) : 994-1001.

Podell, R. N. (1975). Compliance: A problem in medical management. *American Family Physician*. (13): 74-80.

Porter, L., Gil K., Sednay J., Workman E. & Thompson R., (1998). An analysis of daily pain records. *International Journal of Behavioral Medicine*. (5) 3:185-203.

Quittner, A., Espelage, D., Ievers-Landis, C. & Drotar, D., (2000). Measuring adherence to medical treatments in childhood chronic illness: Considering multiple methods and sources of information. *Journal of Clinical Psychology in Medical settings*. (7) 1: 41-54.

Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. (20):1183-1197.

Reyes, H., Muñoz, O., Guiscafré, H., Pérez, R., Libreros, V. y Gutiérrez, G. (1992) Cumplimiento terapéutico y desperdicio de medicamento. *Gaceta Médica Mexicana* (127):543-552.

Ríos, J. M. y Rull, J. A. (1994). Clasificación y Diagnóstico de la Diabetes Mellitus. En: Lerman Garber I. (Comps). *Atención Integral del Paciente Diabético*. México: McGraw Hill Interamericana.

Riveros, R. A. (en prensa). Calidad de vida en padecimientos crónicos: Un estudio en pacientes hipertensos. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Robles, R. (en prensa). Evaluación y modificación de la calidad de vida de pacientes con diabetes Mellitus II. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez, O. G. & Rojas, R. M. (1998). La psicología de la salud en América Latina. México: M.A. Porrúa.

Rodríguez, P. L. (1987). El autoregistro como factor determinante en el incremento de la adherencia terapéutica dentro de los programas de salud implementados en el Hospital General de la Secretaría de Salud. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Sabran, V., Hardy, P. & Feline, A. (1995). Representation mentale des médicaments: construction de deux questionnaires appliqués à l'étude de patients traités par psychotropes ou hypoglycémisants oraux. *Annales Medico-Psychologiques*. (153): 536-542.

Sackett, D. (1994). Ayudar a los pacientes a cumplir los tratamientos. *Epidemiología Clínica. Ciencia básica para la medicina clínica*. 2ª. Edición. Buenos Aires Argentina: Interamericana.

Safren, S. (1999) Cognitive Behavioral interventions to increase medication adherence. En *Psychiatric Practice: Everyday solutions*. Course. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. Boston. Pp. 191-213.

Safren, S.(2001). Two strategies to increase adherence to antiretroviral medication : Life Steps and medication monitoring. *Behavior Research and Therapy*. (39): 1151-1162.

Salud Pública de México (2001). Servicios otorgados en unidades de la Secretaría de Salud 2000. Sección preparada por la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de salud, México. En *Salud Pública de México*. (43)3 : 248-507.

Sánchez-Sosa J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a buen morir: La interfaz intervención-investigación en psicología de la salud. En G.Rodríguez y M. Rojas (Comps.) *La psicología de la salud en América Latina*. México: M.A. Porrúa. 33-44.

Sánchez- Sosa J.J. (2001). *Health Psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health*.

Sánchez- Sosa J.J. (en prensa).As the doctor ordered: How Clinical Psychology helps recover physical health.

Sanchez-Sosa J.J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*.19 (1): 85-92.

Schalch, A., Ybarra, J., Adler, D., Deletraz, M., Lehmann, T., Golay, A. (2001). Evaluation of psycho-7educational nutritional program in diabetic patients. *Patient Education & Counseling*. 44 (2): 171-178.

Schneider, S.H., Borgardus, C. & Horton, E. (1990).Exercise and NIDDM. Technical review. *Diabetes Care*. (5) : 263-271.

Scopp, A. (2000). Clear communication skills with headache patients. *Headache Quarterly*, 11(4),269-274.

Secretaría de Salud. (1993). Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 2da edición, México, D. F.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA); Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), (1999). Principales Causas de Mortalidad. Estados Unidos Mexicanos.

<http://www.ssa.gob.mx/unidades7dgied/sns/vitales/cuadro4.htm>.

Shelton, J. L. & Levy, R. L. (1981). Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of clinical strategies. Champaign, III, Research Press.

Siegel, S. & Castellan, J. (1972). Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta.

Sociedad Mexicana de Psicología. (1997). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. México, D.F. Sociedad Mexicana de Psicología.

Steward, K. B., Golding, J.M. & Burnam, M.A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of the American Medical Association* (262). 907-913.

Stone, A., Porter S. & Neale J. (1993). Daily events and mood prior to the onset of respiratory illness episodes: A non-replication of 3-5 day "desirability dip". *British Journal of Medical Psychology*. (66): 383-393.

Stone, G., Cohen, F. & Adler, F. (1979). Health Psychology: A handbook. San Francisco: Jossey - Bass Publishers.

Stunkard, A. J. (1979). Adherence to treatment for diabetes. En B.A. Hamburg, L.F. Lipsett, G.E. Inoff, y A.L. Drash (Eds.), Behavioral and psychosocial issues in diabetes. Washington, D.C., U.S. Department of Health and Human Services.

Tapanya, S. (1997). A biopsychosocial intervention program to improve medical regimen adherence and glycemic control in type II diabetic patients. *Dissertation Abstracts International: Section B: the sciences & Engineering*. 58 (6-13).

United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. (1998). Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* (352): 837-853.

Vander, D., DeNeeling, J., Snoek, F., Kostense, P.J., Grootenhuys, P.A. & Bouter, L. (1996). Symptoms and well being in relation to glycemic control in type II diabetes. *Diabetes Care*. (19): 204-210.

Vázquez, F., Arreola F., Castro G., Escobedo J., Fiorelli S. y Gutiérrez C. (1994). Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 32(3): 267-270.

Velázquez, Sánchez-Sosa, Lara y Senties. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología*. 13(2):316-340.

Watkins, J. D., Roberts, D., Williams, T., Martin, D., & Coyle, I., (1967). Observation of medication errors made by diabetic patient in the home. *Diabetes*. (16): 882-885.

Whitlock, E. P., Vogt, T. M., Hollis, J.F. & Lichtenstein, E. (1997). Does gender affect response to a brief clinic-based smoking intervention? *American Journal of Preventive Medicine*. 13 (3), 159-166.

Wilson, M.G. & Edmunson, J. (1993). Characteristics of adherers of a worksite cholesterol intervention program. *Health Values*. 17(3), 10-20.

