

223

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CALIDAD DE VIDA EN PADECIMIENTOS CRÓNICOS:
UN ESTUDIO EN PACIENTES HIPERTENSOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

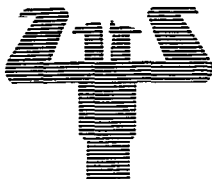
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA.

REVISOR: DRA. MARCIA MORALES FIGUEROLA.



El estudio objeto de la presente tesis fue posible gracias al subsidio 34579-H 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.

México, D.F.

Julio del 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Es difícil mantener la condición de emperador frente a un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre. El ojo de Hermógenes sólo veía en mí un saco de humores, una triste amalgama de linfa y de sangre. Esta mañana pensé por primera vez que mi cuerpo, ese compañero fiel, ese amigo más seguro y mejor conocido que mi alma, no es más que un monstruo solapado que acabará por devorar a su amo.

Marguerite Yourcenar, 1951. *Memorias de Adriano*.

A Ana Laura y Martha Lucía

A Lucía †

A Héctor G.

A Francisco † y Lucía

A Héctor, Adriana, David y Mónica

AGRADECIMIENTOS

Hago una pausa para recordar a todas aquellas personas e instituciones que han posibilitado este esfuerzo, hacerlo me coloca en la difícil situación de definir dónde comienzo y termino de agradecer este momento, así pues, debo disculparme anticipadamente por todos los nombres que guarde por años para esta página y que no pondré en ella, pero que han sido parte de mi historia, por sus esfuerzos y por existir, a todos ellos gracias.

La elaboración de este trabajo no habría sido posible sin la preparación y apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología proyecto 34579-H, de la Jefatura del Servicio de Salud Mental del Hospital General de México O.D. dirigida por el Dr. Juan José Bustamante y a su Coordinación de Psicología del Hospital a cargo de la Dra. Amalia Maza Aguirre Sandoval; y de la Unidad de Medicina Familiar 67 del IMSS bajo la dirección del Dr. Fernando Alcázar Lares. Agradezco también especialmente a los pacientes que depositaron su confianza y empeño en nuestro trabajo.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa por todo el tiempo y paciencia (en ocasiones inagotable) dedicados a mi formación, por la libertad y confianza depositadas, que en muchas ocasiones superó a la mía, y por la oportunidad de ser participe del deber ser del psicólogo en las diversas actividades en que he podido colaborar, con todo respeto y cariño, gracias.

A la Mta. Luz María Rocha Jiménez, por su fortaleza y apoyo constantes, a la Dra. Ana Luisa González-Cells por su ejemplo, empeño y entusiasmo incansables a lo largo de mi formación, a la Dra. Dolores Rodríguez por su dedicación, cuidado y enseñanzas durante este trabajo, la carrera y una huelga, a la Dra. Marcia Morales por su apoyo y disposición a lo largo de este proceso, y al Dr. Héctor Lara por su estilo crítico inconfundible y su paciencia.

A mis compañeros a lo largo de esta aventura, que espero continúe durante nuestro quehacer donde quiera que estemos: Jackeline, Marlette, Olga, Ricardo, Janneth, Arturo, Itzel y Víctor, por los tropiezos y los aciertos, por lo que aprendemos juntos.

A mi padres Héctor Riveros y Lucía Rosas por su ejemplo, su amor a la vida, a la ciencia y a la Universidad. A mis hermanos por su presencia constante y cordura. A mis hijas por su entusiasmo, complicidad, inspiración y amor incansable, y a Víctor por formar parte de mi historia y de mi ser.

A todos ellos y a quienes no nombro, gracias.

INDICE

Resumen	1
Abstract	2
Prefacio	3
I ENFERMEDADES CRÓNICAS	4
Condiciones socio-económicas	5
II SALUD Y COMPORTAMIENTO	6
III CALIDAD DE VIDA	8
Intervenciones terapéuticas en calidad de vida	9
IV EL CASO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
Determinación de la presión arterial	11
Factores que afectan la presión arterial	12
Etiología	13
Establecimiento y curso normal de la hipertensión	14
Intervenciones terapéuticas en el caso de la hipertensión	15
La calidad de vida en el paciente hipertenso	16
V ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO	
MÉTODO	19
Sujetos	19
Medición e instrumentos	20
Diseño	24
Procedimiento	25
Intervención	26
VI RESULTADOS	28
VII DISCUSIÓN	45
REFERENCIAS	50
ANEXOS	60

INDICE DE FIGURAS

Figura 1, Reducción general del deterioro en Calidad de vida como efecto del tratamiento.	29
Figura 2, Efectos de la intervención en el área Percepción de salud y bienestar. Resultados por paciente.	31
Figura 3, Reducción del deterioro en el área Relaciones interpersonales como efecto de la intervención. Resultados por paciente.	33
Figura 4, Efectos de la intervención en el área Funciones cognitivas. Resultados por paciente.	34
Figura 5, Efectos de la intervención en el área Estimación general de calidad de vida. Resultados por paciente.	36
Figura 6, Efectos de la intervención en el área de Síntomas físicos, Resultados por paciente.	37
Figura 7, Reducción de Ansiedad como efecto del tratamiento.	40

INDICE DE TABLAS

Tabla A, Características sociodemográficas de la población.	19
Tabla 1, Resultados y Diagnóstico en el Inventario de Ansiedad de Beck. Resultados del pre-tratamiento al primer seguimiento.	38
Tabla 2, Porcentaje de las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Ansiedad de Beck y de la ganancia observada entre mediciones.	42
Tabla 3, Puntuaciones totales de todas las áreas revisadas y porcentajes de ganancia entre medidas por paciente.	43

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1, Inventario de Calidad de Vida y Salud, InCaViSa.	61
Anexo 2, Carnet de Adherencia Terapéutica.	76
Anexo 3, Carta de Consentimiento Informado.	78
Anexo 4, Protocolo de intervención "Pasos Vitales".	80
Anexo 5, Instrucciones para validación del Inventario.	88
Anexo 6, Definición de categorías del Inventario.	89
Anexo 7, Bitácora terapéutica.	90

Resumen

Actualmente la hipertensión arterial es la enfermedad no-transmisible diagnosticada con más frecuencia en México, algunas de sus consecuencias como las enfermedades del corazón y las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primer y sexto lugar respectivamente en la tasa de mortalidad de la población general. Este padecimiento conlleva un deterioro importante en la calidad de vida del paciente y sus familiares inmediatos al que se añaden los efectos dañinos ocasionados por deficiente adherencia a las indicaciones del equipo de salud. Tanto las características del tratamiento como las de la enfermedad son las que muestran peor adherencia terapéutica en la literatura de investigación reciente, provocando sufrimiento innecesario en el paciente y los que lo rodean. El comportamiento del paciente, es un componente clave en su bienestar, tanto sus acciones, como pensamientos y emociones, determinan actitudes, convicciones y su comportamiento al respecto de su salud. El tratamiento cognoscitivo conductual dirigido a restaurar estas dimensiones permite la recuperación de la calidad de vida, o al menos retarda su deterioro y la aparición de complicaciones por la enfermedad. El presente estudio describe los resultados de un ensayo clínico aleatorizado sobre una muestra de diez pacientes hipertensos del Hospital General de la Ciudad de México y la Unidad de Medicina Familiar No. 67 de IMSS, respecto de su calidad de vida medida a través del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) en función de una intervención cognoscitivo-conductual, orientada a mejorar su adherencia terapéutica y calidad de vida. Se realizaron medidas de pre y post-test, en algunos casos también se contó con las medidas de primer seguimiento, tres meses después de concluida la intervención. Los resultados revelaron ganancias clínicamente significativas en bienestar en todas las pacientes en prácticamente todas las áreas de instrumento.

Palabras clave: estrés, hospital, ansiedad, clínico, relajación, medicamentos.

Abstract

Hypertension is the most frequently diagnosed non-communicable disease in Mexico. Some of its consequences such as cardiovascular disease and stroke occupied the first and sixth places in the mortality rates on general population respectively. This disease frequently involves an important deterioration in the patients' and their families quality of life, in addition to the damaging effects of poor therapeutic adherence to the instructions prescribed by the health team. Many treatment components and the disease itself show very low therapeutic adherence as show the recent research literature, leading to unnecessary suffering in the patient and his/her significant others. Behavior is a key component of patients' welfare. Their behavior, beliefs, and emotions, determine their attitudes, convictions and actions toward the recovery and maintenance of health. Cognitive behavior interventions aim at these restoring dimensions, allowing for quality of life recovery or, at least, to delay its deterioration and disease complications. The present study describes a randomized clinical trial in ten hypertensive patients from Mexico City's General Hospital and the "Family Medicine Unit 67" of the Mexican Social Security Institute. Measures included quality of life through the Quality of Life and Health Inventory (InCaViSa, by its Spanish initials) as a function of a cognitive behavioral intervention aimed at enhancing their therapeutic adherence and quality of life. In addition to pre and post-test measures some cases allowed for follow up measures three months after intervention was concluded. Results show significant gains on welfare in all cases along almost all inventory areas.

Key words: Stress, hospital, anxiety, clinical, relaxation, medication.

PREFACIO

Los procesos de salud y enfermedad han sido parte de la historia del hombre y de los pueblos. Las epidemias, el desarrollo de diferentes e inimaginables curas, explicaciones divinas y terrenales, líderes estoicos ante la enfermedad, y millones de historias de familias e individuos. En muchas de ellas los momentos de enfermedad son recordados como los más difíciles en la vida, momentos que pueden convertirse en años de rutinas que comienzan a girar cada vez cerca de la atención física del paciente y cada vez más lejos de las emociones y de los lazos afectivos, sin que con ello se logre recuperar la tranquilidad perdida.

El papel del bienestar psicológico en la salud forma parte de muchas culturas desde la antigüedad. La percepción de vulnerabilidad del enfermo, el dolor y los cuidados, inevitablemente nos llevan a la reflexión casi intuitiva sobre la importancia que deben tener la tranquilidad, la motivación, o si preferimos llamarlo, el cariño del propio enfermo y de sus seres queridos.

Sin embargo no hace más de cincuenta años que este aspecto comienza a ser objeto de estudio científico. La demostración de los efectos de interacciones interpersonales más cercanas y cálidas, de formas de afrontamiento más eficaces, del autocontrol de la ansiedad o del deterioro que ésta ocasiona, de los pensamientos y el conocimiento sobre lo que vive el paciente, se consolida como parte del objeto de estudio de la psicología. En ella los esfuerzos se dirigen al descubrimiento de los diferentes efectos que tiene el comportamiento -incluyendo nuestros sentimientos y emociones- en el organismo, tanto en la pérdida como en la recuperación de la salud.

Este campo, relativamente nuevo, comienza a hacer eco en las diferentes profesiones dedicadas tradicionalmente a la salud, acercándonos en la búsqueda del mejor aprovechamiento de los recursos, del conocimiento y del bienestar del hombre.

El presente trabajo, pretende formar parte de este esfuerzo y fortalecimiento del área; fue escrito con la intención de compartir mi entusiasmo por la posibilidad de formar parte del cambio que vivimos en la atención de la salud.

I. ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades que afectan al hombre suelen dividirse esquemáticamente para su estudio en transmisibles y no-transmisibles. A las primeras las causan generalmente agentes patógenos externos como bacterias, virus, gérmenes, etc. Habitualmente tienen características que facilitan su control: su ritmo de descenso en incidencia¹ es más rápido, generalmente su manejo se dirige a la población infantil, el impacto de las intervenciones es prácticamente inmediato y suele acompañarse de inmunidad permanente. En contraste, las características de las enfermedades no transmisibles (que abarcan a prácticamente todos los padecimientos crónicos) dificultan su control, su incidencia y prevalencia van en ascenso de modo relativamente lento pero constante, la población se ve expuesta conforme aumenta su edad, no hay inmunidad, y su severidad suele ser progresiva y discapacitante (Castro, Gómez-Dantés, Negrete-Sánchez y Tapia-Conyer, 1996; Sánchez-Sosa, 2002). Existen algunos padecimientos que comparten características de ambas al ser infecciosas en su etiología pero crónicas y degenerativas en su desarrollo y tratamiento, tal es el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) o la tuberculosis. (World Health Organization, WHO, 1999).

Los padecimientos crónicos son condiciones que generalmente se prolongan por más de seis meses, y comprometen el bienestar y funcionalidad de quienes los padecen; síntomas como dolor crónico, movilidad reducida, ansiedad, o depresión son sólo algunos de los aspectos que deterioran la calidad de vida del paciente (Andersen, Davidson & Ganz, 1994). Requieren de tratamientos frecuentemente prolongados y complejos; además, demandan cambios en las actividades cotidianas de los pacientes y sus familias que a veces resultan difíciles de llevar a cabo, como dietas especiales, actividad o inactividad física específica, y rutinas que no interfieran con el tratamiento y el bienestar de la familia (Sánchez-Sosa, 1998).

¹ En términos epidemiológicos incidencia se refiere a los casos nuevos que se presentan de algún padecimiento determinado en un periodo de tiempo establecido. En los mismo términos, prevalencia se refiere tanto a los nuevos casos de la enfermedad como a los casos que enfermaron antes del periodo de tiempo establecido. (Phares, 1999).

Condiciones socioeconómicas:

A nivel mundial, el s. XX se caracterizó por una modificación en las condiciones de salud, que alteró, además de la calidad de vida, las condiciones sociodemográficas de la población (WHO, 1999). En lo que a América se refiere, se considera que la transición demográfica comienza desde la década de los ochenta, al reducirse las tasas de natalidad y de mortalidad infantil por enfermedades transmisibles a casi la mitad y aumentar la expectativa de vida, en países como Chile dicho aumento cambió de 29 años en 1910 a 72 años en 1998 (WHO, 1999). En promedio, la tasa de vida en América Latina aumentó 18 años en los últimos 40 años (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS 2000).

Las tasas de morbilidad y mortalidad reflejan un aumento en la incidencia de padecimientos no-transmisibles y decremento de los infecciosos, cambio atribuible a factores como la disminución en la mortalidad infantil, el aumento en la esperanza de vida, una creciente urbanización, modificación de hábitos, envejecimiento de la población y acceso a servicios (Escobar, Petrásovits, Peruga, Nyvea, Vives y Robles, 2000; Sánchez-Sosa, 2002). Durante el año 2000 en América Latina y el Caribe por cada diez muertes debidas a una enfermedad transmisible se produjeron 34 por una no-transmisible, se estima que para el 2015 éstas serán 70 (Escobar, et al. 2000; OPS-OMS, 2000).

Actualmente la hipertensión arterial es la enfermedad no-transmisible diagnosticada con más frecuencia en México (Salud Pública de México, 2001), algunas de sus consecuencias, como las enfermedades del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, ocupan el primer y sexto lugar respectivamente en la tasa de mortalidad de la población general (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Dirección General de Estadística e Informática, INEGI, SSA/DGEI, 1999).

II. SALUD Y COMPORTAMIENTO

La conducta es el componente esencial del funcionamiento humano. Entendida en todas sus expresiones como actitudes, reacciones emocionales (incluyendo sus manifestaciones fisiológicas), cogniciones (ideas, convicciones, etc.) y actividad instrumental (todo lo que el ser humano hace y dice), es parte medular tanto del mantenimiento como de la pérdida y recuperación de la salud. (Sánchez-Sosa, 2002). Aun antes del desarrollo de cualquier padecimiento, la conducta tiene un peso fundamental en su probabilidad de aparición. Ésta aumenta al ocurrir conductas de riesgo, como no lavarse las manos antes de comer, vestirse adecuadamente para las condiciones climáticas, exponerse a situaciones tumultuarias (en el caso de las infecciones), fumar, automedicación, desatención de signos y síntomas de enfermedad, tener un estilo de vida sedentario o dietas desbalanceadas (por ejemplo con altos niveles de lípidos y/o sal). En contraste, disminuye con la práctica habitual de conductas protectoras como el manejo higiénico de los alimentos, uso adecuado del condón, o manejar con precaución. Estos aspectos instrumentales de la conducta están recíprocamente modulados por las cogniciones y emociones (Sánchez-Sosa, 2002).

