



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología

Mejoramiento de la Calidad de Vida en Pacientes Crónicos TESIS

Que para obtener el grado de LICENCIADO EN PSICOLOGÍA PRESENTA

OLGA ELVIRA RODRÍGUEZ SIERRA

Director de Tesis: Dr. Juan José Sánchez Sosa Revisora: Mtra. María Cristina Heredia Ancona



México, D. F.

Septiembre del 2002.

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



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A Carlos H. Sierra,
in memoriam*

*Tengo sueño y no duermo, siento y no sé que sentir.
Soy una sensación sin la correspondiente persona,
una abstracción de autoconciencia sin de qué,
salvo de lo necesario para sentir conciencia,
salvo -yo qué sé salvo qué...*

Alvaro de Campos

AGRADECIMIENTOS

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

Gracias al Dr. Juan José por todo su apoyo y tiempo dedicado a mi trabajo, por su ayuda y ejemplo como psicólogo y como ser humano.

A mis sinodales: Cristina Heredia, Samuel Jurado, Isaac Seligson y Leonardo Reynoso por sus comentarios y disposición para la revisión de mi trabajo. A Lulú Monroy por su asesoría estadística y todas las tardes que le estuve dando lata. A Carlos Durán por todos los favores pedidos y paciencia conmigo.

A mi mamá Olga Sierra por siempre darme lo mejor de sí misma, por su lucha incansable por mí y por mi hermano. A mi hermano, Car, por ser el hermano que todo mundo quiere tener, más que mi hermano, mi cómplice y mi amigo.

A mi papá Alfonso Rodríguez por ayudarme y apoyarme a alcanzar mis metas. A Diana, Diana (hermana), Luz Mary y Omar.

A toda mi familia en especial a Mamá Rosita, Rosita y familia Valenzuela por todo su cariño y apoyo.

A Marlette por ser siempre tan incondicional y tenerme tanta paciencia. Lic. y futura Dra. Lobato ya verás como nos seguiremos viendo hasta que seamos viejitas.

A toda la pandilla del General: Angélica, Jackeline, Arturo, Itzel, Ricardo, Janneth y Gustavo porque gran parte del logro de esta tesis es gracias a nuestro trabajo en equipo.

A Erika, Mariana, Andrea, Paola, Claudia y Ari por su amistad y todos los momentos que pasamos juntas durante la carrera, dentro de nuestra sociedad secreta. A mis amigas Michelle, Coqui, Naive, Louise y Montse por todos esos años de amistad que nos unen y todos los que faltan.

A la Sra. Lupita Blanca! por sus consejos, atenciones y sincera amistad. Estaré eternamente en deuda con usted.

A todos los que comparten conmigo la pasión por la neurociencias: Dra. Martha Escobar, Diana, Laura y Luis; y especialmente a Andrea y Zeidy por todo su apoyo y amistad.

A Alfredo por todas las porras que siempre me echas. Por tu noble amistad y disposición a siempre escucharme.

A Miguel por su peculiar forma de ser mi amigo. Dr. Herrera lamento no poderle contestar cuántos cuestionarios hacen falta para poder llegar a la verdad.

A Carlos, mi flacucho, por llegar en el momento en que parecía que no iban a haber más arcoiris en mi vida. A Yttzé por todas las chocoaventuras que hemos vivido juntas, con su lado sinies y su lado tussi. A Ulises por siempre impulsarme a aprender más alemán.

A todos lo que de alguna forma han compartido experiencias conmigo a lo largo de estos casi 5 años. Gracias.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Abstract | 1 |
| Resumen | 2 |
| Introducción | 3 |
| Capítulo 1 | |
| Padecimientos crónicos-degenerativos | 4 |
| Diabetes Mellitus | 5 |
| Hipertensión Arterial | 5 |
| Cirrosis hepática | 6 |
| Insuficiencia Renal | 7 |
| Condiciones epidemiológicas | 8 |
| Deterioro psicológico en los pacientes crónicos | 9 |
| Capítulo 2 | |
| Calidad de vida | 11 |
| Calidad de vida en los pacientes crónicos | 12 |
| Capítulo 3 | |
| Estrés | 13 |
| Afrontamiento | 15 |
| Capítulo 4 | |
| Estudio 1: Establecimiento de las propiedades psicométricas del InCaViSa | |
| Método | |
| Participantes | 19 |
| Medición | 20 |
| Validación | 21 |
| Resultados de validación por jueceo | 22 |
| Procedimiento | 23 |