World Health Organization (2001). *Communique on Adherence to Long Term Therapies: Policy for Action*. Geneva: WHO.

Wright, S. (1998). Patient satisfaction in the context of cancer care. *Irish Journal of Psychology*. 19 (2-3), 274-282.

Zimmerman B. R. (1998). *Medical management of type 2 Diabetes*. 4th ed. Alexandria, V.A. *American Diabetes Association*.

Zubirán, S; Chávez, A. (1984). Estudio epidemiológico de la diabetes en la Ciudad de México, *Revista de Investigación Clínica*. (15): 367-383.

ANEXOS

Anexo 1

Inventario de:

Calidad de Vida y Salud

2001

34579 - H

Inventario de Calidad de Vida y Salud

Versiones adaptadas :

Escala de Salud y Vida Cotidiana (Forma B)
Moos, R. (1984)

Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC)
Sánchez Sosa J.J. y Hernández Guzmán L. (1993)

Multiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL)
Vickrey, B; Hays, R; Marooni, R; Myers, L; et al. (1995)

Obesity Related Well-Being Questionnaire (ORWELL 97)
Mannucci, E; Ricca, V; Barciulli, E; Di Bernardo, M; Travaglini, R; et al. (1999)

Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS)
Goodwin, D; Boggs, S. y Graham-Pole, J. (1994)

Versiones adaptadas de la estandarización de:

Cuestionario de Calidad de Vida PostInfarto del Miocardio (MacNew QLMI)
Brotos, C; Ribera, A; Permanyer, G; Cascant, P; Moral, I; et al. (2001)

Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos (EsCaViPS)
González Puente J. A. y Sánchez Sosa J.J. (2000)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
Varela, R. y Villegas E. (1990)

Inventario de Depresión de Beck (BDI)
Jurado, S; Villegas, E; Méndez L; et al. (1998)

Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC)
Fernández, J; Rancano I. y Hernández R. (1999)

Los diferentes instrumentos contenidos en el presente Inventario cuentan con diversos niveles de estandarización y establecimiento de propiedades psicométricas. Se trata de versiones diseñadas expresamente para el proyecto 34579-H del CoNaCyT y la Facultad de Psicología de la UNAM. No son apropiados para uso clínico o de diagnóstico formal.

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

INSTRUCCIONES: Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste marcando la opción que mejor describa su situación relleno completamente el circulito correspondiente en la hoja de respuestas. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas. Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos. No escriba ni haga marcas en este cuestionario.

EJEMPLO

Durante las últimas <u>2</u> semanas...	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces sí, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuente- mente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
O. Fumo (cigarros de tabaco)	a	b	c	d	e	f

Si usted *no* ha fumado en las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy, rellene en su hoja de respuestas el circulito correspondiente a la letra "a" cubriéndolo completamente

O
 (A) (B) (C) (D) (E) (F)

Esto significaría que no ha fumado durante las últimas dos semanas.

Si lo ha fumado dos o tres veces en las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy, rellene en su hoja de respuestas el circulito correspondiente a la letra "b" cubriéndolo completamente

O
 (A) (B) (C) (D) (E) (F)

Esto significaría que sólo ha fumado un par de veces en las últimas dos semanas.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza, conteste con la verdad.*

1. Mi salud en general es...	a	b	c	d	e	f
	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
2. En comparación con el	a	b	c	d	e	f

año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
---	-----------	-----------	-------	---------	------	----------

Durante las últimas 2 semanas...	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces si, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuentemente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
3. Creo que si me cuido mi salud mejorará	a	b	c	d	e	f
4. Temo que mi salud empeore pronto	a	b	c	d	e	f
5. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas	a	b	c	d	e	f
6. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia y círculo de amigos	a	b	c	d	e	f
7. Mi enfermedad limita mi vida social y amistades	a	b	c	d	e	f
8. Si puedo, ayudo a otras personas	a	b	c	d	e	f
9. Me siento solo(a) aún estando en compañía de otros	a	b	c	d	e	f
10. Me incomoda el trato que me dan por mi enfermedad	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

11. Prefiero estar solo(a)	a	b	c	d	e	f
12. Mi familia me comprende y me apoya	a	b	c	d	e	f
13. Me preocupa que mi familia cubra los gastos de mi enfermedad	a	b	c	d	e	f
14. El trato de mi familia lastima mis sentimientos	a	b	c	d	e	f
15. Mi familia me cuida demasiado	a	b	c	d	e	f

Durante las últimas 2 semanas...	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces si, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuentemente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
---	-------	---------------------------------------	-----------------------------------	--	--------------------------------------	---

16. Mi enfermedad es una carga para mi familia	a	b	c	d	e	f
17. Tengo temor de contagiar a mis familiares	a	b	c	d	e	f
18. El amor de mi familia es lo mejor que tengo	a	b	c	d	e	f
19. Me preocupa que alguien no quiera salir conmigo por mi enfermedad	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

20. Desde que estoy enfermo(a) he recibido apoyo de mi pareja	a	b	c	d	e	f
21. Siento que mi enfermedad interfiere con mi vida sexual	a	b	c	d	e	f
22. Puedo satisfacer sexualmente a mi pareja	a	b	c	d	e	f
23. Me siento satisfecho(a) con mi trabajo, escuela, y/o actividades caseras	a	b	c	d	e	f
24. Temo que me despidan por mi enfermedad	a	b	c	d	e	f
25. Soy un(a) buen(a) trabajador(a)	a	b	c	d	e	f
26. Mantengo mis metas	a	b	c	d	e	f
27. Mis compañeros de trabajo me han aislado	a	b	c	d	e	f
28. Por mi enfermedad, me presionan en el trabajo	a	b	c	d	e	f
29. Pienso que mi vida cambió desde que me diagnosticaron	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

30. Tengo dificultades para concentrarme y pensar	a	b	c	d	e	f
Durante las últimas <u>2</u> <u>semanas...</u>	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces si, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuentemente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

31. Tengo problemas con mi memoria	a	b	c	d	e	f
32. Otros miembros de mi familia o amigos han notado que tengo problemas de memoria o de concentración	a	b	c	d	e	f
33. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes	a	b	c	d	e	f
34. Creo que nadie entiende lo que me pasa	a	b	c	d	e	f
35. Me siento confiado(a) de poder hacer frente a mi enfermedad	a	b	c	d	e	f
36. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente	a	b	c	d	e	f
37. Me da pena que noten que estoy enfermo (a) (tomar medicina, seguir dieta, malestares físicos)	a	b	c	d	e	f
38. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