El papel de las emociones en la salud se ha estudiado debido a la interferencia de algunos estados como la depresión y la angustia en la ocurrencia de conductas que protegen o ayudan a recuperar la salud tales como las de adherencia terapéutica. Otra forma en que los estados emocionales interfieren en el bienestar y la salud es por sus efectos sostenidos en procesos fisiológicos como activación parasimpática, aumento de plaquetas en sangre, o merma de los procesos inmunes. (Brannon & Feist, 2000; Sánchez-Sosa, 2002; Stone, Cohen & Adler, 1979).

Cogniciones tales como creencias, pensamientos, convicciones, etc, pueden a su vez modular tanto la conducta instrumental como las emociones. Por ejemplo, en el caso de la conducta instrumental de adherirse a un tratamiento, las convicciones sobre lo que puede pasar de seguir o no las instrucciones del equipo de salud determinarán parcialmente esa conducta. Algunos ejemplos de las creencias que pueden interferir con la conducta de apegarse a un régimen médico son que éste le va a causar más daño que beneficios, o la creencia de que si "una pastilla les hace

bien, dos le harán mejor". Otra forma en que las cogniciones modulan a las emociones es al mantener un estado anímico que interfiera con la conducta, si el "estar enfermo de ..." es percibido como una sentencia catastrófica, o equivalente a incapacidad o muerte, es probable que ocasione estados de ansiedad o depresión, que por un lado exacerben el padecimiento (Stone, Cohen & Adler, 1979), y por otro le impidan tomar medidas de autocuidado por considerar la situación como abrumadora e imposible de resolver. (Sánchez-Sosa, 2002). Por ejemplo, hallazgos de Rostrup, Mundal, Westheim & Eide (1991) indican que el sólo hecho de etiquetar a un paciente como "hipertenso" puede provocar efectos negativos como mayor ausentismo laboral y angustia psicológica, capaz de inducir la suficiente actividad simpática como para modificar los parámetros hemodinámicos (y elevar los niveles de presión arterial).

III CALIDAD DE VIDA

El estado de salud es un elemento medular para el desempeño de cualquier actividad, por lo que su pérdida también altera el funcionamiento cotidiano de quien enfrenta esta situación. Actualmente la Organización Mundial de la Salud, la define como "Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente de ausencia de enfermedad o discapacidad" (WHO, 2002).

El concepto de calidad de vida adquiere especial relevancia como aspecto insoslayable de la salud. Su análisis implica aspectos del funcionamiento humano, cuya ausencia o deterioro imposibilita la presencia del bienestar, algunos de ellos se refieren a la valoración subjetiva del mismo y conductas que permitan el cuidado adecuado de su salud y del funcionamiento cotidiano en áreas relevantes como educación, empleo, seguridad social, recreación, nutrición, convivencia, etc. (González-Puente & Sánchez-Sosa, 2001; OPS, 1999).

En el caso de los padecimientos crónicos, la evaluación de calidad de vida gira en torno a los efectos psicológicos del trastorno; por ejemplo, la autoeficacia, apoyo social percibido, funcionamiento físico o afrontamiento (Parker & Wright, 1997; Smith, Avis & Assmann, 1999). En el caso de la hipertensión, la evaluación de la calidad de vida incluye aspectos como desempeño y satisfacción laboral, síntomas físicos, bienestar general, sueño, estado emocional, autocontrol, funcionamiento sexual, funcionamiento cognoscitivo, funcionamiento social, involucramiento de la familia y vitalidad (Ogihara, Nakagawa, Ishikawa, Mikami, Takeda, Nonaka, Pagano, Sasaki, Kagoshima & Higashimori, 1992; Osterhaus, Townsend, Gandek & Ware, 1994; Robbins, Elias, Croog & Colton, 1994; Hume, 1989).

Existen diferentes instrumentos para evaluar la calidad de vida, es especialmente importante considerar en ellos su confiabilidad, validez y sensibilidad al cambio, es decir, que reflejen los efectos de las intervenciones. Por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (Gladiš, Gosch, Dishuk & Crits-Christoph, 1999) desarrolló el WHOQoL siguiendo y recomendando tres métodos para la elaboración de instrumentos. Primero, que se construyan para una cultura en su idioma, a partir de la cual se puedan realizar traducciones y retraducciones; segundo que se identifique un conjunto de ítems comunes, como relevantes para un amplio rango de culturas; y

tercero, el establecimiento de expertos de diferentes culturas que identifiquen y contribuyan a la definición de todos los aspectos de vida necesarios para una evaluación comprehensiva que caracterice la calidad de vida. En el caso del WHOQoL se definieron cuatro dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Otro instrumento que siguió lineamientos similares es el propuesto por el Grupo Europeo de Calidad de Vida, el EuroQoL, en el que las dimensiones se derivaron a partir de una discusión multinacional de siete países europeos (Brooks, 1996).

Pueden identificarse tres perspectivas para enmarcar los aspectos medulares en la medición de la calidad de vida, a) la calidad de vida en general, b) la calidad de vida relacionada con la salud, y c) la calidad de vida específica para cada enfermedad (González-Celis, 2002).

3.1 Intervenciones terapéuticas en calidad de vida

Generalmente las intervenciones terapéuticas para el mejoramiento de la calidad de vida pueden dividirse en farmacológicas y en psicoterapéuticas, las primeras se refieren a los efectos que tienen los medicamentos en la calidad de vida de los pacientes que las reciben. Algunas de las condiciones evaluadas de esta forma incluyen dolor crónico (Adams, Plane, Fleming, Mundt & Saunders, 2001; Cipher, Fernandez & Clifford, 2001)); trastornos del sueño mediante la administración de melatonina (Nagtegaal, Laurant, Kerkhof, Smits, van der Meer & Coenen, 2000); dolor crónico en baja espalda con antidepresivos (Atkinson, Slater, Williams, Zisook, Patterson, Grant, Wahlgren, Abramson & Garfin, 1998) y manejo del dolor de "miembro fantasma" con ketamina (Halbert; Crotty, & Cameron, 2002)

En cuanto a los efectos de intervenciones psicoterapéuticas para condiciones crónicas se han empleado técnicas como relajación inducida por audiograbaciones para el manejo del insomnio (Rybarczyk, Lopez, Benson, Alsten y Stepanski, 2002), relajación muscular y autogénica para el tratamiento de dolor crónico de espalda (Hammond, 2001) técnicas cognoscitivo conductuales para el manejo del síndrome de fatiga crónica (Akagi, Klimes & Bass, 2001; Cox, 2000; Friedberg, 1999; Jason, 1999; Taylor, 2002), retroalimentación biológica para trastornos temporomandibulares (Gardea, Gatchel & Mishra, 2001), y educación e información para el tratamiento de

dolor de cabeza (Solomon, 2001). Todos estos estudios revelaron que tanto las intervenciones psicoterapéuticas médicas como psicológicas tienen un efecto benéfico en los trastornos abordados. Algunos autores como Cipher et.al (2001) proponen que se obtienen mejores resultados al combinar ambas intervenciones.

IV EL CASO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

4.1 Determinación de la presión arterial

La presión arterial está determinada por la fuerza con que la sangre presiona las paredes de las arterias, actualmente dicha fuerza se mide a través del esfigmomanómetro², que mide el cambio de presión en una cámara de aire inflada sobre la arteria humeral (en el antebrazo), el paso de la sangre que era detenida por la presión de la cámara en la arteria provoca un ligero aumento en la presión de la cámara y dicho cambio se refleja en una columna de mercurio, como un ligero salto, por lo que la unidad de medida de presión es el milímetro de mercurio, mm Hg, (García, 2000).

La presión arterial depende del "gasto cardiaco" (cantidad de sangre bombeada por el corazón en un minuto) y de la resistencia de las arterias al paso de la sangre (resistencia vascular). La presión sistólica o máxima corresponde al momento de la sístole o contracción del corazón, es el primer sonido que se escucha durante la determinación de la presión arterial al dejar salir muy lentamente el aire de la cámara de aire, es decir el momento en el que la sangre es expulsada con la suficiente fuerza como para vencer la presión que le era impuesta por ésta. La presión diastólica o mínima corresponde a la diástole o relajación del corazón (cuando recibe sangre en sus cámaras antes de expulsarla en la sístole), su medida corresponde al último sonido escuchado durante la determinación arterial, es decir cuando opone la mínima resistencia a la desinsuflación de la cámara (García, 2000).

En personas con valores normales de presión arterial (normotensas), la presión sistólica tiene valores que oscilan entre 100 y 139 mm Hg, y la diastólica tiene valores que oscilan entre los 60 a 89 mm Hg, (WHO, Expert Committee on Hypertension Control, ECHC, 1994).

² El esfigmomanómetro es el aparato que se utiliza tradicionalmente para determinar la presión, consta de una cámara de hule recubierta de tela y una pera con una llave, la pera permite inflar la cámara y la llave regular la velocidad con que ésta se desinfla, si el esfigmomanómetro es de mercurio, el aparato tiene una columna de vidrio graduada por la que asciende el mercurio al insuflar la cámara, si es aneróide el aparato estará conectado a una pequeña carátula con una aguja conectada a un resorte que la mueve al insuflar la cámara, éste tipo de esfigmomanómetro es calibrado previamente con uno de columna de mercurio. Para mayor precisión se utiliza un estetoscopio colocado entre la cámara y la arteria humeral que permita escuchar el primer y último sonido del paso de la sangre al dejar salir el aire de la cámara, correspondientes a la presión sistólica y diastólica respectivamente.

4.2 Factores que afectan la presión arterial

Existen diversos factores que pueden modificar las lecturas de la presión arterial, Rose, Holland & Crowley (1964) los clasifican como atribuibles al paciente o al observador, entre las primeras están las variaciones biológicas, algunas de ellas son controlables o detectables como la hora del día o las actividades previas a la determinación de la presión (comer antes de la lectura puede elevar en 9.5 mm Hg la presión sistólica), si las causas no son fácilmente identificables, como las ocasionadas por tensión nerviosa antes de la determinación, éstas pueden provocar errores reiterados, por lo que las lecturas múltiples no permitirán reducir la variación (Kaplan, 1997).

Las causas atribuibles al observador pueden producirse por equipo inapropiado o inexacto, manejo inadecuado del mismo, o sesgos en el observador. El comité experto para el control de la hipertensión (WHO, ECHC, 1994), recomienda que antes de determinar la presión, el paciente permanezca sentado varios minutos en un silla en la pueda apoyar la espalda cómodamente en un cuarto tranquilo. Al determinar la presión recomienda que los músculos de los brazos estén relajados, apoyando el antebrazo a la altura del corazón, así como evitar el uso de ropa ajustada. En cuanto al manejo del esfigmomanómetro recomienda Insuflar rápidamente la cámara hasta aproximadamente 30 mm Hg por encima del nivel en que se escuchó el último latido del corazón. Y desinsuflar lentamente la cámara (aproximadamente 2mmHg/seg).

Otros autores como Kaplan (1997), recomiendan además que la cámara de aire circunde al menos el 80% del brazo (por lo que recomienda el uso de cámaras especiales para pacientes obesos o musculosos), que no hayan consumido estimulantes previamente (cafeína, tabaco, descongestivos nasales, etc.), que la medición se tome en un ambiente tranquilo y cálido, tomar dos veces la lectura hasta que no haya diferencias mayores a cinco mmHg entre ellas, y para fines diagnósticos, tomar al menos tres mediciones en un periodo no mayor a una semana.

4.3 Etiología

La hipertensión puede concebirse en dos formas principales según su origen, se denomina primaria, esencial o idiopática cuando no parece existir una causa identificable para el aumento de presión arterial. Se le llama hipertensión secundaria cuando es posible identificar una o más causas del problema (García, 2000; Kaplan, 1997).

Se estima que entre el 90 y el 95% de los casos de hipertensión son de tipo esencial, y el resto secundaria (WHO, ECHC, 1994).

Kaplan (1997) describe como las causas más comunes de la hipertensión secundaria a las renales, endócrinas y hormonales. Entre las renales está el caso de la nefritis crónica (inflamación renal), enfermedad poliquística (presencia abundante de quistes en los riñones), o la enfermedad renovascular (en la que existen problemas en la circulación renal como estrechez de algún vaso). En las causas endocrinas se altera el funcionamiento de los órganos o glándulas de secreción, como en el hiper e hipotiroidismo, ocasionados por la excesiva o deficiente actividad de la glándula tiroidea, o por el feocromocitoma, tumor en la médula adrenal que ocasiona trastornos en la producción de adrenalina y/o noradrenalina (Navarro-Beltrán, 1994).

Las modificaciones hormonales, como las ocurridas durante el embarazo, pueden ocasionar aumentos severos de presión arterial, tal es el caso de la pre-eclampsia, en la que la alteración básica parece ser una vasoconstricción profunda, en los casos severos el volumen plasmático se reduce entre el 10 al 40% y la resistencia periférica se encuentra aumentada. Otro ejemplo es el uso de anticonceptivos hormonales como la progesterona, el mecanismo por el que aumentan la presión aún se continúa investigando. Autores como Kaplan (1997) consideran que más que causantes, los anticonceptivos simplemente revelan propensión hacia la hipertensión primaria.

Entre otras causas menos frecuentes está la apnea del sueño (que suele acompañarse de sobrepeso), en la que durante los episodios de hipoxemia (disminución de oxígeno) que sobrevienen durante la apnea se presentan aumentos en la presión arterial.

En el caso de la hipertensión primaria, al que pertenecen la mayoría, no hay una causa identificable, sin embargo se considera que es la interacción de diversos

factores, como la genética (la probabilidad asociada en familias es del 25%), hiperactividad nerviosa simpática, obesidad e hiperinsulinemia³ los que la precipitan. Otros factores dependen directamente de los hábitos y estilo de vida del paciente, como la dieta (principalmente alta en grasas y sal y baja en potasio); la exposición reiterada a situaciones estresantes; adicciones como el tabaco o alcohol, éste último, aunque tiene un efecto vasodepresor inmediato, su consumo crónico puede aumentar la presión arterial⁴ (Kaplan, 1997). En el caso del tabaco, aun en fumadores pasivos, éste tiene un efecto agudo reduciendo la circulación coronaria, e induciendo a largo plazo disfunción en las membranas de los vasos o endotelio, (Otsuka, Watanabe, Hirata, Tokai, Muro, Yoshiyama, Takeuchi & Yoshikawa, 2001).

4.4 Establecimiento y curso normal de la hipertensión.

Desde mediados de la década de los cincuenta, la hipertensión se ha descrito como "...una enfermedad crónica... que persiste por un promedio de dos décadas antes de que sus complicaciones secundarias causen la muerte 15 a 20 años antes, en promedio, de lo esperable para la expectativa de vida normal" (Perera, 1955).

Existen diferentes criterios para establecer el diagnóstico de hipertensión, el Comité Experto en Control de la Hipertensión de la Organización Mundial de Salud (WHO, ECHC, 1994) define al padecimiento de dos maneras, la primera basada en medidas de presión; sistólica de 140 mmHg o más, y diastólica de 90mmHg o más. Operacionalmente suele adoptarse la definición de Evans & Rose (1971) donde la hipertensión es el nivel de presión sanguínea en el que su detección y tratamiento produce más beneficios que daños. Antes de declarar un diagnóstico de hipertensión e iniciar el tratamiento farmacológico, es necesario que estas medidas de presión se repitan varias veces, en diferentes ocasiones (WHO, ECHC, 1994), a menos que la lectura inicial sea peligrosamente alta (Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA, 2001).

³ En la hiperinsulinemia la absorción defectuosa de la insulina aumenta sus niveles en torrente sanguíneo, lo que suele acompañarse de aumento en la actividad nerviosa simpática, retención de sodio e hipertrofia vascular, en la que no hay respuesta vasodilatadora a los altos niveles de insulina

⁴ Algunos de los posibles mecanismos del efecto presor del consumo crónico de alcohol, son estimulación de la actividad nerviosa simpática y la inducción de resistencia a la insulina. (Kaplan, 1997).