Resultados

23

Estudio 2: Efectos de la intervención basada en la terapia de solución de problemas en las medidas de calidad de vida y estilos de afrontamiento

Método

| | |
|---------------|----|
| Participantes | 27 |
| Medición | 27 |
| Diseño | 29 |
| Procedimiento | 29 |
| Tratamiento | 31 |
| Resultados | 32 |

| | |
|-------------|----|
| Discusión | 40 |
| Referencias | 47 |
| Anexos | 54 |

ABSTRACT

The increase in the incidence of non-spreadable diseases currently represents one of the most significant challenges for health systems, especially in developing countries. Scientific research conducted in the last two decades has confirmed the role of lifestyles and human behavior in the onset of such diseases. Even after being diagnosed, human behavior may determine an important portion of the course and evolution of such diseases through therapeutic adherence. Improving quality of life (QOL) and treatment compliance through effective and viable interventions are key objectives of health psychologists. The present study's main purposes included, first, the verification of reliability and validity of an instrument designed to measure QOL in chronic patients; second, to assess QOL deterioration in a sample of 118 Diabetes Mellitus II patients and, third, to examine the effects of a problem solving-based intervention aimed at modifying the patients' coping styles on their QOL. Results showed that the instrument is sensitive and adequate to measure QOL-relevant variables. The highest levels of QOL deterioration occurred in an indicator of general QOL estimate and in the area of cognitive functioning. In a second study, a group of 20 diabetic (DM-II) patients were exposed to a problem solving oriented cognitive-behavioral intervention. Results revealed that patients significantly modified their coping styles and improved their QOL measurements. The largest gains occurred in the areas of health perception, well-being and interpersonal relations. It is proposed that teaching patients techniques and procedures to cope with disease-related stress can improve their daily well-being and Quality of Life.

RESUMEN

El aumento de las enfermedades no transmisibles representa actualmente uno de los problemas más preocupantes de los sistemas de salud, especialmente en países en desarrollo. La investigación científica de las últimas dos décadas ha confirmado que los estilos de vida de los individuos pueden facilitar la aparición de estas enfermedades. Aún después de haberse diagnosticado, el comportamiento determina una buena porción el curso y evolución del proceso de enfermedad a través de la adherencia terapéutica. El mejoramiento de la calidad de vida y la adherencia terapéutica son objetivos del psicólogo de la salud para los que desarrolla intervenciones viables y eficaces. El presente estudio tuvo como propósitos verificar la confiabilidad y validez de un instrumento diseñado para medir calidad de vida en pacientes con padecimientos crónicos e instrumentar una intervención psicológica basada en la terapia de solución de problemas para modificar los estilos de afrontamiento y evaluar su efecto en calidad de vida. Los resultados indican que el instrumento es sensible y adecuado para medir las variables relevantes para la calidad de vida. Los mayores índices de deterioro se observaron en el indicador de estimación general de calidad de vida y el área de funciones cognoscitivas. En un segundo estudio un grupo de 20 pacientes diabéticos se expusieron a una intervención cognoscitivo-conductual. Los resultados revelaron que los pacientes modificaron sus estilos de afrontamiento significativamente y mejoraron sus medidas de calidad de vida. Se presentó un mayor beneficio en las áreas de Percepción de salud y bienestar y Relaciones interpersonales. Se propone que la enseñanza de técnicas y procedimientos para el manejo de estrés podrían ayudar a los pacientes a lidiar con los problemas relacionados a la enfermedad y a su vida cotidiana y mejorar su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud han aquejado al hombre desde el principio de su historia. Tradicionalmente las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad eran tarea exclusiva de los médicos. Actualmente, la literatura de investigación señala que se pueden mejorar significativamente dichas acciones si tomamos en cuenta el componente conductual. Es decir, si se considera que el comportamiento del individuo es un factor que puede mantener la salud o propiciar la enfermedad. En consecuencia, el psicólogo ha encontrado un campo relativamente nuevo, en el que puede incrementar la eficacia de los tratamientos médicos a través de la evaluación y la modificación del componente conductual. Hoy más que nunca sabemos que nuestra salud está influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales.