39. Desde que enfermé los problemas me preocupan más que antes	a	b	c	d	e	f
40. Estoy satisfecho(a) con la apariencia de mi cuerpo	a	b	c	d	e	f
41. Me preocupa que mi cuerpo se vea diferente por estar enfermo(a)	a	b	c	d	e	f
42. Divertirme me ayuda	a	b	c	d	e	f
43. Deseo aprender cosas nuevas	a	b	c	d	e	f
44. Saber que los demás se divierten me deprime	a	b	c	d	e	f
Durante las últimas <u>2</u> <u>semanas...</u>	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces sí, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuentemente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

45. Me siento cansado(a) al despertar	a	b	c	d	e	f
46. Estar somnoliento(a) interfiere con mis actividades	a	b	c	d	e	f
47. Estoy satisfecho(a) con mi dieta	a	b	c	d	e	f
48. Disfruto la comida que antes me gustaba	a	b	c	d	e	f
49. Me siento restringido(a) por mi peso	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de la pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

50. Necesito la ayuda de los médicos que me atienden	a	b	c	d	e	f
51. El trato que he recibido en el hospital ha lastimado mis sentimientos	a	b	c	d	e	f
52. Estoy satisfecho(a) con la información que me ha dado el equipo médico de mi enfermedad	a	b	c	d	e	f
53. Las cosas que me hacen para tratar mi enfermedad me duelen (procedimientos)	a	b	c	d	e	f
54. Estoy satisfecho(a) con mi tratamiento actual	a	b	c	d	e	f
55. Me fastidia tomar tantas medicinas	a	b	c	d	e	f
56. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad	a	b	c	d	e	f
57. Me siento activo y/o lleno(a) de energía	a	b	c	d	e	f
58. Las molestias físicas me impiden hacer mis actividades	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

Durante las últimas 2	Nunca	Casi nunca (menos del	Pocas veces (20 a 40%	A veces si, a veces no	Frecuente- mente	Siempre o casi siempre
------------------------------	-------	--------------------------	--------------------------	---------------------------	---------------------	---------------------------

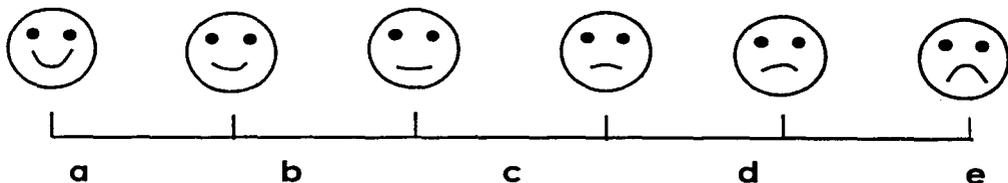
<u>semanas...</u>		20% del tiempo)	del tiempo)	(40 a 60% del tiempo)	(60 a 80% del tiempo)	(más del 80% del tiempo)
59. Hacer ejercicio me debilita	a	b	c	d	e	f
60. Puedo realizar actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados.	a	b	c	d	e	f
61. Puedo realizar actividades moderadas, como mover una mesa, barrer, pasear, o flexionarme	a	b	c	d	e	f
62. Puedo valerme por mí mismo(a) para vestirme o bañarme	a	b	c	d	e	f

63. En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación)	SI	NO
	a	b

64. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera significativamente en su sensación de bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)	SI	NO
	a	b

65. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?

Elija una letra en la siguiente escala y márkuela en su hoja de respuestas.



f

La Mejor
Calidad de Vida

Vida

Posible

La Peor
Calidad de

Posible
Tan mala o peor que
estar muerto(a)

INSTRUCCIONES: La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste a todas las preguntas en su hoja de respuestas, rellenando completamente el círculo correspondiente a la opción que mejor refleje su propio caso. Todas las preguntas se refieren a cómo se sintió usted en los últimos 7 días.

Síntoma	No tuvo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
66-¿Dolor de cabeza?	a	b	c	d	e
67-¿Dolores musculares?	a	b	c	d	e
68-¿Dolor en articulaciones? (codo, rodillas, muñecas, ingle, dedos, etc.)	a	b	c	d	e
69-¿Hinchazón de tobillos y/o piernas?	a	b	c	d	e
70-¿Problemas para ver?	a	b	c	d	e
71-¿Problemas para oír?	a	b	c	d	e
72-¿Comezón o lesiones en la piel? (llagas de cama, hongos, ampollas, resequedad, etc.)	a	b	c	d	e
73-¿Tos molesta?	a	b	c	d	e
74-¿Problemas al orinar? (ardor, cambio de color, por su frecuencia o cantidad, etc.)	a	b	c	d	e
75-¿Tics, tartamudeo?	a	b	c	d	e
76-¿Mal olor?	a	b	c	d	e
77-¿Secreciones? (saliva, moco, úlceras o llagas)	a	b	c	d	e
Si es diabético:					
78-¿Azúcar en sangre alta o baja?	a	b	c	d	e
79-¿Reacciones por la insulina?	a	b	c	d	e

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

INSTRUCCIONES: La siguiente es una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante *la última semana, incluyendo hoy*, rellenando en su hoja de respuestas el círculo de la letra correspondiente a la intensidad de la molestia*

SÍNTOMA	Poco o nada	Más o menos	Modera- damente	Severa- mente
80. Entumecimiento, hormigueo	a	b	c	d
81. Sentir oleadas de calor (bochorno)	a	b	c	d
82. Debilitamiento de las piernas	a	b	c	d
83. Dificultad para relajarse	a	b	c	d
84. Miedo a que pase lo peor	a	b	c	d
85. Sensación de mareo	a	b	c	d
86. Opresión en el pecho, o latidos acelerados	a	b	c	d
87. Inseguridad	a	b	c	d
88. Terror	a	b	c	d
89. Nerviosismo	a	b	c	d