La evolución natural de la hipertensión no tratada aumenta hasta en un 55% las probabilidades de discapacidad o muerte prematura por diversas complicaciones en los siguientes cinco años, incluyen a las cardíacas (hipertrofia, insuficiencia o infarto), de los grandes vasos como el aneurisma (abolsamiento o ruptura de las paredes de una arteria o vena), cerebrales como la isquemia (detención de la circulación arterial), trombosis (formación y desarrollo de coágulos, trombos, que ocasionan oclusión vascular), hemorragias, encefalopatía hipertensiva y demencia vascular (ocasionadas por las alteraciones del flujo cerebral). También pueden ser renales como la nefrosclerosis o insuficiencia renal, o como evolución maligna acelerada, en la que los aumentos de presión lesionan las paredes arteriales, manteniéndola elevada y aumentándola cada vez más, (Kaplan, 1997; Kato, Aihara, Kikuya, Matsubara, Ohta, Ohkubo, Tsuji, Sekino, Meguro & Imai, 2001; Navarro-Beltran, 1994; WHO, 1994).

4.5 Intervenciones terapéuticas en el caso de la Hipertensión.

La mayoría de las intervenciones en calidad de vida se refieren al efecto que tienen en ella diferentes medicamentos hipotensores (Anderson, Hogan, Appel, Rosen & Shumaker, 1997; Hume, 1989; Ogihara, Nakagawa, Ishikawa, Mikami, Takeda, Nonaka, Nagano, Sasaki, Kagoshima & Higashimori, 1992; Ogihara, Nakagawa, Ishikawa, Mikami, Takeda, Nonaka, Pagano, Sasaki, Kagoshima, & Higashimori, 1992; Testa, Anderson, Nackley & Holleberg, 1993).

Con respecto a las intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de la hipertensión se han utilizado procedimientos como técnicas de reducción de estrés, meditación trascendental y educación en el estilo de vida (Schneider, Castillo-Richmond, Alexander, Myers, Kaushik, Aranguri, Norris, Haney, Rainforth, Calderon & Nidich, 2001), programas de ejercicio (Arakawa, 1993; Lazowski, Ecclestone, Myers, Paterson, Tudor-Locke, Fitzgerald, Jones, Shima & Cunningham, 1999), retroalimentación biológica (Fahrion, Norris, Green & Green, 1986; McGrady & Higgins, 1989), relajación y entrenamiento autógeno (Irvine & Logan, 1991; Patel & Marmot, 1988; Stetter & Kupper, 2002).

Aunque la mayor parte de las investigaciones sobre calidad de vida e hipertensión se refieren al uso de medicamentos, existe suficiente evidencia de que las intervenciones no farmacológicas pueden mantener la presión arterial en niveles normales en los casos de hipertensión leve (García, 2000; Kaplan, 1997).

4.6 La calidad de vida en el paciente hipertenso.

En virtud de que actualmente se considera a la hipertensión como la primer causa de muerte a nivel mundial (WHO, 1999), la calidad de vida del hipertenso se ha convertido en un objeto de estudio relevante.

Se ha demostrado que el sólo etiquetar como "hipertenso" a un paciente puede conllevar perjuicios como angustia, y ausentismo laboral (Alderman & Lamport, 1990; Melamed, Froom & Green, 1997; Rostrup, et al. 1991). Además, por su sintomatología, son los hipertensos los que tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad, en comparación con otras condiciones crónicas (Sherbourne, Wells & Judd, 1996).

La hipertensión es por lo general un padecimiento asintomático, su tratamiento sin embargo suele experimentarse de manera conspicua, por ejemplo los pacientes sí perciben los efectos colaterales de los fármacos y de la súbita reducción de la presión, entre los primeros se incluyen: dolor de cabeza, mareo, estreñimiento, baja de energía o efectos sedantes, y alteraciones del funcionamiento sexual. Algunos de los efectos de la caída súbita de la presión son: hipotensión postural (la presión baja repentinamente al pasar de estar sentado o acostado a ponerse de pie), mareo, desvanecimientos, dolor de cabeza y letargo entre otros (Cohen, 2001; Kaplan, 1997). Éstos son riesgos frecuentes ya que la mayoría de las dosis prescritas estiman ser efectivas para el 90% de los pacientes, por lo que aquellos que respondan más, estarán expuestos a dosis excesivas y a sus efectos adversos (Kaplan, 1997).

En cuanto a las consecuencias de tratamientos farmacológicos innecesarios, estudios con pacientes medicados por hipertensión leve, mostraron que además de los efectos colaterales, los riesgos del tratamiento pueden superar los beneficios, e incluso tener efectos contraproducentes. Un Estudio de Intervención sobre Factores de Riesgo

Múltiples (Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group, MRFITRG, 1982) con controles bajo tratamiento habitual, reveló que el uso de tratamientos farmacológicos más intensivos, no logró mejoría alguna y la tasa de mortalidad general y coronaria fue incluso más alta entre los pacientes con hipertensión leve sometidos a tratamiento intensivo.

Existen preocupaciones éticas sobre el exponer a tratamiento a pacientes cuando la intervención pueda no ser útil o correr el riesgo de no tratar cuando la medicación pueda ser necesaria (Kaplan, 1997). Para Rose (1981) el tratamiento del hipertenso asintomático es una medida preventiva que expone a mucha gente a un pequeño riesgo, en el que los beneficiarios son relativamente escasos. Si el daño individual derivado del tratamiento prolongado bastara para hacerla inútil o incluso nociva, no sería viable aceptar la medicación preventiva masiva a largo plazo. Existen estudios que demuestran que en períodos de seguimiento de entre seis meses y cinco años, la mayoría de los hipertensos que reciben tratamiento no farmacológico tienen una reducción significativa de la presión arterial, y de la hiperinsulinemia que es también un factor de riesgo cardiovascular (Fagerberg, Berglund, Andersson & Berglund, 1992; García, 2000; Nilsson, Lindholm & Schersten, 1992).

Sin embargo muchos profesionales no recomiendan modificaciones en el estilo de vida aunque reconocen sus beneficios. Kaplan (1997) propone que ésto se debe a que ocasiona demasiadas molestias a los pacientes por lo que no responden a ellas, y a que indicar estas medidas y motivarlos para que los lleven a la práctica exige más tiempo y esfuerzo que escribir una receta. Por otra parte, si bien la adherencia a modificaciones de vida es deficiente, también lo es al tratamiento medicamentoso.

Es en contextos como este, en que el surgimiento de áreas como psicología de la salud responde a las necesidades de salud y bienestar actuales, su labor se dirige a la aplicación de intervenciones profesionales derivadas de la investigación básica, en la prevención o solución de problemas de salud, así como la evaluación de sus efectos clínicos (Sánchez-Sosa, 2002). Debido a que el mantenimiento, pérdida y restauración de la salud son en última instancia resultado de la conducta, las intervenciones psicológicas diseñadas para la modificación de aquellas conductas de riesgo por conductas protectoras, así como al aprendizaje de diferentes patrones de conducta y afrontamiento más adaptativos, pueden incidir significativamente en el bienestar de

quienes, como los hipertensos, atraviesan por una situación como la pérdida del estado habitual de salud y bienestar.

En virtud de tratarse de un padecimiento frecuente y riesgoso, para el que parece existir un beneficio potencial de medidas psicológicas, el propósito del presente trabajo, es explorar aquellas áreas de la calidad de vida que se ven afectadas por el proceso de enfermedad en los pacientes hipertensos participantes en este estudio, así como examinar los efectos que tienen en éstas una intervención cognoscitivo-conductual dirigida a su mejoramiento.

IV ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

MÉTODO

Sujetos:

Se invitó a participar a los pacientes que arribaron al servicio de consulta externa de medicina interna del Hospital General de México, O.D. y de la Unidad de Medicina Familiar 67 del IMSS.

Se analizaron los resultados de diez pacientes mujeres con diagnóstico confirmado de hipertensión con evolución de entre 2 y 36 años de antigüedad, el promedio fue de 10 años de antigüedad. Sus edades fluctuaron entre los 30 y los 66 años, la edad promedio fue de 53 años. Las características de la población aparecen denotadas en la tabla A:

Tabla A: Características sociodemográficas de la población

Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Diagnóstico
Casadas 60%	Ama de casa 50%	Sin estudios 20%	Hipertensión 50%
Separadas 30%	Comerciante 30%	Primaria Inc. 20%	Hipertensión y
Divorciadas 10%	Empleada 10%	Primaria Comp. 50%	Diabetes 50%
	Máquila 10%	Secundaria Comp. 10%	

Vive actualmente en pareja el 60% de ellas y del resto están separadas el 30% y una de ellas (10%) es divorciada. Sus ocupaciones fueron 50% amas de casa, 30% comerciantes, una de ellas empleada asalariada (10%) y otra se dedicaba a la máquina (10%). En cuanto a su escolaridad, 20% no tenían estudio alguno, 20% tenían primaria incompleta, 50% primaria completa y 10% secundaria completa. No se incluyeron en la muestra pacientes que participaban en otras investigaciones con intervenciones cognoscitivo-conductuales, pacientes con diagnóstico de psicosis o retraso mental, o 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.

El grupo quedó conformado por cinco pacientes con hipertensión (50%), y cinco (50%) con hipertensión comórbida con diabetes.

Medición e Instrumentos:

La variable dependiente consistió en el porcentaje de cambio en los indicadores de calidad de vida del Inventario de Calidad de Vida y Salud relevantes para el caso del paciente hipertenso. Se seleccionaron las áreas que la literatura de investigación refiere como relevantes por su deterioro en dicho padecimiento (Anderson, Hagan, Appel, Rosen & Shumaker, 1997; Fioravanti, Zavattini & Buckley, 1996; Lam & Lauder, 2000; Osterhaus, Townsed, Gandek & Ware, 1994; Robbins, Elias, Croog & Colton, 1995; Sherbourne, Wells & Judd, 1996). Las áreas analizadas fueron percepción de salud y bienestar, relaciones interpersonales, síntomas, funciones cognitivas y estimación general de calidad de vida. Así como los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck, medidos antes y después del tratamiento.

La variable independiente fue el tratamiento cognoscitivo-conductual, descrito en la sección correspondiente, incluyendo el protocolo de tratamiento "Pasos Vitales" (Safren, 1999).

Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa). (Véase el anexo 1)

El inventario se diseñó a partir de diferentes escalas de calidad de vida para condiciones crónicas específicas, seleccionadas a partir de su pertinencia en la literatura de investigación. Se tomaron en cuenta aquellos reactivos que reiteradamente se mencionaban en todas las escalas, por considerarse los más representativos de los aspectos medulares a evaluar en la calidad de vida de diferentes padecimientos crónicos. El inventario principal a partir del cual se agregaron nuevos reactivos de los otros inventarios, fue la Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos (EsCaViPS) estandarizado para la población mexicana (González-Puente, 2001). Con el criterio anterior se seleccionaron reactivos del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC) (Sánchez-Sosa y Hernández Guzmán, 1993); Multiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL) (Vickrey, Hays, Marooni, Myers & Ellison, 1995); Obesity Related Well-Being Questionnaire (ORWELL 97) (Mannucci, Ricca, Barciulli, Di Bernardo, Travaglini, Cabras & Rotella,

1999); Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS) (Goodwin, Boggs & Graham-Pole, 1994); Cuestionario de Calidad de Vida PostInfarto del Miocario (MacNew QLMI) (Brotans, Ribera, Permanyer, Cascant, Moral, Pinar & Oldridge, 2000); y del Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC) (Fernández, Hernández y Rancano, 1999).

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

Validación:

Se realizó un estudio de validación por expertos para definir las posibles categorías a que podrían pertenecer los reactivos del InCaViSa. Los reactivos de evaluación de calidad de vida se transcribieron textualmente en tarjetas separadas, y se pidió a quince jueces independientes, psicólogos expertos en el área de salud, que asignaran los reactivos en conjuntos representativos de cada categoría, según su juicio y experiencia. Todos recibieron las mismas instrucciones y definiciones de cada categoría, previamente estandarizadas (anexos 5 y 6), cada juez trabajó en esa tarea sin comunicación previa entre ellos o con los conductores del "jueceo".

Si el reactivo no resultaba asignado a una categoría específica al menos el 80% de las veces, se redefinía el área para incrementar su claridad o inclusividad. Si después de un segundo y tercer jueceo algún reactivo no lograba más del 80% de consistencia interjueces y no caía al menos el 70% de los jueceos en dos categorías dicho reactivo se eliminaba. Aquellos que se colocaron consistentemente en 2 categorías fueron retirados temporalmente del análisis de significancia de la categoría en la cayeron mayoritariamente para aislar posibles sesgos.

Los reactivos utilizados en su versión final obtuvieron una consistencia interjueces del 85.5%, fueron retirados temporalmente del análisis 10.5%, y eliminados el 4%.

El procedimiento de validación interjueces es una estrategia basada en la experiencia y en la lógica de los jueces no siempre se considera ideal para determinar

la validez de las categorías del inventario (Goode y Hatt, 1967). Si permite, sin embargo, obtener una predicción razonable de las variables relevantes al objetivo del instrumento, especialmente si se consideran las precauciones metodológicas instrumentadas para reducir sesgos en los jueces, tales como la estandarización de instrucciones y definiciones, o la forma de trabajo independiente y sin comunicación entre ellos (Judd, Smith & Kidder, 1997). Se utilizó ésta forma de validación como adición a su validez surgida de los instrumentos o escalas originales.

Registro conductual, "Carnet de Adherencia Terapéutica": (Véase el anexo 2)

Se elaboró un cuadernillo "de bolsillo", que resultara fácil de llenar, en el que el paciente "palomeaba" los espacios correspondientes a la realización de la actividad descrita día a día, durante una semana. En virtud de que una proporción de la muestra no tenía prácticamente escolaridad alguna, el cuadernillo incluyó dibujos de fácil identificación que ilustraban cada una de las variables descritas en él.

Las variables incluidas fueron de dos tipos, las primeras tres: toma de medicamentos, dieta y ejercicio corresponden a los problemas de adherencia a tratamiento más frecuentes en los padecimientos estudiados, contenidos reiteradamente en la literatura de investigación (Kendall, Jansen, Sjogren & Jansen, 1987; Luscher, Vetter, Siegenthaler & Vetter, 1985; McCarron & Reusser, 2001; Safren, 1999; WHO, 2001; Zilli, Croci, Tufano & Caviezel, 2000; Bittar, 1995).

El resto de las variables incluidas en el carnet fueron indicadores de bienestar mencionados más frecuentemente en la literatura y que son susceptibles de registro diario, expresados en forma de frases coloquiales, a saber: Actividad física "ejercicio" (Goldberg, Hagberg, Delmez, Carney, McKeivitt, Ehsani & Harter, 1980; Lee, Rexrode, Cook, Manson & Buring, 2001; Mayer-Davis, D'Agostino, Karler, Haffner, Rewers, Saad & Bergman, 1998; Mokdad, Bowman, Ford, Vinicor, Marks & Koplan, 2001; Shephard, 2001). Desempeño laboral "trabajo" (Abramson, Ritter, Michal, Gofin & Kark, 1992; Romney & Evans, 1996; Schmitt & Doerfel, 1999). Sueño "dormir bien" (Alvarado, 2000; Finn, Young, Palla & Fryback, 1998; Manocchia, Keller & Ware, 2001; Mooe, Rabben, Wiklund, Franklin & Eriksson, 1996; Walsleben, Norman, Novak, O'Malley, Rapoport & Strohl, 1999). Actividad sexual quedó con el mismo nombre (Braun, Wassmer, Klotz,

Reifenrath, Mathers & Engelmann, 2000; Bulpitt, Beevers, Butler, Coles, Hunt, Munro-Faure, Newson, O'Riordan, Petrie & Rajagopalan, 1989; Dhabuwala, Kumar & Pierce, 1986). Interacción social "estar con amigos o conocidos 30 minutos aproximadamente o más" (Denollet, 2000; Gering, Pieper, Levy & Pickering, 1992; Gross, Limwattananon & Matthees, 1998; Henry, 1982; Mendez & Belendez 1997). Distracción "diversión" (Ahern, 1999; Colwell, 1997; McCormack, 1988; McQuaid & Nassau, 1999; Ogden, (1996); Raglin & Morgan 1985).