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

90. Manos temblorosas	a	b	c	d
91. Cuerpo tembloroso	a	b	c	d
92. Miedo a perder el control	a	b	c	d
93. Dificultad para respirar	a	b	c	d
94. Miedo a morir	a	b	c	d
95. Asustado	a	b	c	d
96. Indigestión o malestar estomacal	a	b	c	d
97. Debilidad	a	b	c	d
98. Ruborizarse, sonrojamiento	a	b	c	d
99. Sudoración (no debida al calor)	a	b	c	d

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

* Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada de la estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

INSTRUCCIONES: En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente, después escoja de cada grupo la oración que mejor describa la forma en se SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Rellene completamente el círculo de la letra correspondiente en su hoja de respuestas. Si varias oraciones de un grupo de aplican a su caso, rellene el círculo de cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección. **

	a	b	c	d
100.	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
101.	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado(a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
102.	No me siento fracasado(a)	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
103.	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y astiado(a) de todo
104.	En realidad no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
105.	No me siento castigado(a)	Siento que tal vez seré castigado(a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado(a)
106.	No me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy fastidiado(a) conmigo mismo(a)	Yo no me soporto
107.	No creo ser peor que otras personas	Me critico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
108.	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
109.	No lloro más de lo usual	Ahora lloro más que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar pero no puedo

Revise que el número de la pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

**Inventario de Beck (BDI). Versión adaptada de la estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Eneidna Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

INSTRUCCIONES: Intentamos conocer cuáles son las formas que usa al tratar de solucionar los problemas que se le presentan cotidianamente. No hay respuestas buenas ni malas, por favor conteste con toda franqueza, diciendo la verdad. Escoja la opción que refleje mejor su propio caso y rellene en su hoja de respuestas el círculo correspondiente.***

Cuando tengo problemas actué de las siguientes formas	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces sí, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuentemente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
110. Trato de conocer más del problema	a	b	c	d	e	f
111. Hablo con mi pareja o mi familia sobre el problema	a	b	c	d	e	f
112. Hablo con un profesional (médico, abogado, etc.) del problema	a	b	c	d	e	f
113. Le pido a Dios que me guíe	a	b	c	d	e	f
114. Me preparo por si pasa lo peor	a	b	c	d	e	f
115. Cuando me siento enojado(a) me desquito con otras personas	a	b	c	d	e	f
116. Cuando me siento deprimido(a) me desquito con otras personas	a	b	c	d	e	f
117. Trato de verle el lado bueno al problema	a	b	c	d	e	f
118. Hago otras cosas para no pensar en el problema	a	b	c	d	e	f
119. Pienso en varias formas de resolver el problema	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de la pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

120. Pienso en cómo resolví problemas parecidos anteriormente	a	b	c	d	e	f
121. No doy a notar lo que siento	a	b	c	d	e	f
122. Actúo precipitadamente	a	b	c	d	e	f
123. Me digo cosas a mí mismo(a) para sentirme mejor	a	b	c	d	e	f
Cuando tengo problemas	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	A veces sí,	Frecuente-	Siempre o

actuó de las siguientes formas		(menos del 20% del tiempo)	(20 a 40% del tiempo)	a veces no (40 a 60% del tiempo)	mente (60 a 80% del tiempo)	casi siempre (más del 80% del tiempo)
124. Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que salgan bien las cosas	a	b	c	d	e	f
125. Prefiero estar alejado de la gente	a	b	c	d	e	f
126. Me cuesta trabajo creer lo que está pasando	a	b	c	d	e	f
127. Como no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen	a	b	c	d	e	f
128. Trato de sacar ventaja del problema	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

	a	b	c	d	e	f
129. Trato de relajarme o tomarlo con calma	Bebiendo más	Comiendo más	Fumando más	Haciendo más ejercicio	Durmiendo más	Hago otras cosas (anotar)
130. Considero que tengo aproximadamente ___ amigos(as) o conocidos	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Más de cuatro
131. Tengo alrededor de ___ amigos(as) cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Más de cuatro
132. Conozco a ___ personas de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Más de cuatro
133. Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano	a Una vez al día	b Una vez a la semana	c Una vez al mes	d Una vez cada 6 meses	e Una vez cada año	f Una vez cada 2 años

*** Escala (forma B) de Moss, R. (1984)

	a	b	c	d
134.	No estoy más irritable de lo usual	Me enojo o irrito más fácilmente que antes	Me siento irritado(a) todo el tiempo	Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
135.	No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado(a) en la gente que antes	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente
136.	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones más que antes	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones
137.	No siento que me vea peor de lo usual	Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)	Creo que me veo feo(a)
138.	Puedo trabajar tan bien como antes	Requero de más esfuerzo para iniciar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
139.	Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como solía hacerlo	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
140.	Yo no me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente que antes	Con cualquier cosa que haga me canso	Estoy muy cansado(a) para hacer cualquier cosa
141.	Mi apetito no es peor de lo habitual	Mi apetito no es tan bueno como solía serlo	Mi apetito está muy mal ahora	No tengo apetito de nada
142.	No he perdido mucho peso últimamente	He perdido más de dos kilos	He perdido más de cinco kilos	He perdido más de ocho kilos

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. Si a , No b .

143.	No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes	Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores, malestar estomacal o gripa	Estoy muy preocupado mis problemas físicos y me da trabajo pensar en algo más	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
144.	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que estaba	Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora	He perdido completamente el interés por el sexo

Revise que el número de la pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

¡Muchas gracias por su cooperación y paciencia!

Fuentes Consultadas:

Brotos, C; Ribera, A; Permanyer, G; Cascant, P; Moral, I; et al. (2000) Adaptación del Cuestionario de Calidad de Vida Post-Infarto MacNEW QLMI para su uso en la Población Española. Trabajo presentado en la III Conferencia Internacional de Psicología de la Salud, La Habana, Cuba, 27 de Noviembre al 1o de Diciembre del 2000.

Fernández, J.A; Rancano I. y Hernández R. (1999) Propiedades Psicométricas de la Versión Española del Cuestionario PECVEC de Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos. *Psicothema*, 11:2, 293-330

González-Puente, J.A. (2001) Evaluación y Mejoramiento de la Calidad de Vida en Pacientes Seropositivos al VIH-SIDA, Tesis de doctorado.

Goodwin, D; Boggs, S. y Graham-Pole J. (1994) Development and Validation of the Pediatric Oncology Quality of Life Scale. *Psychological Assessment*, 6:4, 321-328

Jurado, S; Villegas, E; Méndez, L; Rodríguez, F; Loperena, V. y Varela, R. (1998) La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21:3, 26-31

Mannucci, E; Ricca, V; Barciulli, E; Di Bernardo, M; Travaglini, R; et al. (1999) Quality of Life and Overweight: The Obesity Related Well-Being (ORWELL 97) Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 24:3, 345-357

Moos, R. H., Cronkite, R. C., Billings, A. G. & Finney, J. W. (1986). *Health and Daily Living Form Manual*. Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Science. Veterans Administration and Stanford University Medical Center, Palo Alto: California.

Robles, R; Varela, R; Jurado, S. y Páez, F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. En prensa

Vickrey, B.G; Hays, R.D; Marooni, R; Myers, L.W; et al. (1995) A Health-Related Quality of Life Measure for Multiple Sclerosis. *Quality of Life Research*, 4:3, 187-206

Anexo 2

PLAN TERAPÉUTICO

"PASOS VITALES":

CARNET DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Del _____ al _____

Exp. _____ No. _____

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____

Dx _____ Antigüedad _____

Teléfono _____

Recados _____

Médico _____

Terapeuta _____

SU PRÓXIMA CITA

Fecha	Hora	Observaciones



TOMAR MEDICINA

Hora	Ejemplo	L	M	M	J	V	S	D
mañana								
tarde								
noche								
madrugada								

ALIMENTOS

Dieta Especial ()

HORA	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom
desayuno							
entre-comida							
comida							
entre-comida							
cena							



Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

EJERCICIO

Tx:



Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

DORMIR BIEN



Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

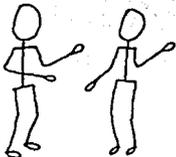
TRABAJO



Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

ACTIVIDAD SEXUAL



Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

ESTAR CON AMIGOS O CONOCIDOS 30 MINUTOS APROXIMADAMENTE O MÁS



CONDUCTAS DE RIESGO

Con-ducta	L	M	M	J	V	S	D
 Dulce							
 Fumar							
 Alcohol							



Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

DIVERSIÓN

Anexo 3

Consentimiento Informado

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

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su enfermedad que interfieren con su vida cotidiana y bienestar, y el aprendizaje de distintas maneras de sobrellevarlas, para ello se le pedirá que llene algunos cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia la salud; posteriormente se le pedirá que asista a una intervención tipo curso, en la que se revisarán y modificarán aquellas conductas, emociones o pensamientos que interfieran en su bienestar y el de su familia, dicha intervención será de aproximadamente cuatro sesiones, una por semana.

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

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que nos proporcione será anónima y no habrá forma de identificarlo(a) a través de ella. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de contactarme, Dra. Amalia Maza Aguirre S, o a Juan José Sánchez Sosa.

Dra. Amalia Maza Aguirre S.
Servicio de Salud Mental
Hospital General de México, O.D.
Tel. 5588 01 00 ext.1327
E-mail: psicoamalia@yahoo.com.mx

Dr. Juan José Sánchez Sosa
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México
Tel: 56 22 00 92
E-mail: johannes@servidor.unam.mx

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

Testigo 1

Testigo 2

Fecha _____
Entrevistador _____

Anexo 3
Consentimiento Informado

La Unidad de Medicina Familiar No. 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social. y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustentan la práctica de protección para sujetos humanos participantes en investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuario de los servicios del Instituto o de cualquier otra índole.

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su enfermedad que interfieren con su vida cotidiana y bienestar, y el aprendizaje de distintas maneras de sobrellevarlas, para ello se le pedirá que llene algunos cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia la salud; posteriormente se le pedirá que asista a una intervención tipo curso, en la que se revisarán y modificarán aquellas conductas, emociones o pensamientos que interfieran en su bienestar y el de su familia, dicha intervención será de aproximadamente cuatro sesiones, una por semana.

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

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que nos proporcione será anónima y no habrá forma de identificarlo(a) a través de ella. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de contactarme, Dr. Fernando Alcazar Lares, o a Juan José Sánchez Sosa.

Dr. Fernando Alcazar Lares
Unidad de Medicina Familiar 67
Director.
Tel: 57 55 10 33 ext. 262
E-mail: psicoamalia@yahoo.com.mx

Dr. Juan José Sánchez Sosa
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México
Tel: 56 22 00 92
E-mail: johannes@servidor.unam.mx

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

Testigo 1

Testigo 2

Fecha _____
Entrevistador _____

Anexo 4
BITACORA TERAPEUTICA

Exp. _____ No. _____

Tx.: TI / TD Hospital: _____

TERAPEUTA: _____

NOMBRE: _____
 EDAD: _____ SEXO: F / M
 EDO. CIVIL: _____
 DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ RECADOS: _____
 DX: _____ ANTIGÜEDAD: _____
 MÉDICO: _____

TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS:
 DIETA () EJERCICIO () EST. LABORATORIO () RESTRICCIÓN DE ACT. () OTROS ()
 DESCRIPCIÓN: _____

FECHA INICIO: _____ PROX. CITA: _____ HORA: _____

RECEPCIÓN DEL PACIENTE E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA:

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO SI / NO POR QUÉ: _____
 INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD SI / NO POR QUÉ: _____

CARNET

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

FAMILIAR

FECHA: _____ SESIÓN: INICIO () 1a. () 2a. () 3a. () 4a. ()

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 PARENTESCO: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO

¿PARTICIPARÁN OTROS FAMILIARES? SI / NO

SI ES EL CASO: NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO EDAD: _____

NOMBRE: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO EDAD: _____

NOMBRE: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO EDAD: _____

NOMBRE: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO EDAD: _____

NOMBRE: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO EDAD: _____

TRATAMIENTO

SESIÓN: (1) (2) (3) (4)

FECHA: _____

PASOS VITALES: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11)

QUEJA DEL PACIENTE: _____

OBSERVACIONES: _____

PLAN TERAPÉUTICO: _____

CARNET

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

RECORDATORIO TELEFÓNICO

No.	FECHA	HORA	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			

TRATAMIENTO

SESIÓN: (1) (2) (3) (4)

FECHA: _____

PASOS VITALES: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11)

QUEJA DEL PACIENTE: _____

OBSERVACIONES: _____

PLAN TERAPÉUTICO: _____

CARNET

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

RECORDATORIO TELEFÓNICO

No.	FECHA	HORA	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			

CARNET

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

QUEJAS SOBRE EL PACIENTE: _____

OBSERVACIONES: _____

TRATAMIENTO

SESIÓN: (1) (2) (3) (4)