En la última página se les pide que registren "conductas de riesgo", establecidas a partir de las indicaciones medicas para su padecimiento, se incluyen ejemplos como (comer) "dulces", "fumar", (beber) "alcohol", para su registro diario, además de dos espacios en blanco para poder adaptar el registro a las indicaciones individuales del médico, por ejemplo prohibición de sal, o de consumo de alimentos grasos.

Validación:

Se realizó una validación por expertos para asegurar que la forma de registro fuera comprensible, y las viñetas reflejaran la variable en cuestión. 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 del indicador a autoregistrar (Tomar medicina, alimentos, ejercicio, etc.). Se pidió a diez jueces, psicólogos expertos en salud, que colocaran cada reproducción en el nombre del indicador (puestos en tarjetas sobre una mesa) al que consideraran se refería el dibujo y la forma de registro. Los jueces trabajaron de manera completamente independiente e individual.

Los resultados de la validación arrojaron un 100% de consistencia interjueces en cuanto a la asignación a las categorías pertinentes.

Carta de Consentimiento Informado. (Véase el anexo 3)

En ella se describían los objetivos generales del estudio, las condiciones de su participación, las actividades que realizarían, la duración de ellas, los beneficios que obtendrían, y la estipulación reiterada de que su participación sería voluntaria y aun

en caso de que decidieran retirarse del programa, no habría consecuencias como usuario(a) de los servicios de la institución o de cualquier otra índole. También se incluyeron los datos necesarios de los investigadores responsables para que, en caso de considerarlo necesario, pudieran comunicarse con ellos. Dicha carta se elaboró de acuerdo a los preceptos éticos estipulados en el apartado 6:11 del Código Ético del Psicólogo. (Sociedad Mexicana de Psicología, SMP, 1997).

Protocolo de Intervención "Pasos Vitales" (Safren, 1999). (Véase el anexo 4)

La guía consiste en una lista de verificación en la que el paciente analiza con el terapeuta los problemas más frecuentes al seguir un tratamiento y diferentes formas de solucionarlos. Entre otros incluye los que podrían surgir al transportarse a sus citas, obtener medicamentos, afrontar efectos colaterales, planear horarios adecuados para su tratamiento, uso de recordatorios para el mismo, etc.

Bitácora Terapéutica: (Véase el anexo 7)

Consiste en dos hojas de vaciado de datos sociodemográficos, de localización, del padecimiento, y del tratamiento de cada paciente. Incluye información como nombre, edad, diagnóstico principal, antigüedad del mismo, médico tratante, dirección, teléfono, teléfono para recados, datos de familiares que podrían participar en el proceso de intervención (por ejemplo para estimación de confiabilidad del autoregistro), y espacios para anotaciones breves del terapeuta sobre el paciente, su familiar y el desarrollo del tratamiento.

Diseño:

El presente estudio constituyó un ensayo clínico aleatorizado con comparaciones longitudinales y transversales; las primeras, al respecto de los cambios antes y después de la intervención, así como durante los seguimientos. La comparación transversal fue entre las medidas obtenidas de calidad de vida entre los pacientes antes de

exponerse a la intervención, considerando en ella los efectos del padecimiento y otras variables sociodemográficas.

A fin de identificar contaminantes atribuibles al mero paso del tiempo, se utilizaron dos formas de tratamiento, los pacientes asignados a la condición de tratamiento inmediato comenzaron a recibir tratamiento después de dos semanas de registrar por primera vez las actividades establecidas en el Carnet de Adherencia. Los pacientes asignados a la condición de tratamiento diferido iniciaron su tratamiento a las cuatro semanas del registro inicial de sus actividades. Los pacientes se asignaron aleatoriamente a la condición de tratamiento inmediato o diferido, el primer paciente a tratamiento inmediato, el siguiente a diferido y así sucesivamente.

Procedimiento:

En la primer entrevista después de saludar al paciente y darle la bienvenida, se le explicaban al paciente los objetivos de la investigación e intervención, posteriormente se procedía a la lectura y firma, en su caso, del "Consentimiento Informado", aclarando cualquier duda que pudiera surgir con respecto a su participación. Se les aplicaba el Inventario de Calidad de Vida y Salud; y previa explicación con respecto a su llenado, se les entregaban los carnets de adherencia terapéutica, dos en el caso de tratamiento inmediato y cuatro en el de tratamiento diferido, para el establecimiento de la línea base de las conductas en él especificadas. Ningún paciente declinó participar al no firmar el consentimiento informado.

En las entrevistas subsecuentes se establecían las necesidades de la intervención por los resultados arrojados por el InCaViSa, se identificaban los principales déficits conductuales, pensamientos y sentimientos que podrían interferir con su calidad de vida y su adherencia terapéutica. Posteriormente se procedía al análisis y modificación de pensamientos disfuncionales y al entrenamiento en habilidades instrumentales y cognitivas de adherencia terapéutica y afrontamiento. En caso necesario se instrumentaban procedimientos pertinentes de psicoterapia breve adicionales.

En la fase final, que generalmente incluía las últimas dos sesiones, se revisaban las metas obtenidas durante el tratamiento, haciendo énfasis en la transferencia de control a su ambiente cotidiano recordándole las situaciones en que había aplicado

las técnicas aprendidas durante la terapia, reafirmando su uso en situaciones diferentes a las revisadas a fin de lograr la generalización de los resultados obtenidos a otros aspectos presentes y futuros, incluyendo la prevención de posibles recaídas. En la última sesión se volvía a aplicar el InCaViSa y se daban carnets de seguimiento para tres meses, al término de ese periodo, se volvieron a revisar los aspectos relevantes en su bienestar ocurridos durante el tiempo del seguimiento y se realizaba la tercera aplicación del Inventario, se entregaban los últimos carnets para los tres meses correspondientes al último seguimiento. Al final de éste se aplicaba por última vez el Inventario y se daba por terminada la intervención, agradeciendo la participación del paciente.

Intervención:

Las necesidades de la intervención cognoscitivo-conductual se establecieron individualmente conforme a los resultados del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), en función del reconocimiento de las áreas que se encontraban deterioradas por el proceso de enfermedad. Dichas áreas corresponden a las documentadas en la literatura de investigación como componentes esenciales de la Calidad de Vida, además de los resultados de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, y del inventario de estilos de afrontamiento de Moos, ambos incluidos en el Inventario.

El tratamiento cognoscitivo-conductual consistió en la aplicación de las siguientes técnicas: reestructuración cognoscitiva para modificación de creencias disfuncionales, autorregulación (respiración diafragmática, relajación muscular profunda e imaginación guiada), desensibilización sistemática, solución de problemas, modelamiento, asignación y seguimiento de tareas, y reforzamiento (Kanfer & Goldstein, 1991). Las sesiones duraban una hora semanalmente, la duración del tratamiento fluctuó entre cuatro y ocho sesiones, según las necesidades de cada caso.

La intervención "Pasos Vitales" (anexo 4), diseñada para mejoramiento de adherencia terapéutica a través del establecimiento de estrategias sencillas para el seguimiento de indicaciones terapéuticas (Safren, 1999), se aplicó a todos los

pacientes al principio de la intervención. En caso de que el paciente denotara otros problemas que pudieran interferir con el proceso aprendizaje, como problemas de angustia o depresión, dicha intervención se posponía según el criterio de los terapeutas de las necesidades del caso.

Seguimiento telefónico:

Desde la primera sesión se obtuvieron en la bitácora terapéutica los datos de localización telefónica del paciente. Después de transcurrido el periodo de establecimiento de línea base (quince días para tratamiento inmediato y treinta para tratamiento diferido), se llamó a los pacientes un día antes de su cita como recordatorio. En caso de que el paciente no asistiera, se le llamaba nuevamente para corroborar si había tenido algún impedimento, o bien si aún estaba interesado en el tratamiento, de ser así, se establecía una nueva cita. En caso de que el tiempo entre una y otra cita fuera mayor a una semana, y el terapeuta considerara que por las características de la queja psicológica fuera necesario reforzar la intervención, se hacían llamadas entre sesiones. En caso de que el paciente no tuviera teléfono y el tiempo entre sesiones fueran mayor a una o dos semanas (por ejemplo en el caso de los pacientes de bajos recursos que radicaran en provincia), dicho seguimiento se hacía de ser posible vía fax o por correo.

Después de terminada la intervención, se llamó a cada paciente al menos una vez, durante los periodos de seguimiento para recordarles que siguieran registrando las actividades del carnet y verificar que se mantuvieran las metas alcanzadas durante la intervención, en caso necesario, por ejemplo contingencias familiares, o de salud, se le daba a los pacientes nueva cita para sesiones de revisión y mantenimiento, o en su defecto se hacía seguimiento telefónico semanalmente. Por su parte a los pacientes se les daba desde la primer entrevista el teléfono de su terapeuta anotado en sus carnet's, a fin de posibilitar su localización para aspectos como cancelaciones, establecimiento de nuevas sesiones o manejo de urgencias.

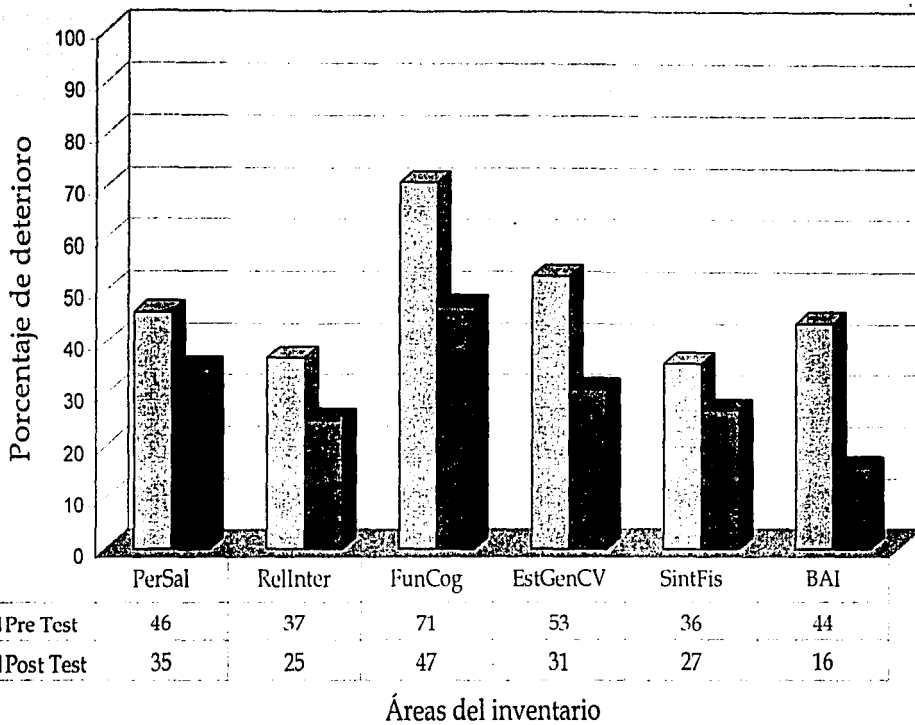
Resultados:

Para estimar la significancia estadística de los efectos de la intervención a través del cambio en los puntajes de pre test a post test se utilizó la prueba de rangos asignados de Wilcoxon. Se seleccionó este estadístico debido a que las características de los datos representan diferencias en puntajes de dos muestras relacionadas donde cada sujeto sirve como su propio control. Se incluyen las medidas de los puntajes del inventario, y las diferencias de los cambios mismas que están en nivel intervalar y ordinal respectivamente. La selección de la prueba también se basó en el tamaño de la muestra y el diseño experimental decidiéndose no inferir el supuesto de normalidad en la población. El poder de la prueba en comparación con su equivalente paramétrica (prueba t para grupos correlacionados) es del 95% para muestras pequeñas (<15) (Siegel & Castellan, 1972). Las áreas examinadas incluyeron: Percepción de Salud y Bienestar, Relaciones Interpersonales, Funciones Cognoscitivas, Estimación General de Calidad de Vida, Síntomas Físicos y Ansiedad.

Para denotar los efectos de la intervención por área en cada paciente, se utilizaron los porcentajes de las puntuaciones totales a fin de mantener completa la información de las respuestas de las pacientes, conservar la proporción de las áreas que tienen diferentes escalas de calificación en el InCaViSa y no reducir artificialmente la variabilidad mediante el uso de medidas de tendencia central. (Sidman, 1960).

La figura 1 muestra los efectos de la intervención sobre los puntajes de calidad de vida reflejados en el InCaViSa y en la escala de ansiedad de Beck. Los porcentajes presentados por área se calcularon sumando los puntajes de todas las pacientes por área, multiplicándolas por 100 y dividiéndolas entre el máximo de deterioro posible del área, obteniéndose el porcentaje total de deterioro de las diez pacientes. El 100% o máximo posible de deterioro, se estimó como la suma de las puntuaciones máximas posibles por área multiplicadas por los diez casos. También se incluyen los niveles de significancia de los cambios del pre al post test establecidos a través de la prueba de rangos asignados de Wilcoxon por cada área. La ordenada representa los

Fig. 1 Reducción general del deterioro en Calidad de Vida como efecto del tratamiento



p =	.0051	.0051	.0077	.0367	.0093	.0051
-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------

porcentajes de deterioro en calidad de vida, y la abscisa las áreas analizadas del InCaViSa: Percepción de Salud y Bienestar, Relaciones Interpersonales, Funciones Cognoscitivas, Estimación General de Calidad de Vida, Síntomas Físicos, y Ansiedad del Inventario de Ansiedad de Beck.

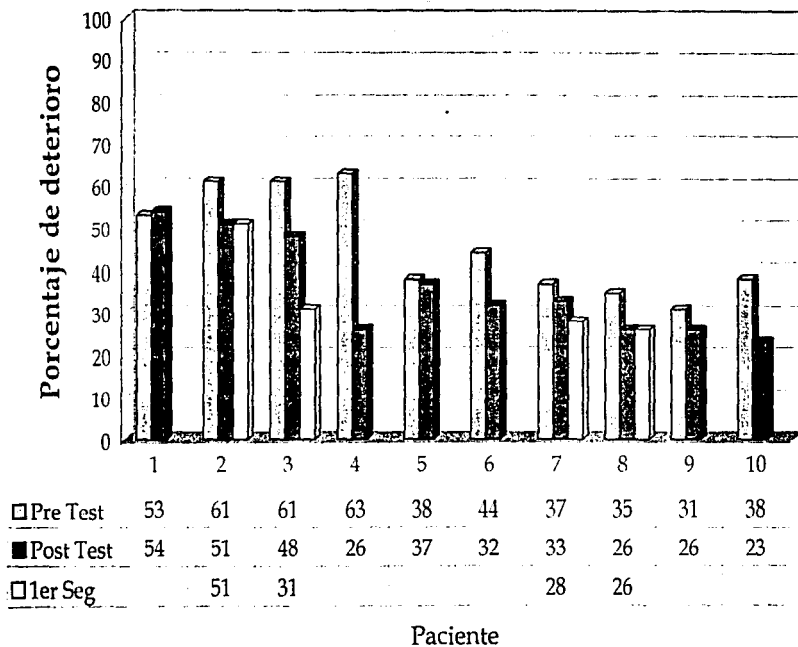
En todas las áreas ocurrió una reducción significativa del indicador de deterioro en calidad de vida. Excepto una, todas mostraron un porcentaje de cambio mayor al 10%, dicho porcentaje se calculó restando el porcentaje de deterioro obtenido en el pre-test menos el porcentaje de deterioro obtenido en el post-test. Las áreas en que se presentó mayor porcentaje de cambio fueron: Ansiedad (28%), Funciones Cognoscitivas (24%), Estimación General de Calidad de Vida (22%), Relaciones Interpersonales (12%) y Percepción de Salud y Bienestar (11%). El área de Síntomas Físicos mostró un porcentaje de cambio del 9%.

Las figuras 2 a la 6 muestran los efectos de la intervención sobre los porcentajes de los puntajes de calidad de vida reflejados en el InCaViSa, en todos los casos se estableció como 100% de deterioro a la máxima puntuación posible considerando todos los reactivos que componen el área. Las barras se calcularon como el porcentaje del puntaje total obtenido en cada medición. En todas las figuras la ordenada representa los porcentajes de deterioro y la abscisa el número de paciente y la tabla de datos de los porcentajes obtenidos. Se presentan los resultados por área de las diez pacientes que concluyeron su tratamiento al momento de elaborar el presente informe. Cuatro de ellas incluyen con los resultados del primer seguimiento. Las barras gris claro representan los porcentajes obtenidos en el pre test, las gris oscuro los del post test y las blancas las de seguimiento.

La figura dos muestra los resultados obtenidos por paciente en el área de Percepción de salud y bienestar.

Excepto la paciente "1", todas las pacientes mejoraron en el área de Percepción de salud y bienestar. Cinco pacientes (50%) presentaron porcentajes de cambio $\geq 10\%$ en las medidas de pre test a post test, las pacientes dos (10%), tres (13%), seis (12%), diez (15%), en la paciente cuatro el porcentaje de cambio fue del 37%. Tuvieron

Fig. 2 Efectos de la Intervención en el área Percepción de Salud y Bienestar. Resultados por paciente.



porcentajes menores al 10% cuatro pacientes (40%), las pacientes cinco (1%), siete (4%), ocho (9%) y nueve (5%). En el caso de la paciente "1" hubo un aumento en deterioro del -1% (el porcentaje de cambio se calculó por la diferencia del porcentaje de deterioro del pre test menos el del post test). En el caso de las pacientes tres y siete los porcentajes de cambio obtenidos del post test al primer seguimiento muestran que continuaron disminuyendo los índices de deterioro tres meses después de concluida la intervención en un 17% y 5% respectivamente. Las pacientes dos y ocho no mostraron cambio en el índice de deterioro en la medida de primer seguimiento (el porcentaje se calculó como la diferencia entre el porcentaje obtenido en el post test menos el del primer seguimiento).

La figura tres muestra los resultados obtenidos por paciente en el área de Relaciones interpersonales.

Todas las pacientes tuvieron mejoría en el área de relaciones interpersonales. Presentaron cambios > 20% tres de ellas (30%), las pacientes uno (34%), cuatro (30%) y nueve (29%). 40% tuvieron porcentajes de cambio \geq 5% las pacientes dos (6%), tres (5%), cinco (5%) y ocho (8%). Los porcentajes de cambio de las pacientes seis y siete fueron del 2% al post test. En el porcentaje de cambio de post test a primer seguimiento, la paciente tres tuvo un porcentaje de cambio del 11%, las pacientes dos y siete del 5%, y la paciente ocho del 2%.

La figura cuatro muestra los resultados obtenidos por paciente en el área de Funciones cognoscitivas. Es importante destacar que esta área mostró los niveles iniciales más severos de deterioro.

Excepto dos casos, todas las pacientes tuvieron porcentajes de cambio positivo (menor deterioro) del pre test al post test, las pacientes cuatro y cinco tuvieron porcentajes de cambio del 75% y 54% respectivamente, las pacientes nueve y diez del 25%, la paciente siete del 17%, las pacientes dos y ocho del 13%, la paciente tres del 12%, la paciente uno del 9% y la paciente seis no mostró ningún cambio, (0%). En cuanto a los cambios de post test a primer seguimiento, en la paciente tres fue del 25%, mayor al obtenido de pre a post test (12%). La paciente siete y dos tuvieron

Fig.3 Reducción del deterioro en el área Relaciones Interpersonales como efecto de la intervención. Resultados por paciente.

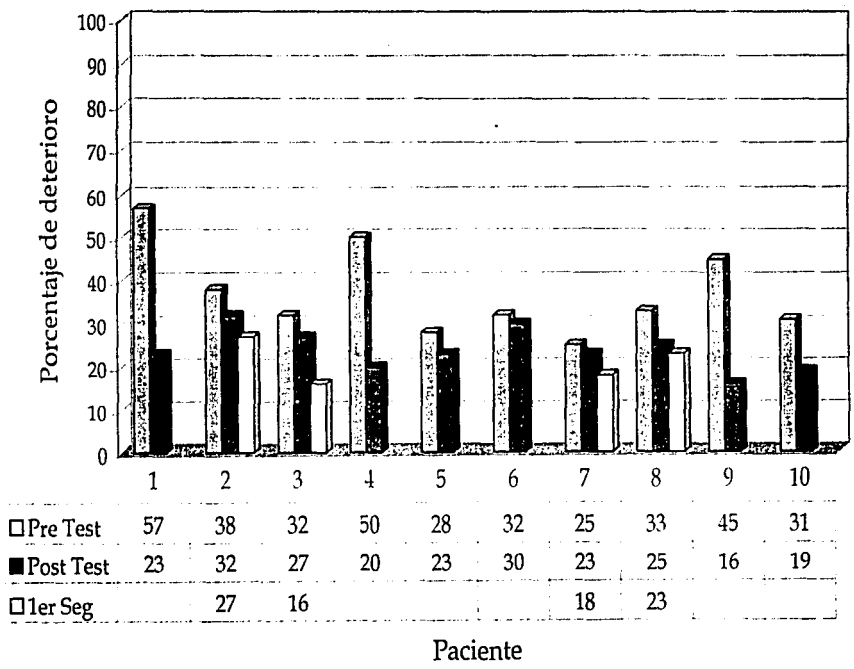
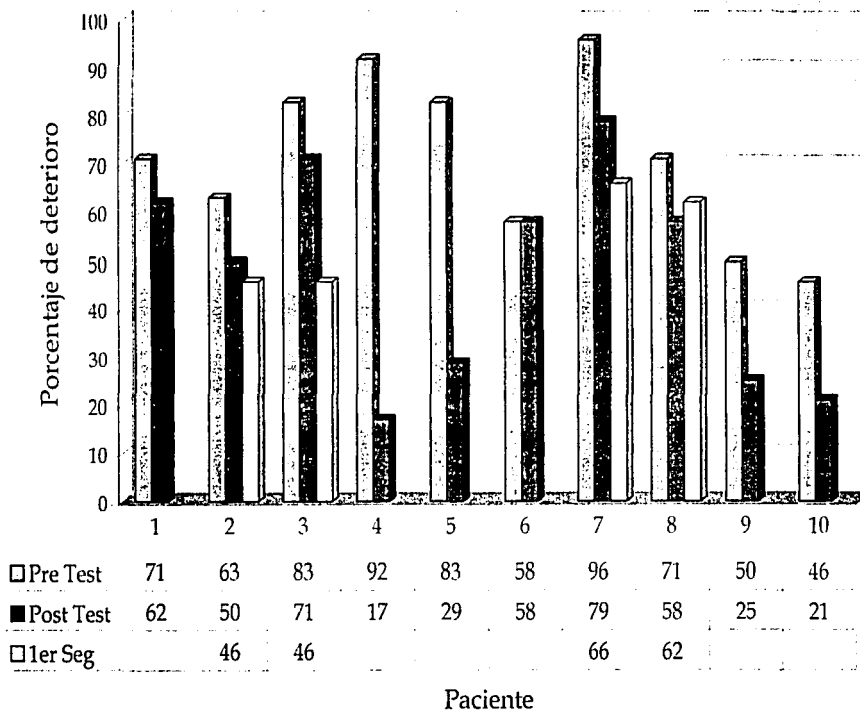


Fig.4 Efectos de la intervención en el área Funciones Cognoscitivas. Resultados por paciente



porcentaje de cambio del 13% y 4% respectivamente. La paciente ocho tuvo un porcentaje de cambio negativo del -4% del post test al primer seguimiento.

La figura cinco muestra los resultados obtenidos por paciente en el área de Estimación general de calidad de vida.

En las medidas de pre test a post test mostraron porcentajes de cambio mayores al 45% las pacientes dos (50%), tres (49%) y cuatro (50%). En las pacientes uno y ocho dicho porcentaje fue del 33%, y en las pacientes cinco, siete y ocho del 16%. Las pacientes seis y diez aumentaron sus niveles de deterioro en un -16% y -17% respectivamente, que por tratarse de un área formada por un solo reactivo dicho aumento corresponde a un punto más de deterioro de los seis posibles en la escala de respuesta tipo Likert. En los porcentajes de post test a primer seguimiento continúa mejorando la paciente dos (17%) y el resto se mantienen sin cambio.

La figura seis muestra los resultados obtenidos por paciente en el área de Síntomas físicos. Es importante destacar que esta área mostró los niveles iniciales menos severos de deterioro. Esta escala refleja la percepción de mejoría determinada por el equipo de salud.

Tuvieron porcentajes de cambio mayores al 10% las pacientes tres (13%), cuatro (15%), cinco y seis (15% en ambos casos). Las pacientes uno y nueve tuvieron porcentajes de cambio del 6%, la paciente diez del 4% y la paciente dos del 3%. En cuanto a los porcentajes de cambio del post test al primer seguimiento, en las pacientes tres y siete es del 1%, en la dos es del 2%, y la paciente cinco presenta un porcentaje de cambio negativo de -1% en el seguimiento.

La tabla 1 muestra los resultados de la intervención sobre ansiedad percibida medida a través de Inventario de Ansiedad de Beck. Al lado de cada puntuación aparece la graduación del Beck correspondiente (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001). Se incluyen las medidas de pre tratamiento, post- tratamiento, y en su caso de primer seguimiento.

En la puntuación pre tratamiento las pacientes uno, dos, tres, cuatro y cinco (50%), obtuvieron puntuaciones de 31 o mayores a las que corresponde en el diagnóstico

Fig. 5 Efectos de la intervención en la Estimación General de Calidad de Vida. Resultados por paciente.

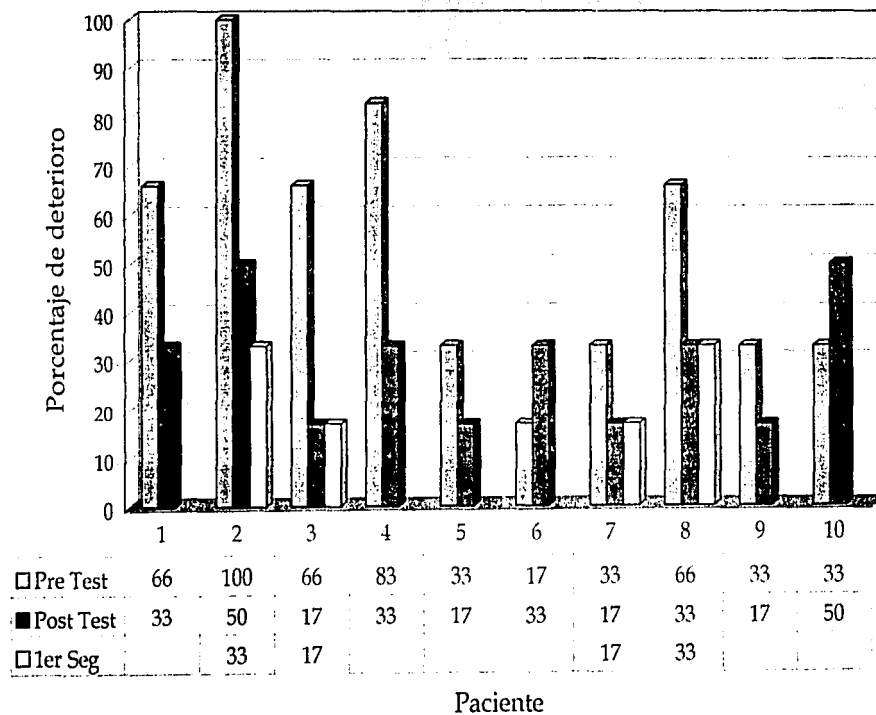


Fig.6 Efectos de la intervención en el área de Síntomas Físicos.
Resultados por paciente.

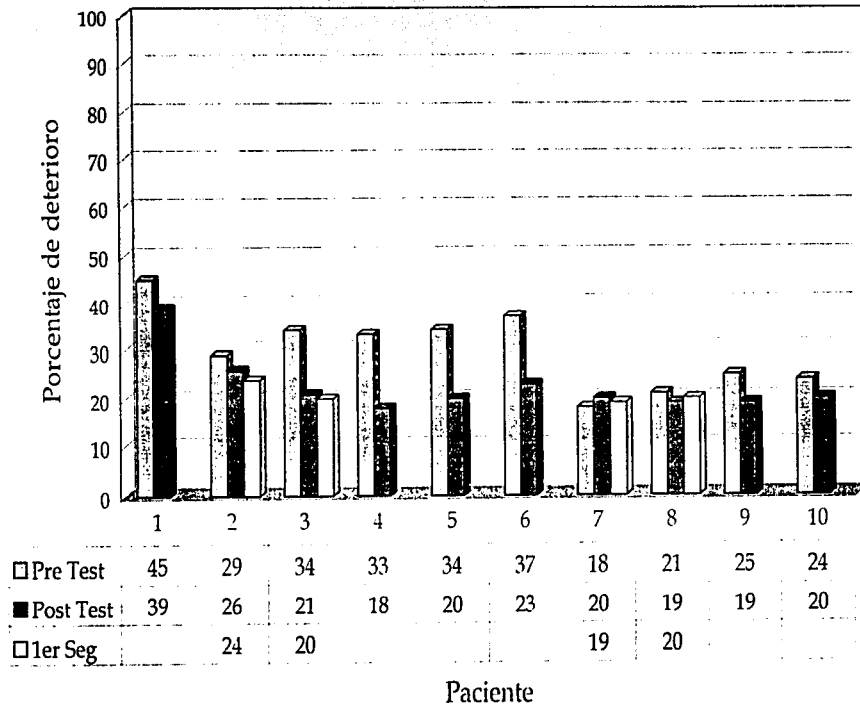


TABLA 1
RESULTADOS Y DIAGNÓSTICO EN EL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK.
RESULTADOS DEL PRE-TRATAMIENTO AL PRIMER SEGUIMIENTO

No. de Paciente	Puntuación Pre-tratamiento	Diagnóstico Pre-tratamiento	Puntuación Post-tratamiento	Diagnóstico Post-tratamiento	Puntuación 1º Seguimiento	Diagnóstico 1º Seguimiento
Pac. 1	46	Severa	22	Moderada		
Pac. 2	44	Severa	28	Moderada	11	Leve
Pac. 3	42	Severa	19	Moderada	19	Moderada
Pac. 4	38	Severa	2	Mínima		
Pac. 5	31	Severa	5	Mínima		
Pac. 6	21	Moderada	12	Leve		
Pac. 7	18	Moderada	5	Mínima	0	Mínima
Pac. 8	12	Leve	4	Mínima	1	Mínima
Pac. 9	5	Mínima	1	Mínima		
Pac.10	5	Mínima	0	Mínima		

pre-tratamiento el nivel severo de ansiedad. A las pacientes seis y siete le corresponde un nivel de ansiedad moderada (20%), a la paciente ocho un nivel de ansiedad leve (10%) y a las pacientes nueve y diez mínima (20%).