FECHA : _____

PASOS VITALES: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11)

QUEJA DEL PACIENTE: _____

OBSERVACIONES: _____

PLAN TERAPÉUTICO: _____

CARNET

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

RECORDATORIO TELEFONICO

No.	FECHA	HORA	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			

ÚLTIMA SESIÓN: (1) (2) (3) (4)
INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD:
CARNET DE SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO: (1) (2)
SI / NO POR QUÉ:

FECHA: _____

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

No.	FECHA	HORA	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

FECHA/ HORA DE PROX. CITA: _____

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD:
FECHA: _____
CARNET DE SEGUIMIENTO

SI / NO POR QUÉ:
SEGUIMIENTO: (1) (2)

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

No.	FECHA	HORA	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

FECHA / HORA DE PROX. CITA: _____

Anexo 5

Pasos Vitales: Protocolo para promoción de adherencia terapéutica¹

Antes de iniciar asegúrese de contar con el siguiente material para cada paciente:

-] Etiquetas de recordatorio para tomar medicamentos
-] Tarjeta de registro y anotaciones
-] Caja de tabletas (en su caso)
-] Régimen medicamentoso del paciente
-] Perfil o lista completa de posibles efectos colaterales de los medicamentos
-] Guión de imaginación guiada (incluirlo en su caso)
-] Bolsitas de plástico y bolígrafo o plumín para anotar los medicamentos

1. Bienvenida/psicoeducación

Al término de la exhibición del video

El propósito de esta reunión es ayudarle(s) a usar eficazmente sus medicamentos tomándolos de modo que tengan el mejor efecto posible para (cada uno de) usted(es)

Agradezca al (los) paciente(s) su participación en el estudio o intervención.

Inicio de la conversación con el (los) paciente(s):

- a) Antes de iniciar, ¿qué ideas tiene acerca de seguir el tratamiento para...? (padecimiento)
- b) En su caso ¿qué podría interferir o estorbar el seguimiento de su tratamiento?
- c) Cuando mira sus medicinas ¿qué pasa por su mente? ¿qué idea le viene a la cabeza?

Dé realimentación a sus respuestas y a sus ideas sobre cómo puede ayudarle(s) el programa

El propósito de esta entrevista (o reunión) es platicar la importancia que tiene el tomar (o aplicarse) sus medicamentos exactamente como se los han recetado. Al principio, cuando se le(s) da esta información hay gente que se siente agobiada. Vamos a usar unos minutos para asegurarnos de que usted(es) da(n) los pasos necesarios para mejorar lo más posible su salud.

Revisión del video:

Asegúrese de que el paciente entienda los siguientes puntos:

- 1) Si no hay suficiente concentración de medicamento en su sangre es posible que haya suficientes virus (bacterias, etc.) para reproducirse, incluso en formas que sean resistentes a los medicamentos.

¹ Steven A. Safren, Ph.D. (1999). Cognitive-Behavioral interventions to increase medication adherence. En: Psychiatric Practice: Everyday Solutions. Course. Massachusetts General Hospital & Harvard Medical School. Boston. Traducción y adaptación: Juan José Sánchez Sosa y Angélica Riveros.

2) El aprender a tomar estos medicamentos es un tanto complicado pero perfectamente posible. Es como aprender cualquier cosa nueva. al principio es pesado y puede parecernos que requiere mucho esfuerzo pero, con la práctica se puede volver parte de sus rutinas diarias.

Paso 1: Razones expuestas y analizadas y (en su caso) video exhibido []

Después de pasar el video explique:

a) Ahora revisaremos una lista de verificación de los problemas que algunas personas tienen para seguir su tratamiento

b) Algunos de estos pasos pueden aplicarse a su caso y otros no. Al final veremos otros problemas o preocupaciones que tienen que ver con el seguir el tratamiento.

2. Acudir a consulta

Use el enfoque de solución de problemas para ayudar al paciente a encontrar o "armar" formas de resolver problemas asociados con acudir a sus citas.

El paciente tiene citas _____ veces a la semana o al mes.

El paciente se transportará a sus citas por medio de _____

El plan "b" para transportarse a sus citas incluye _____

¿Ve usted algún otro problema que pueda surgir para que funcione el plan que acabamos de platicar?

Estos posibles problemas serían _____

La(s) forma(s) de resolverlos serán _____

Si se le pasa una cita y sus medicinas se pueden acabar antes de la siguiente cita, LLAME A SU MÉDICO. Los médicos pueden dar instrucciones telefónicamente a farmacias para surtir un medicamento. Así, si se le pasa una cita no se le terminarán sus medicinas aunque su receta haya expirado.

Paso 2. Transporte a las consultas explicado y planes alternos preparados []

3. Comunicación con el médico o la enfermera

Explique que hay mucha gente que se siente incómoda al hacer preguntas a su médico u otros miembros del equipo de salud. Platique las dificultades que tenga el paciente para preguntar o para adoptar un papel activo en su propio tratamiento. Aborde la naturaleza recíproca de la relación médico-paciente. Haga énfasis en la importancia de que sus preguntas sean respondidas y ayúdele a resolver problemas de comunicación. Investigue si por el momento hay cosas que el paciente no ha preguntado sobre su tratamiento.

Paso 3: Relación con el equipo de salud analizado []

4. Afrontamiento de efectos colaterales

Acabamos de tratar el asunto de la comunicación con el equipo de salud. Un punto importante sobre el cual hay que comunicarse son los efectos colaterales de los medicamentos.

Los medicamentos que está tomando tienen algunos efectos colaterales, incluyendo...

Incluya toda la información disponible sobre los efectos colaterales específicos de los medicamentos del paciente. Dígame que cuando esos efectos sean intolerables o no haya forma de afrontarlos, es importante que lo platiqúe con su médico o con nosotros (por ejemplo, algunos efectos colaterales se quitan con el paso del tiempo).

Induzca la convicción de cambiar de la idea de estar notando los efectos colaterales a la de pensar que los medicamentos están surtiendo buen efecto.