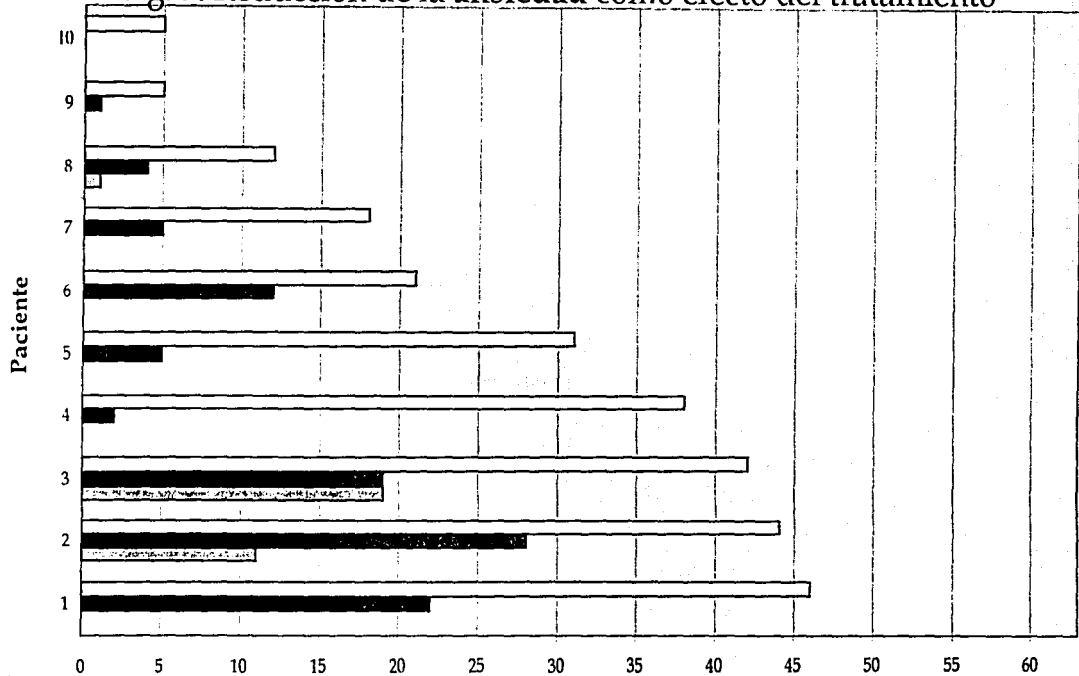
En todas las pacientes se observó mejoría en el nivel de severidad de sintomatología ansiosa. En el caso de dos pacientes (cuatro y cinco) este cambio abarcó tres niveles de diagnóstico, de ansiedad severa a ansiedad mínima. En la paciente siete este cambio fue de dos niveles de diagnóstico, de ansiedad moderada a ansiedad mínima. En el caso de las pacientes nueve y diez no se observa cambio en la categoría que desde pre test fue de mínima, aunque sí en la puntuación pre a post tratamiento que inicialmente fue de 5 para ambas y en el post tratamiento de 1 y 0 respectivamente.

En cuanto a los resultados de seguimiento, la paciente tres mantuvo el mismo diagnóstico y puntuación del post-test. La paciente dos presenta en el primer seguimiento cambio al siguiente nivel de diagnóstico inferior. Mientras que las pacientes siete y ocho mantuvieron el mismo nivel de diagnóstico del post-test, que es el mínimo posible, aunque las puntuaciones disminuyeron en cinco y tres unidades respectivamente.

La figura 7 muestra los resultados de la intervención denotados como gráficas de barras. En la ordenada (horizontal en este caso) aparecen las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Ansiedad de Beck en el que 63 es la máxima puntuación posible. De la abscisa surgen las barras correspondientes a los resultados de las diferentes mediciones de las diez pacientes. Las barras blancas indican la puntuación pre-tratamiento, las gris oscuro la obtenida en el post tratamiento, y en su caso, la gris claro la de primer seguimiento (tres meses después).

Todas las pacientes mostraron mejoría en su nivel percibido de sintomatología ansiosa medido a través del Inventario de Ansiedad de Beck. Excepto una paciente (dos), todas disminuyeron en 50% o más su nivel de ansiedad. En el caso de la paciente dos puede observarse en la tabla 2 que durante el primer seguimiento su puntuación disminuyó en un 27% a partir del post test, y un 52% a partir del pre- test.

Fig. 7. Reducción de la ansiedad como efecto del tratamiento



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
□ Pre-tratamiento	46	44	42	38	31	21	18	12	5	5
■ Post-tratamiento	22	28	19	2	5	12	5	4	1	0
□ 1er. Seguimiento		11	19				0	1		

Puntaje Beck Anxiety Inventory

CP

La tabla 2 muestra los resultados en términos de porcentajes de ganancia obtenidos en las puntuaciones del Inventario de Ansiedad de Beck del pre-tratamiento al post tratamiento, y primer seguimiento en los casos en que se cuenta con la información. Se incluye también el porcentaje de la severidad de la puntuación obtenida en cada medición, donde 100% es equivalente a la máxima puntuación posible en el inventario de ansiedad.

Los porcentajes de cambio más altos ($\geq 25\%$) se observaron en las pacientes uno, dos, tres, cuatro y cinco, cuyo diagnóstico inicial fue de ansiedad severa, las pacientes que tuvieron mayores porcentajes de cambio del pre test al post test fueron la cuatro y la cinco, que dentro de dicha categoría tuvieron las puntuaciones más bajas.

Las pacientes seis, siete y ocho tuvieron porcentajes de ganancia $\geq 10\%$, sus diagnósticos iniciales fueron de ansiedad moderada (seis y siete) y leve (ocho). Se observaron porcentajes de cambios menores al 10% sólo en las pacientes nueve y diez, en ambos casos el diagnóstico inicial fue de ansiedad mínima.

En el caso de la paciente dos el porcentaje de ganancia del post test al primer seguimiento fue del 27%, y el porcentaje de ganancia total, considerando el cambio obtenido del pre al post tratamiento fue del 52%. Los niveles de ansiedad en las pacientes siete y ocho disminuyeron en un 8% y 5% respectivamente en el primer seguimiento, la ganancia total en la pacientes siete, con diagnóstico en pre tratamiento de ansiedad moderada fue del 29% y de 18% en la paciente ocho, con diagnóstico pre tratamiento de ansiedad mínima. Sólo la paciente tres mantuvo igual la puntuación del post tratamiento al primer seguimiento.

La tabla tres muestra las puntuaciones totales en las seis áreas revisadas, percepción de salud, relaciones interpersonales, funciones cognoscitivas, estimación general de vida, síntomas físicos, y ansiedad; con sus respectivos porcentajes de ganancia de pre tratamiento a post tratamiento, y en su caso de pre tratamiento a primer seguimiento. Para obtener un calculo individualizado del porcentaje de cambio se consideró la puntuación previa a la intervención como el 100% de cada caso.

TABLA 2
PORCENTAJES DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK Y DE LA GANANCIA OBSERVADA ENTRE MEDICIONES

No. de Paciente	% de severidad* Pre-tratamiento	% de severidad* Post-tratamiento	% de ganancia**	% de severidad* Post-tratamiento	% de severidad* primer seguimiento	% de ganancia**	% de ganancia total***
Pac. 1	73%	35%	38%				
Pac. 2	69%	44%	25%	44%	17%	27%	52%
Pac. 3	66%	30%	36%	30%	30%	0%	36%
Pac. 4	60%	3%	57%				
Pac. 5	49%	8%	41%				
Pac. 6	33%	19%	14%				
Pac. 7	29%	8%	21%	8%	0%	8%	29%
Pac. 8	19%	6%	13%	6%	1%	5%	18%
Pac. 9	8%	1%	7%				
Pac. 10	8%	0%	8%				

* Calculado considerando a la máxima puntuación posible del BAI (63), como el 100% de severidad percibida de sintomatología ansiosa.

** Calculado como la diferencia entre los porcentajes obtenidos de severidad percibida de sintomatología ansiosa en pre test, post test, y cuando fue posible, primer seguimiento.

*** Calculado como la suma entre los porcentajes de ganancia pre-post tratamiento y de post tratamiento a primer seguimiento.

TABLA 3
PUNTUACIONES TOTALES DE TODAS LAS ÁREAS REVISADAS Y
PORCENTAJES DE GANANCIA ENTRE MEDIDAS POR PACIENTE.

Paciente	Puntuación Pre tratamiento	Puntuación Post tratamiento	Puntuación al primer seguimiento	% de cambio de pre a post tratamiento	% de cambio de pre tratamiento a primer seguimiento
1	286	223		22.03%	
2	256	206	176	19.53%	31.25%
3	252	183	128	26.38%	49.2%
4	282	98		65.25%	
5	193	131		32.2%	
6	194	149		23.2%	
7	161	136	111	15.53%	31.06%
8	164	120	117	26.83%	28.66%
9	163	96		41.1%	
10	154	93		39.61%	

Tres pacientes mostraron el mayor beneficio de la intervención con más del 40% de mejoría: la cuatro, la nueve y la tres considerando la puntuación del primer seguimiento. Obtuvieron beneficios mayores al 20% cinco pacientes (uno, cinco, seis, ocho y nueve). El menor porcentaje de cambio se presentó en las pacientes dos y siete al post tratamiento. En general, se observaron mayores porcentajes de cambio en aquellas pacientes con puntuaciones iniciales altas en deterioro.

En síntesis, todas las pacientes mostraron mejoría del 15% o más en sus puntajes totales de todas las áreas, 30% mostraron reducciones en deterioro en calidad de vida mayores al 40%. Obtuvieron beneficios de entre un 20% y 39.9% en sus puntajes el 50% de ellas, y un 20% tuvo beneficios de entre el 15% y 19.9%.

Discusión.

El presente estudio tuvo como propósito analizar aquellas áreas de calidad de vida que se ven afectadas por el proceso de enfermedad en los pacientes hipertensos y los efectos que tiene en éstas una intervención cognoscitivo conductual dirigida a su mejoramiento.

La calidad de vida en el paciente hipertenso es susceptible de mejoría mediante la implementación de 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 y autoregulación.

En todas las áreas se lograron mejoras significativas que, excepto en el área de Estimación General de Calidad de Vida, tuvieron una probabilidad estadística asociada .01 o menor. La estimación general arrojó una probabilidad estadística asociada de .03, que es menor a la habitualmente aceptada en ciencias sociales de .05. Autores como Kazdin (1991) consideran que los efectos de los tratamientos psicológicos no deben evaluarse por la probabilidad de que los cambios sean aleatorios, sino por sus beneficios, el impacto en el cliente, su potencia, o su capacidad para hacer diferencias en la vida de las personas. Estableciendo entre otros criterios cambios que reduzcan los riesgos en problemas de salud, que es precisamente uno de los objetivos principales de la intervención así como que éstos se mantengan aún bajo las circunstancias menos favorables (Kazdin, 1992). Tal es el caso de un padecimiento crónico y las transiciones vitales adversas que pasaban el 50% de las pacientes que contaron con mediciones de primer seguimiento, además se observó que todas éstas mejoraron al hacer el análisis por las seis áreas (tabla 3 de resultados).

Las áreas que presentaron los niveles de deterioro más severos antes del tratamiento fueron Funciones Cognoscitivas, Estimación General de Calidad de Vida y Ansiedad, lo que apoya los hallazgos de Ogihara, et al, (1992). Osterhaus, (1994), Robbins, (1994) y Hume, (1989). Ellos mismos también señalan el peso del área social y de la percepción de síntomas en el deterioro en calidad de vida del paciente hipertenso.

Sin embargo en esta muestra resultaron las dos menos deterioradas en el pre tratamiento, por otra parte, relaciones interpersonales y ansiedad fueron las únicas áreas en que sólo se aprecian cambios positivos del pre tratamiento al post tratamiento. Probablemente este contraste se deba a que las pacientes contaban aún con la presencia de sus hijos adultos en el hogar, siendo considerados por ellas como fuente de apoyo social y económico. Otra posible explicación es que aunque cuatro de ellas no tenían pareja, tres continuaban interactuando con los padres de sus hijos y contaban con cierto nivel de apoyo para los asuntos de ellos y de su enfermedad. De cualquier forma, el tratamiento incluyó motivarlos a relacionarse con otros familiares o personas fuera de ésta con el fin de prevenir recaídas en este aspecto si llegaran a verse sin sus hijos o parejas en el futuro.

En cuanto a percepción de síntomas, el bajo nivel de deterioro antes de la intervención, a diferencia de lo encontrado en la literatura de investigación (Oginara, et al, 1992; Osterhaus, 1994; Robbins, 1994; y Hume, 1989) podría explicarse porque la escala no es específica para pacientes hipertensos, así que cabe la posibilidad de que los síntomas enlistados en el InCaViSa no sean muy sensibles a las características del padecimiento, ya que esta área es también una de las que tuvieron menores porcentajes de ganancia al post test y primer seguimiento.

De las cinco pacientes con diagnóstico de ansiedad severa medida a través del inventario de Beck, las cuatro con niveles más altos muestran también un deterioro de al menos el 50% en las escalas de estimación general de calidad de vida, funciones cognitivas, y percepción de salud y bienestar. Esto apoyaría los hallazgos de Sherbourne, Wells & Judd (1996), en cuanto a que los hipertensos tienen mayores probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad, sin que sea posible establecer una relación de causalidad entre los niveles de ansiedad y las áreas mencionadas.

En cuanto a los resultados por paciente, de las 60 oportunidades de cambios representadas por porcentajes de cambio (seis por paciente), mejoraron 54 (90%), se mantuvo una sin cambio (1.6%), y empeoraron cinco (8.3%). De las 24 oportunidades revisadas de post tratamiento a primer seguimiento (seis áreas por cuatro pacientes), mejoraron 15 (62.5%), se mantuvieron siete sin cambio (29.2%), y empeoraron ligeramente dos (8.3%).

Los mayores porcentajes de cambio, del 50% o más, estuvieron en las áreas Funciones Cognoscitivas y Estimación General de Calidad de Vida, ésta última es también la única área que presenta índices de deterioro mayores al 10% en los resultados post tratamiento (dos pacientes), algunas de las posibles razones son que por ser un área compuesta de un reactivo, cualquier cambio de calificación en la escala representará al menos un 16% de cambio. Otra razón sería que la aplicación de pre test se realiza en el primer encuentro con el paciente, en la que, por un lado, podría responder por deseabilidad social (Bickman & Debra, 1998). Para algunos pacientes, la sesión de invitación y aplicación del instrumento fue la primer ocasión en que reflexionaron sobre los aspectos de calidad de vida, síntomas físicos, ansiedad, depresión y afrontamiento que toca el inventario, por lo que sus respuestas podrían ser más intuitivas que razonadas, en algunos casos los pacientes que al principio rehusaron la intervención por considerar no necesitarla después de aplicar el inventario cambiaron de opinión y continuaron su tratamiento, ésta podría constituir una posible tercera explicación de la falta de cambio o deterioro.

El resto de las escalas que presentan deterioro después de la intervención son Percepción de Salud y Bienestar, Funciones Cognoscitivas, y Síntomas Físicos, en todas ellas el deterioro aumenta en menos del 5%, ninguna paciente mostró deterioro en dos de las seis áreas revisadas, y de las siete mediciones que no presentan cambio, seis de ellas son en las mediciones de post test a primer seguimiento, tres meses después de terminada la intervención. Estos datos apoyarían la propuesta de Otto (1999) en la que después de analizar diferentes estudios sobre la efectividad de diferentes técnicas terapéuticas, incluyendo las farmacológicas en trastornos como los de ansiedad y depresión, concluye que las intervenciones cognoscitivo conductuales no sólo tienen un índice mucho menor de recaídas, sino que, sus beneficios continúan después de terminada la intervención. Es posible que lo que el paciente aprendió en terapia pueda continuar aplicándolo a otras situaciones y aspectos de su vida, retroalimentando su capacidad y percepción de bienestar.

Sería poco probable que los hallazgos pudieran explicarse en función de variables como el efecto de medicamentos que modificarán la percepción de su estado de salud, el paso del tiempo o ausencia o presencia de transiciones vitales. Todas las pacientes ya estaban medicadas desde al menos un año antes de iniciar la

intervención. En cuanto a cronicidad, llevaban entre dos y treinta y seis años con el padecimiento. Al parecer, no hubo relación entre el nivel de deterioro y el tiempo del padecimiento, las cuatro pacientes que mostraron niveles más altos de deterioro (superiores a los 200 puntos) en el pre tratamiento, llevaban un tiempo de evolución del padecimiento de entre dos y nueve años, la paciente con menor puntaje (154 puntos) tenía un tiempo de evolución de 15 años, mientras que la paciente con 36 años del padecimiento estuvo 92 puntos abajo de la puntuación más alta (mayor deterioro) y 40 arriba de la más baja (menos deterioro) con 194 puntos. Se considera poco probable el efecto temporal de transiciones vitales positivas que pudieran mejorar temporalmente el estado de ánimo durante las mediciones. Las anotaciones clínicas realizadas durante el tratamiento señalaron que la mayoría de las pacientes tuvieron eventos que se contraponían como salida o separación conyugal de algún hijo y el correspondiente alejamiento de los nietos, posible pérdida de casa o pérdida del empleo.

Es probable que el procedimiento terapéutico haya permitido percibir y afrontar su enfermedad y situación de vida de diferentes maneras más adaptativas, tanto para actuar, como en lo emocional y en lo cognoscitivo, algunas de ellas lograron cambios tan importantes en su vida como poder quedarse solas en su casa e independencia para moverse fuera de ella, desensibilizarse de los problemas que no podían solucionar como el alcoholismo y drogadicción de los hijos en el caso de una paciente, o aprender a percibir físicamente las consecuencias de conductas de riesgo en otra paciente, para ella era muy claro que descuidar su dieta y el consumo de sal la iban a llevar a las sensaciones desagradables que después del tratamiento pudo identificar como aumentos de presión.

Desde el punto de vista de la interacción con el personal de salud, aunque al principio se encontraba renuente a la presencia de los terapeutas e incluso se rehusaban a trabajar en el mismo consultorio, posteriormente procuró no entorpecer dicha labor, comenzó a canalizar pacientes, e incluso recomendó a los pacientes no dejar el tratamiento psicológico, en un caso se logró incluso una reducción en hipotensores de 150mg a 25mg, en función de la mejoría generada por el tratamiento psicológico.

Existen aspectos aún pendientes por evaluar, como considerar los efectos de la intervención en los referentes fisiológicos de bienestar como las medidas de presión, o, con muestras más grandes evaluar los beneficios según la gravedad de la condición inicial, en el caso de los hipertensos evaluar el efecto de la intervención en pacientes con diversos grados de hipertensión: leve, moderada o severa.

El avance que se logró en el presente estudio es parte del proyecto de investigación "Valoración e intervención sobre adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con padecimientos crónicos: Un ensayo clínico aleatorizado". Actualmente ya se están considerando los referentes fisiológicos en los datos de la muestra final, con los que se espera documentar los beneficios adicionales de intervenciones psicoterapéuticas, abarcando no sólo su bienestar y calidad de vida, sino también en las probabilidades de discapacidad o muerte, derivadas de su conducta cotidiana en pacientes con padecimientos crónicos. Otras formas de análisis más precisas como los métodos correlativos se llevarán a cabo en cuanto las condiciones del tamaño de la muestra lo permitan.

Referencias:

- Abramson J.H., Ritter M., Gofin J. & Kark J.D. (1992). Workhealth relationships in middle-aged and elderly residents of a Jerusalem community. *Social Science & Medicine*, 34(7), 747-755.
- Adams, N.J. Plane, M.B., Fleming, M.F., Mundt, M.P. & Saunders, L.A. (2001). Opioids and the treatment of chronic pain in a primary care sample. *Journal of Pain & Symptom Management*, 22(3), 791-796.
- Ahern, D. (1999). Pain Management. En: *Psychiatric Practice: Everyday Solutions*. Course. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. Boston. 273-215.
- Akagi, H., Klimes, I. & Bass, C. (2001). Cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome in a general hospital: Feasible and effective. *General Hospital Psychiatry*, 23(5), 254-260.
- Alderman, M.H. & Lamport, B. (1990). Labelling of hypertensives: a review of the data. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43,195-200.
- Alvarado, R. (2000). Datos epidemiológicos de los transtornos del sueño con énfasis en la apnea y el insomnio. En: Valencia, F.M., Salín, P.R. & Pérez P.R. (Comps.) *Transtornos del dormir*. México:McGraw-Hill Interamericana. 221-258.
- Andersen, R.M., Davidson, P.L. & Ganz, P.A. (1994). Symbiotic relationships of quality of life, health service and other health research. *Quality of Life Research*, 3, 365-371.
- Anderson, R., Hogan, P., Appel, L., Rosen, R. & Shumaker, L. (1997). Baseline correlates with quality of life among men and women with medication-controlled hypertension. The trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(9), 1080-1085.
- Arakawa, K. (1993). Antihypertensive mechanism of exercise. *Journal of Hypertension*, 11,223-229.
- Atkinson, J.H., Slater, M.A., Williams, R.A., Zisook, S., Patterson, T.L., Grant, I., Wahlgren, D.R., Abramson, I. & Garfin, S.R. (1998). A placebo-controlled randomized clinical trial of nortriptyline for chronic low back pain. *Pain*, 76(3), 287-296.
- Bickman, L. & Rog, D. (1998). *Handbook of applied social research methods*. Thousand Oks: SAGE Publications. 193-218.
- Bittar, N. (1995). Maintaining long-term control of blood pressure: the role of improved compliance. *Clinic Cardiology*, 18, 312-316.
- Brannon, L. & Feist, J. (2000). *Health Psychology: An introduction to behavior and health*. (Fourth edition). Stanford:Wadsworth/Thomson Learning. 138-168.

Braun, M., Wassmer G., Klotz, T., Reifenrath, B., Mathers, M. & Engelmann, U. (2000). Epidemiology of erectile dysfunction: Results of the "Cologne Male Survey". *International Journal of Impotence Research*, 12(6), 305-311.

Brooks, R. (1996). EuroQoL: the current state of play. *Health Policy*, 37, 53-72.

Brotans, C., Ribera, A., Permanyer, G., Cascant, P., Moral, I., Pinar, J. & Oldridge N. (2000) Adaptación del cuestionario de calidad de vida post-infarto McNEW QLMI para su uso en la población española. Trabajo presentado en la III Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. La Habana, Cuba. Del 27 de Noviembre al 1 de Diciembre del 2000.

Bulpitt, C.J., Beevers, D.G., Butler, A., Coles, E.C., Hunt, D., Munro-Faure, A.D., Newson, R.B., O'Riordan, P.W., Petrie, J.C. & Rajagopalan, B. (1989). The effects of anti-hypertensive drugs on sexual function in men and women: A report from the DHSS Hypertension Care Computing Project (DHCCP). *Journal of Human Hypertension*, 3(1), 53-56.

Castro, V., Gómez-Dantés, H., Negrete-Sánchez, J. y Tapia-Conyer, R. (1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Pública México*, 38, 438-447.

Cipher, D.J., Fernandez, E. & Clifford, P.A. (2001). Cost-effectiveness and health care utilization in a multidisciplinary pain center: comparison of three treatment groups. *Journal of clinical psychology in Medical Settings*, 8(4), 237-244.

Cohen, J. S. (2001). Adverse drug effects, compliance, and initial doses of antihypertensive drugs recommended by the Joint National Committee vs the Physicians Desk Reference. *Archives of Internal Medicine*, 16(6), 880-885.

Colwell, C. (1997). Music as distraction and relaxation to reduce chronic pain and narcotic ingestion: A case study. *Music Therapy Perspectives*, 14(1), 24-31.

Denollet, J. (2000). Type D personality. A potential risk factor refined. (Review, 119 refs.) *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 255-266.

Dhabuwala, C.B., Kumar, A. & Pierce, J.M. (1986). Myocardial infarction and its influence on male sexual function. *Archives of Sexual Behavior*, 15(6), 499-504.

Embry, B. T. (2002). Efficacy of combined relaxation procedures in the treatment of chronic low back pain. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 62(7-B), 3375.

Escobar, M., Petrásovits, A., Peruga, A., Nyvea, S., Vives, M. y Robles, S. (2000). Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública de México*, 42(1), 56-64.

Evans, V.G. & Rose, G.A. (1971). Hypertension. *British Medical Bulletin*, 27, 32-42

Fagerberg, B., Berglund, A., Andersson, O.K. & Berglund, G. (1992). Weight reduction versus antihypertensive drug therapy in obese men with high blood pressure: Effects upon plasma insulin levels and association with changes in blood pressure and serum lipids. *Journal of Hypertension*, 10, 1053-1061.

Fahrion, S., Norris, P., Green, A. & Green, E. (1986). Biobehavioral treatment of essential hypertension: A group outcome study. *Biofeedback & Self Regulation*, 11(4), 257-277.

Fernández, J. A.; Rancano I. & 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.

Finn, L., Young, T., Paltal, M. & Fryback D.G. (1998). Sleep-disordered breathing and self-reported general health status in the Wisconsin Sleep Cohort Study. *Sleep*, 21(7), 701-706.

Fioravanti, M.; Zavattini, G. & Buckely, A. (1996). Quality of life in chronic diseases of the aged: The importance of cognitive deterioration. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 22(3), 195-205.

García B. D. (2000). *Hipertensión arterial. La ciencia para todos*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gardea, M.A., Gatchel, R.J. & Mishra, K.D. (2001). Long-term efficacy of biobehavioral treatment of temporomandibular disorders. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(4), 341-359.

Gerin, W., Pieper, C., Levy, R. & Pickering, T.G. (1992). Social Support in social interaction: a moderator of cardiovascular reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 54(3), 324-336.

Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M. & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 320-331.

Goldberg, A.P., Hagberg, J., Delmez, J.A., Carney, R.M., McKeivitt, P.M., Ehsani, A.A. & Harter, H.R. (1980). The metabolic and psychological effects of exercise training in hemodialysis patients. *American Journal of Clinical Nutrition*, 33(7), 1620-1628.

González-Celis Rangel A.L. (2002). Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos. Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México.

González-Puente, J.A. (2001). Evaluación y mejoramiento de la calidad de vida en pacientes seropositivos al VIH-SIDA. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México.

González-Puente, J.A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2001). Systematic assessment of quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of the infection. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(3), 519-528.

Goode, W. y Hatt, Paul. (1967). *Métodos de Investigación Social*. México:Trillas. 287-298.

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

Gross, C.R., Limwattananon, C. & Matthees, B.J. (1998). Quality of life after pancreas transplantation: a review. (Review, 61 refs.) *Clinical Transplantation*, 12(4), 351-361.

Halbert, J., Crotty, M., Cameron, I. (2002). Evidence for the optimal management of acute and chronic phantom pain: A systematic review. *Clinical Journal of Pain*, 18(2), 84-92.

Hammond, D.C. (2001). Treatment of chronic fatigue with neurofeedback and self-hypnosis. *neurorehabilitation*, 16(4), 295-300.

Henry, J.P. (1982). The relation of social to biological processes in disease. (Review, 97 refs.) *Social Science & Medicine*, 16(4), 369-380.

Hume, A.L. (1989). Applying quality of life data in practice: Considerations for antihypertensive therapy. *Journal of Family Practice*, 28(4), 403-407.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Secretaría de Salubridad y Asistencia/Dirección General de Estadística e Informática (1999) Estadísticas vitales, principales causas de mortalidad general, Estados Unidos Mexicanos 1999. De <http://www.ssa.gob.mx/>

Irvine, M.J. & Logan, A.G. (1991). Relaxation behavior therapy as sole treatment for mild hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 53(6), 587-597.

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), 345-357.

Judd, C., Smith, E. & Kidder, L. (1997). *Research Methods in Social Relations*. Fort Worth, Tx:Harcourt Brace Jovanovich College Publishers. 438-440.

Kanfer, F. & Goldstein, A. (1991). *Helping People Change*. New York: Pergamon Press. 31-76.

Kaplan, N.M. (1997). *Hipertensión Clínica*. 2ª. ed. Barcelona:Springer.

Kato, J., Aihara, A., Kikuya, M., Matsubara, M., Ohta, M., Ohkubo, T., Tsuji, I., Sekino, H., Meguro, T. & Imai, Y. (2001). Risk factors and predictors of coronary arterial lesions in Japanese hypertensive patients. *Hypertension Research*, 24(1), 3-11.

Kendall P.A., Jansen C.M., Sjogren, D.D. & Jansen, G.R. (1987). A comparison of nutrient-base and exchange-group methods of diet instruction for patients with noninsulin-dependent diabetes. *American Journal of Clinical Nutrition*, 45(3), 625-637.

Lam, C. & Lauder, I. (2000). The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Family Practice*, 17(2), 159-166.

Lazowski, D.A., Ecclestone, N.A., Myers, A.M., Paterson, D.H., Tudor-Locke, C., Fitzgerald, C., Jones, G., Shima, N. & Cunningham, D.A. (1999). A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term care institutions. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences & Medical Sciences*, 54A(12), M621-M628

Lee, I.M. Rexrode, K.M., Cook, N.R., Manson, J. E. & Buring, J. E. (2001). Physical activity and coronary heart disease in women: is "no pain, no gain" passe? *Journal of the American Medical Association*, 286(23), 2973-2974.

Luscher, T.F., Vetter, H., Siegenthaler, W. & Vetter, W. (1985). Compliance in hypertension: facts and concepts. *Journal of Hypertension*, 18, 312-316.

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*, 10(4), 331-345.

Mannucci, E., Ricca, V., Barciulli, E., Di Bernardo, M., Travaglini, R., Cabras, P. & Rotella, C. (1999). Quality of life and overweight: The Obesity Related Well-Being (ORWELL 97) Questionnaire. *Addictive behaviors*, 24(3), 345-357.

Mayer-Davis, E.J., D'Agostino, R., Karter, A.J., Haffner, S.M., Rewers, M.J., Saad, M. & Bergman, R.N. (1998). Intensity and amount of physical activity in relation to insulin sensitivity: the Insulin Resistance Atherosclerosis Study. *Journal of the American Medical Association*, 279(9), 669-674.

McCarron, D.A. & Reusser, M.E. (2001). Reducing cardiovascular disease risk with diet. *Obesity Research*, 9 Suppl. 4, 335-340.

McCormack G. (1988). Pain management by occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 42(9), 582-590.

McGrady, A. & Higgins, J.T. Jr. (1989). Prediction of response to biofeedback-assisted relaxation in hypertensives: Development of a hypertensive predictor profile (HyPP). *Psychosomatic Medicine*, 51, 277-284.

McQuaid, E. & Nassau, J. (1999). Empirically supported treatments of disease-related symptoms in pediatric psychology: Asthma, diabetes, and cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(4), 305-328.

- Melamed, S., Froom, P. & Green, M.S. (1997). Hypertension and sickness absence: The role of perceived symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(5),473-87.
- Mendez, F.J. & Belendez, M. (1997). Effects of a behavioral intervention on treatment adherence and stress management in adolescents with IDDM. *Diabetes Care*, 20(9), 1370-1375.
- Mokdad, A.H., Bowman, B.A., Ford, E.S., Vinicor, F., Marks, J.S. & Koplan, J.P. (2001). The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *Journal of the American Medical Association*. 286(10), 1195-1200.
- Moore, T., Rabben, T., Wiklund, U., Franklin, K.A. & Eriksson, P. (1996). Sleep-disordered breathing in men with coronary artery disease. *Chest*, 109(3), 659-663.
- Moos, R., Cronkite, R., Billings, A. & Finney, J. (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.
- Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. (1982). Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. *Journal of the American Medical Association*, 248, 1465-1477.
- Navarro-Beltrán, E. (Coord.).(1994). Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 13ª. ed. México: Salvat.
- Nagtegaal, J.E., Laurant, M.W., Kerkhof, G.A., Smits, M.G., van der Meer, Y.G. & Coenen, A.M.L. (2000). Effects of melatonin on the quality of life in patients with delayed sleep phase syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 45-50.
- Nilsson, P.M., Lindholm, L. H. & Schersten, B.F. (1992). Life style changes improve insulin resistance in hyperinsulinaemic subjects: a one-year intervention study of hypertensives and normotensives in Dalby. *Journal of Hypertension*, 10, 1071-1078.
- Ogden, J. (1996). Health Psychology: A Textbook. Buckingham: Open University Press. 221-234.
- Ogihara, T., Nakagawa, M., Ishikawa, H., Mikami, H., Takeda, K., Nonaka, H., Nagano, M., Sasaki, S., Kagoshima, T. & Higashimori, K. (1992). Effect of manidipine, a novel calcium channel blocker, on quality of life in hypertensive patients. *Blood Pressure. Supplement*, 3,135-139.
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (2000). Análisis de Situación de Salud en las Américas, 1999-2000. *Boletín Epidemiológico*, 21(4). http://www.paho.org/Spanish/SHA/be_v21n4-editorial.htm
- Organización Panamericana de la Salud. (1999) Declaración de Medellín: Mejor Calidad de Vida para los habitantes de las Américas en el siglo XXI. III Congreso de las Américas de Municipios y Comunidades Saludables. 8 al 12 de Marzo. Medellín, Colombia. <http://www.paho.org/search/DbReturn.asp>

Osterhaus, J; Townsend, R; Gandek, B. & Ware, J. (1994). Measuring the functional status and well-being of patients with migraine headache. *Headache*, 34(6), 337-343.