Cuando sienta esos efectos colaterales, es importante pensar en ellos como señal de que el medicamento está funcionando. Esos efectos colaterales significan que el medicamento ya está actuando en su cuerpo y haciendo la función de... (inhibir la reproducción viral, o bacteriana o hacer que su cuerpo produzca sustancias o efectúe cambios necesarios para protegerlo, etc.)

Explique que al final se harán unos ejercicios de imaginación guiada para ayudarle a practicar esas convicciones.

Paso 4: Efectos colaterales abordados []

5. Obtención de medicamentos

El enfoque de solución de problemas es similar al anterior

Farmacia, dependencia o sitio que usará el paciente _____

Pagará los medicamentos: _____

Se transportará a la farmacia mediante: _____

¿Es posible que se le envíen los medicamentos? _____

Algunos obstáculos o impedimentos para recoger sus medicamentos incluyen: sensación de vergüenza o falta de confidencialidad en la farmacia, forma de transportarse a la farmacia, falta de dinero. ¿Tiene usted alguno de éstos? _____

Éstos se abordarán (cómo) _____

Haga que el paciente se visualice parado en la farmacia y ensaye la conversación con el farmacéutico en caso necesario.

Paso 5: Obtención de medicamentos abordado y problemas resueltos []

6. Horario concreto de medicación diaria

Use la forma de horario cotidiano para ayudar al paciente a hacer su horario de medicamentos.

Para cada medicamento asegúrese de incluir:

- a) Señales: qué otras circunstancias puede haber al tomar cada medicamento
- b) Comidas: si hay restricciones alimenticias incluya la comida o su ausencia para esos casos
- c) Refrigeración, etc.

Paso 6: Horario llenado []

7. Guardado (almacenamiento) de medicamentos

Guíese por el horario diario. Este paso puede hacerse simultáneamente con el 4.

Al paciente se le pide que sea muy específico sobre dónde guardará las medicinas durante el día (en una bolsita, en un bolsillo, etc.)

El paciente conservará las medicinas en _____

Posibles problemas al guardarlas serían _____

Esos problemas se resolverán (cómo) _____

¿Deben refrigerarse algunas medicinas? _____

Si el paciente debe refrigerar algunos medicamentos, recomíendele que compre bolsas que se puedan cerrar y refrigerar. Resuelva problemas relacionados con la compra de las bolsas. Trate de encontrar un sitio específico para su compra y haga que las adquiera, de ser posible, ese mismo día.

¿Trabaja usted fuera de su casa? o, ¿pasa bastante tiempo fuera de su casa en horas a las que debe tomar medicamentos?

Si es así, tiene que planear cómo se tomará las medicinas en esos sitios. Por ejemplo, si el paciente trabaja y le da pena guardar o refrigerar medicinas en el trabajo o que las vean otros, resuelva dichos problemas. Sugiera cambiar las bolsas o envoltorios en el trabajo o esconderlas sin mucha complicación, etc.

Dele al paciente cajas de píldoras o bolsitas con etiquetas si se ajusta a la dosis que debe cargar consigo. Si no es posible, recomíendele que las compre en una farmacia o supermercado pero asegúrese de que hay algún plan alternativo concreto.

Paso 7: El paciente tiene un sitio viable para guardar sus medicamentos []

8. Señales adicionales

Explique al paciente que requiere de recordatorios o señales para tomar sus medicamentos.

Los recordatorios o señales tienen diferentes propósitos:

- 1) Recordarles tomar cada píldora (cápsula, tableta, jarabe, etc.).
- 2) Empezar a cambiar el significado del medicamento
- 3) Ajustarse (si es el caso) a su dieta con recordatorios en el refrigerador, etc.
- 4) Realizar ejercicios o actividad física recomendada

Saque las etiquetas y la tarjeta de registro de medicación, dieta, ejercicio, etc.

Refiérase al principio, cuando le preguntó “¿qué piensa (o le pasa por la cabeza) cuando mira esta pildora?”.

Significado de la pildora

Explique que vamos a empezar a practicar el cambio de lo que significan las pildoras para él (ella). Algunas sugerencias nuevas sobre las medicinas pueden ser:

- * Las pildoras dan vida (no son recordatorios de que estoy mal)

- * Tomar la pildora significa que estoy cuidando mi salud

Recordatorios para tomar las pildoras

- * Colocar las medicinas en lugar visible

- * Sitios como recordatorios diarios: por ejemplo el espejo del baño o la recámara en la mañana, la cafetera en la cocina, el escritorio en el trabajo, objetos usuales para higiene, etc.

Pegue una etiqueta en la tarjeta de registro y escriba una frase de recordatorio sobre la tarjeta sobre el significado de la etiqueta (por ejemplo: “estas pildoras (dieta, ejercicio, etc.) son para mejorar mi salud”).

Dele instrucciones al paciente para colocar la tarjeta donde la pueda ver constantemente.

Instrúyalo para pegar las etiquetas de recordatorio en lugares en los que suele estar cuando le toca tomar cada medicina, ajustarse a su dieta o realizar actividad física.

Ponga atención especial a las áreas cercanas a las puertas que usa el paciente, de modo que recuerde llevar consigo sus medicamentos cuando salga y le vaya a tocar tomarlos.

Si hay riesgo de que el paciente olvide sus medicamentos cuando salga, asegúrese de que coloque señales y recordatorios en otros sitios visibles (por ejemplo, la computadora, el espejo, el frasco de agua de colonia u otro objeto que suele tocar o usar justo antes de salir, etc.)

El paciente colocará las etiquetas-recordatorios en: _____

Otras señales que usará el paciente son: _____

Paso 8: El paciente dispone de señales de ayuda para su adherencia terapéutica []

9. Imaginación guiada para facilitar adherencia.

Ensayos del régimen medicamentoso

Describa al paciente un ejemplo de algo que se aprende y que al principio es o parece muy difícil y que después se hace casi automáticamente.

Ejemplo (hombres) ¿se acuerda cuando tenía como _____ años y empezó a rasurarse? Al principio era difícil porque tenía que aprender desde cómo tomar el rastrillo (o la rasuradora eléctrica), remojar la cara, distribuir pareja la espuma o jabón para rasurar y, después, ir pasando el rastrillo con mucho cuidado y en orden de lugar en lugar de la cara, teniendo especial cuidado cerca de las orejas y en el mentón (o barbilla) para no cortarse, enjuagando el rastrillo a cada rato

y finalmente ir sintiendo o buscando lugares de la cara donde no hubiera quedado la barba bien corta, etc.