Otsuka, R., Watanabe, H., Hirata, K., Tokai, K., Muro, T., Yoshiyama, M., Takeuchi, K. & Yoshikawa, J. (2001). Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in health young adults. *The Journal of the American Medical Association*, 286(4), 436-441.

Otto, M. (1999). Cognitive- Behavior Therapy for Panic Disorder and Social Phobia. En *Psychiatric Practice: Everyday Solutions*. Course. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. Boston. 191-213.

Parker, J.C. & Wright, G.E. (1997). Assessment of psychological outcomes and quality of life in the rheumatic diseases. *Arthritis Care & Research*, 10(6), 406-412.

Patel, C. & Marmot M. (1988). Can general practitioners use training in relaxation and management of stress to reduce mild hypertension? *British Medical Journal*, 296, 21-24.

Perera, G.A. (1955). Hypertensive vascular disease: description and natural history. *Journal of Chronic Diseases*, 1, 330-342.

Phares, J.E. (1999). *Psicología Clínica: Conceptos, métodos y práctica*. México: El Manual Moderno. 81-110.

Raglin, J. & Morgan, W. (1985). Influence of vigorous exercise on mood state. *Behavior Therapist*, 8(9), 179-183.

Robbins, M; Elias, M; Croog, S. & Colton, T. (1995) Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. *Psychosomatic Medicine*, 56(3), 251-257.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2):211-218.

Romney, D.M. y Evans, D.R. (1996). Toward a general model of health-related quality of life. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 5(2), 235-241.

Rose, G. (1981). Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal*, 282,1847-1851.

Rose, G.A., Holland, W.W. & Crowley, E.A. (1964). A sphygmomanometer for epidemiologist. *Lancet*, 1, 296-300.

Rostrup, M., Mundal, M., Westheim, A. & Eide, I. (1991). Awareness of high blood pressure increases arterial plasma catecholamines, platelet noradrenaline and adrenergic responses to mental stress. *Journal of Hypertension*, 9, 159-166.

- Rybarczyk, B., Lopez, M., Benson, R., Alsten, C. & Stepanski, E. (2002). Efficacy of two behavioral treatment programs for comorbid geriatric insomnia. *Psychology & Aging, 17*(2), 288-298.
- Safren S. (1999) Cognitive-Behavioral interventions to increase medication adherence. En *Psychiatric Practice: Everyday Solutions*. Course. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. Boston. 191-213.
- 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.
- Sánchez-Sosa J.J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien 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. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Mexican Journal of Psychology, Revista Mexicana de Psicología, 19*(1), 85-92.
- Sánchez-Sosa, J.J. y Hernández-Guzmán, L. (1993). *Inventario de salud, estilos de vida y comportamiento (SEViC)*. México: UNAM
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (2001). *En México 18 millones de personas tienen problemas de Hipertensión*. Comunicado de prensa No. 206. 27/Diciembre/2001. De http://www.ssa.gob.mx/Unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2001_12_27_206-18-MILLONES-CON-HIPERTENSION.htm.
- Schmitt, M. y Doerfel, M. (1999). Procedural injustice at work, justice sensitivity, job satisfaction and psychosomatic well-being. *European Journal of Social Psychology, 29*(4), 443-453.
- Schnaider, R.H., Castillo-Richmond, A., Alexander, C.N., Myers, H., Kaushik, V., Aranguri, C., Norris, K., Haney, C., Rainforth, M., Calderon R. & Nidich S. (2001). Behavioral treatment of hypertensive heart disease in African Americans: Rationale and design of a randomized controlled trial. *Behavioral Medicine, 27*(2), 83-95.
- Shephard, R.J. (2001). Absolute versus relative intensity of physical activity in a dose-reponse context. (Review, 268 refs.) *Medicine & Science in Sports & Exercise, 33*(6), 400-418.
- Sherbourne, C.D., Wells, K.B. & Judd, L.L. (1996). Functioning and well-being of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 153*, 213-218.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. New York: Basic Books.

Siegel, S. & Castellon, J. (1972). *Estadística No Paramétrica Aplicada a las ciencias de la conducta*. México, D.F: Trillas, 113-127.

Smith, K. W., Avis, N. E. & Assmann, S.F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 8(5), 447-459.

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

Solomon, C.S. (2001). Impact of patient education on quality of life in headache treatment. *Drug Benefit Trends*, 13(11), 27-33.

Stetter, F. & Kupper, S. (2002). Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcome studies. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, 27(1), 45-98

Stone, G., Cohen, F. & Adler, F. (Comps.)(1979). *Health Psychology: A handbook*. San Francisco: Jossey – Bass Publishers. 30-45.

Taylor, R. (1999). A summary of responses and actual treatment outcomes. *Cognitive & Behavioral Practice*, 6(4), 450-453.

Testa, M.A., Anderson, R.B., Nackley, J.F. & Hollenberg, N.K. (1993). Quality of life and antihypertensive therapy in men: A comparison of captopril with enalapril. *New England Journal of Medicine*, 328(13), 907-913.

Varela, D.R. y Villegas, H.E. (1990). *Inventario de Beck. Versión Estandarizada*. México, D.F. Facultad de Psicología: UNAM.

Vickrey, B., Hays, R., Marooni, R., Myers, L. & Ellison, G. (1995). A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Quality of Life Research*, 4(3), 187-206.

Waisleben, J.A., Norman, R.G., Novak, R.D., O'Malley, E.B., Rapoport, D.M. & Strohol, K.P. (1999). Sleep habits of Long Island Rail Road commuters. *Sleep*, 22(6), 728-734.

World Health Organization (1999). *The world health report 1999: Making a difference*. Geneva.

World Health Organization (2001). *Cummunique on adherence to long-term therapies*. General Directorship for Noncommunicable Diseases and Mental Health. Geneva.

World Health Organization. (2002). *Definition of Health*.
<http://www.who.int/aboutwho/en/definition.html>

World Health Organization. *Expert Committee on Arterial Hypertension Control (1994)*. Geneva. Last update Nov 2001. <http://www.who.int/ncd/cud/trs862.html>

Zilli F., Croci M., Tufano A. & Caviezel F. (2000). The compliance of hypocaloric diet in type 2 diabetic obese patients: a brief-term study. *Eating & Weight Disorders*.5(4), 217-222.

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)

Brotans, 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 rellenando 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. Contesté 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)	Frecuentemente (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 fumando 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 Excelente	b Muy buena	c Buena	d Regular	e Mala	f Muy mala
2. En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?	a Excelente	b Muy buena	c Buena	d Regular	e Mala	f Muy mala

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)	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 <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)	Frecuente- mente (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> 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)	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> 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)
45. Me siento cansado(a) al despertar	a	b	c	d	e	f
46. Estar somnolento(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

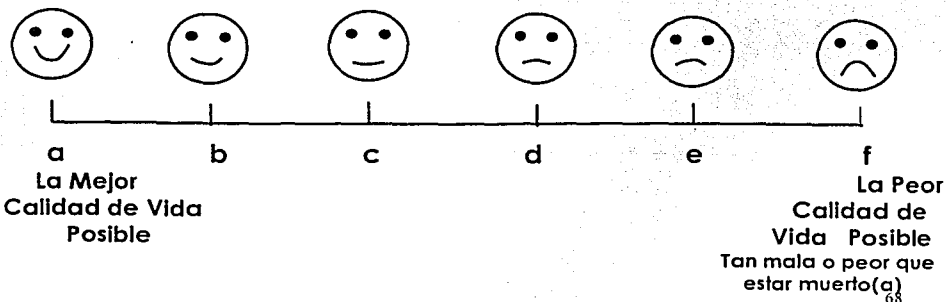
Durante las últimas <u>2</u> semanas...	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces sí, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuente-mente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
59. Hacer ejercicio me debilita	a	b	c	d	e	f
60. Puedo 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 mi 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 márkela en su hoja de respuestas.



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 circulito de la letra correspondiente a la intensidad de la molestia*

SÍNTOMA	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
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 circulo 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

	a	b	c	d
110.	No estoy más irritable de lo usual	Me enoja o irrita más fácilmente que antes	Me siento irritado(a) todo el tiempo	Ya no me irrita de las cosas por las que solía hacerlo
111.	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

112.	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
113.	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)
114.	Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero de más esfuerzo para iniciar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
115.	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
116.	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
117.	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
118.	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 ___.

119.	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
120.	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

**Inventario de Beck (BDI). Versión adaptada de la estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y EneDina 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 circulito correspondiente.***

Quando 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)
121. Trato de conocer más del problema	a	b	c	d	e	f
122. Hablo con mi pareja o mi familia sobre el problema	a	b	c	d	e	f
123. Hablo con un profesional (médico, abogado, etc.) del problema	a	b	c	d	e	f
124. Le pido a Dios que me guíe	a	b	c	d	e	f
125. Me preparo por si pasa lo peor	a	b	c	d	e	f
126. Cuando me siento enojado(a) me desquito con otras personas	a	b	c	d	e	f
127. Cuando me siento deprimido(a) me desquito con otras personas	a	b	c	d	e	f
128. Trato de verle el lado bueno al problema	a	b	c	d	e	f
129. Hago otras cosas para no pensar en el problema	a	b	c	d	e	f
130. 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

131. Pienso en cómo resolví problemas parecidos anteriormente	a	b	c	d	e	f
132. No doy a notar lo que siento	a	b	c	d	e	f
133. Actué precipitadamente	a	b	c	d	e	f
134. Me digo cosas a mí mismo(a) para sentirme mejor	a	b	c	d	e	f

Quando tengo problemas actuó de las siguientes formas	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)	Frecuente-mente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
135. Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que salgan bien las cosas	a	b	c	d	e	f
136. Prefiero estar alejado de la gente	a	b	c	d	e	f
137. Me cuesta trabajo creer lo que está pasando	a	b	c	d	e	f
138. Como no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen	a	b	c	d	e	f
139. 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 Bebiendo más	b Comiendo más	c Fumando más	d Haciendo más ejercicio	e Durmiend o más	f Hago otras cosas (anotar)
140. Trato de relajarme o tomarlo con calma	a Ninguno	b Uno	c Dos	d Tres	e Cuatro	f Más de cuatro
141. Considero que tengo aproximadamente ___ amigos(as) o conocidos	a Ninguno	b Uno	c Dos	d Tres	e Cuatro	f Más de cuatro
142. Tengo alrededor de _____ amigos(as) cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas	a Ninguno	b Uno	c Dos	d Tres	e Cuatro	f Más de cuatro
143. Conozco a _____ personas de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas	a Ninguno	b Uno	c Dos	d Tres	e Cuatro	f Más de cuatro
144. 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).

¡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.

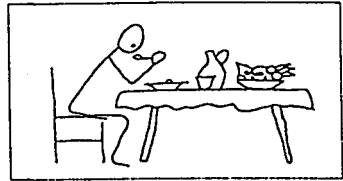
Robles, R; Varela, R; Jurado, S. y Páez, F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. En prensa

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

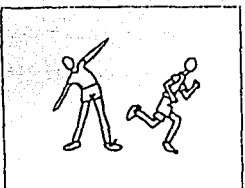
PLAN TERAPÉUTICO
<p>"PASOS VITALES":</p>

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							
_____	mañana							
_____	tarde							
_____	noche							

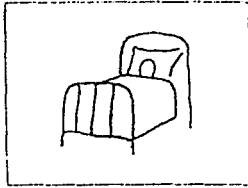
ALIMENTOS								Dieta Especial ()
HORA	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	



EJERCICIO


Tx:

Lun	Mar	Mier	Juev
Vier	Sab	Dom	



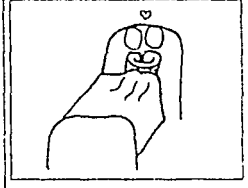
DORMIR BIEN

Lun	Mar	Mier	Juev
Vier	Sab	Dom	



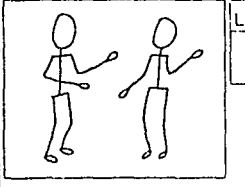
TRABAJO

Lun	Mar	Mier	Juev
Vier	Sab	Dom	




ACTIVIDAD SEXUAL

Lun	Mar	Mier	Juev
Vier	Sab	Dom	



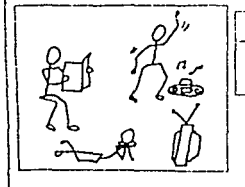
ESTAR CON AMIGOS O CONOCIDOS 30 MINUTOS APROXIMADAMENTE O MÁS

Lun	Mar	Mier	Juev
Vier	Sab	Dom	



CONDUCTAS DE RIESGO

Conducta	L	M	M	J	V	S	D
Dulce							
Fumar							
Alcohol							



DIVERSIÓN

Lun	Mar	Mier	Juev
Vier	Sab	Dom	

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 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, 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: 55 88 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

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 _____

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Anexo 4

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 platique 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, recomíndele 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, recomíndele 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 píldora?”.

Significado de la píldora

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

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

* Tomar la píldora significa que estoy cuidando mi salud

Recordatorios para tomar las píldoras

* 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 píldoras (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 esto 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 hacérselo 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 ve? 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

Programe 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!

INSTRUCCIONES PARA VALIDACIÓN DEL INVENTARIO

Profesor(a) _____, le agradecemos su colaboración en la validación por expertos de las categorías del Inventario de Calidad de Vida y Salud.

Queremos pedirle que observe los letreros que están en la mesa, todos representan las áreas a las que podrían pertenecer los reactivos del inventario, por favor lea cuidadosamente las definiciones de cada área. (entregar hoja de definiciones)

Después por favor lea las oraciones que están en estas tarjetas (*entregar las tarjetas*) y colóquelas junto al letrero del nombre del área a la que pertenecerá esa oración.

Muchas gracias, ¿podría esperarnos un momento más para la validación de un carnet de autorregistro?, es para registrar en general adherencia y otras variables, será muy rápida. (*y lo hacen esperar afuera del cuarto*).

Ahora están en la mesa las oraciones a las que pueden pertenecer los siguientes dibujos y forma de registro semanal (*entregar las tarjetas del carnet*), por favor coloque cada dibujo en la etiqueta de la oración a la que podría referirse.

Se lo agradecemos muchísimo

DEFINICIONES DE CATEGORÍAS

Relaciones Interpersonales:

Interacción con otras personas, incluye: interacciones con la pareja (incluyendo las sexuales), con compañeros de trabajo, con personal de salud, con la familia, etc., y creencias al respecto de dichas interacciones; relacionadas o no con la enfermedad del paciente.

Funciones Cognoscitivas:

Todo lo referente a la capacidad de procesamiento de información (memoria, concentración, etc.), valoración del estado de letargo o alerta, y/o respuesta o reacción conductual o cognoscitiva, hacia diferentes estímulos.

Percepción de Bienestar, Salud y Actitudes hacia su Cuidado:

Percepción o valoración de bienestar, creencias, sentimientos y/o actitudes hacia sí mismo, sus actividades, su enfermedad, o hacia los cuidados necesarios para propiciar el bienestar.

Anexo 7
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
INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

SI / NO, POR QUÉ: _____
SI / NO POR QUÉ: _____

CARNET

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PÉRIODO	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

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO

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 TELEFÓNICO

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: _____