Ahora piense en cómo se rasura hoy, es muy probable que no tenga que pensar casi nada en cómo lo va haciendo. Esto es así porque el rasurarse se ha ido haciendo casi automático.

Ejemplo (mujeres). ¿Recuerda cuando empezó a peinarse?. al principio tenía que ensayar diferentes formas de alisar y acomodar el cabello, maniobrar con ambas manos para alisar y amarrar, recordar tener a la mano el coiletero (broche, ligas, etc.) y colocarlo una y otra vez hasta que quedara bien puesto, observarse desde varios ángulos para verificar que no queden cabellos sueltos, probar con diferentes productos que la ayudaran a mantenerlo arreglado. Seguramente las primeras veces le tomó mucho tiempo frente al espejo lograr el peinado que quería, piense cómo se peina hoy, lo más probable es que ahora lo haga en poco tiempo y casi sin pensar cómo lo hace, eso es porque lo realiza diario, entonces peinarse se ha vuelto casi automático. Puede incluir cocinar o arreglarse, pintarse, etc.

Lo que vamos a hacer con la práctica es que tomar sus medicinas se vaya haciendo tan automático como (rasurarse, peinarse, etc.) o como otra de esas cosas que hacemos todos los días.

Introducción a la imaginación guiada

Describa o analice el propósito de la imaginación guiada (véase espécimen de guión)

Vamos a hacer un pequeño ensayo para que se vaya acostumbrando a tomar sus medicinas tal y como le han indicado. Para ésto vamos a usar la imaginación para ayudarle a visualizar los horarios de sus medicinas, ayudarle a cambiar su significado y practicar cómo irse ajustando a esos horarios.

Ejercicio de imaginación guiada

Haga que el paciente se siente cómodamente y cierre sus ojos. Hágale tomar varias respiraciones profundas, lentas y, en lo posible, diafragmáticas. Si es necesario márquele el ritmo con su propia respiración (del terapeuta) exagerando el sonido con nariz y garganta para hacerse lo obvio.

En seguida vea que el paciente practique alternadamente tensar y relajar los siguientes grupos musculares (secuencia céfalocaudal): 1. frente, 2. párpados, 3. mejillas/labios, 4. mandíbula, 5. cuello, 6. hombros, 7. brazos, 8. manos, 9. abdomen, 10. trasero, 11. piernas, 12. pantorrillas, 13. pies. Al final induzca relajación completa "pasando lista". Use términos familiares para el paciente "descansado", "flojito", "relajado", "colgando como un trapito", etc.

Imaginación para uso de medicamentos

Ahora vamos a pasar al uso de imaginación (o visualización) para sus medicinas (refiérase a los horarios diarios de medicamentos como señal o recordatorio).

Ahora quiero pedirle que se vea a usted mismo (o se visualice) en su cama al despertar por la mañana ¿qué vé? Piense en cómo se siente al despertar. Véase levantándose, yendo por un vaso

de agua, sacando la píldora del frasco o sobre y tomándosela en la mañana. Véase tomándola, sienta la textura o el sabor en la boca y tragándosela y en ese momento piense: "acabo de hacer algo para ayudarme a estar mejor" ó "mi salud va a mejorar por haber tomado esta dosis (pausa). Recuerde, antes al tomar la píldora usted pensaba (refiérase a lo que el paciente dijo al principio de la intervención). Ahora, en vez de eso imagínese pensando "acabo de hacer algo que va a ayudar a mi salud".

Ahora imagínese a la píldora bajando por su sistema y ayudándolo a combatir (diga el nombre del diagnóstico). Visualice a la píldora disolviéndose y protegiendo a su cuerpo de...

Segunda dosis o medicamento

Ahora pasemos a la siguiente píldora (refiérase al horario para ayudar al paciente a visualizar dónde estará cuando le toque tomar la siguiente medicina). Ejemplo: Está en su casa a punto de salir y ve la etiqueta del recordatorio junto a la puerta. Va hacia donde está la medicina y la pone en su bolsa (portafolios, etc.). Llega al trabajo. ahora imagínese, cómo va por agua, cómo saca la medicina de donde la tiene y se la toma. Al ir bajando la píldora hacia su estómago otra vez piensa "de nuevo me estoy ayudando a mejorar mi salud".

Continúe la imaginación guiada para cada medicina a lo largo de un día completo. Termine induciendo imágenes de algún caso excepcional a la rutina diaria, tal como cuando el paciente va a otro lado con la posibilidad de volver hasta tarde o hasta otro día a su casa.

Usando los mismos procedimientos induzca imágenes de ajuste a una dieta, a la realización de ejercicio o actividad física, o de toma de muestras de sangre, orina, saliva, etc.

Palabras y frases señal

- * La medicina está dándole duro al (virus, bacteria, bicho, enfermedad, etc.) o martilleándolo
- * "Estas píldoras me están ayudando a proteger mi salud"
- * "Esta dieta (o ejercicio) va a hacer que esté mejor"

Paso 9: El paciente completa su imaginación guiada []

10. Manejo de olvidos

Instruya al paciente sobre qué hacer cuando se le olvide (o "se le pase") tomar su medicina, ajustarse a su dieta o hacer ejercicio. Se trata de volver al régimen normal sin sentirse agobiado.

Aunque se espera que tome sus medicamentos lo mejor posible (tal y como se le han recetado), a veces se nos puede olvidar, aquí lo importante es volver (o recuperar) lo más pronto posible el horario prescrito.

Refiérase a la interacción médico-paciente en cuanto a informar a su médico cuando ocurran esos olvidos y sobre la mejor manera de volver al régimen prescrito.

Paso 10: Al paciente se le ha instruido sobre cómo manejar olvidos []

11. Repaso final de "Pasos Vitales"

Explique que es parte del protocolo asegurar que el paciente entienda cada paso. De modo que vamos a usar unos minutitos repasando (o resumiendo) todo lo que hemos revisado. Hágale preguntas revisando cada paso en orden.

Paso 11: El paciente resume o re-explica cada paso al terapeuta []

TERMINE

Programa horario de seguimiento telefónico _____

Plan "B" (de repuesto) del seguimiento _____

Nota para el terapeuta. ¡Póngase una señal a sí mismo(a) para recordarse llamar al paciente!