En la actualidad las enfermedades crónico-degenerativas representan uno de los problemas más prioritarios de salud. Cada vez se vuelve más importante desarrollar intervenciones conductuales que restauren la calidad de vida y mejoren su adherencia terapéutica. La instrumentación de dichas intervenciones podría, además, ayudar a disminuir el gasto (público o privado) asignado al sector salud. Una de las tareas que hay que abordar actualmente, es precisamente la evaluación de dichas intervenciones psicológicas. A través de la aplicación rigurosa del método científico se examinen su viabilidad y eficacia. Es natural esperar que el éxito de intervenciones de esta naturaleza dependa de la aplicación de fundamentos sólidos y confiables del comportamiento humano basados en hallazgos científicos.

El propósito central del presente trabajo consiste en contribuir con evidencia del potencial beneficio de aplicar intervenciones que modifiquen variables psicológicas que repercuten en el bienestar y la calidad de vida de los pacientes, especialmente con padecimientos crónicos.

CAPÍTULO 1

Padecimientos crónico degenerativos

Los padecimientos crónico-degenerativos son actualmente, la principal causa de mortalidad en los países industrializados. Estas enfermedades prácticamente no existían en siglos pasados debido, entre otras razones, a que la esperanza de vida era muy corta y la gente tendía a morir antes de poderse enfermar de gravedad. Por otro lado, el ritmo tan acelerado del vivir cotidiano en las últimas dos o tres décadas, especialmente en las ciudades, la contaminación ambiental, y una alimentación basada en productos industrializados, entre otros factores han propiciado la aparición de estas enfermedades.

Se considera un padecimiento crónico degenerativo a aquél que se prolonga por más de seis meses y su severidad es progresiva y discapacitante.

Frecuentemente estos padecimientos se relacionan con conductas y estilos de vida inadecuados de las personas como, la alimentación deficiente, alta en grasas y azúcares simples, el tabaquismo, el abuso de alcohol y una vida prácticamente carente de actividad física (Brannon & Feist, 2000).

Muchos de estos padecimientos, tales como la hipertensión, la diabetes, y algunos casos de lupus o cáncer, entre otros, pueden controlarse adecuadamente si el paciente sigue fielmente el tratamiento médico prescrito por el equipo de salud, es decir, si mantiene una adecuada adherencia terapéutica. Sin embargo, el problema reside en que los pacientes encuentran difícil adoptar nuevas rutinas como: regímenes medicamentosos complicados, dietas especiales, actividad física y el mantenimiento de la estabilidad emocional (Sánchez Sosa, 1998).

Algunos padecimientos crónicos de alta incidencia en México

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es consecuencia de una disminución de la secreción de insulina por las células beta de los islotes de Langerhans en el páncreas. La acción fundamental de la insulina es permitir la utilización de glucosa en los tejidos y por tanto es indispensable para el metabolismo normal de carbohidratos, proteínas y grasas. La mayor parte de los hallazgos patológicos de la diabetes mellitus pueden atribuirse a uno de los siguientes efectos principales de la falta de insulina: 1) disminución de la utilización de glucosa por las células del organismo, 2) un notable aumento de la movilización de grasas de las zonas de almacenamiento de grasas, lo que causa un metabolismo lipídico anormal, además del depósito de colesterol en las paredes arteriales, que causa aterosclerosis y, 3) reducción de proteínas de los tejidos corporales (Guyton & Hall, 1997).

Los diabéticos, principalmente a causa de los niveles elevados de colesterol y otros lípidos, presentan aterosclerosis, arteriosclerosis, cardiopatía isquémica grave y múltiples lesiones de la microcirculación con mucha mayor facilidad que las personas normales. De ahí que las complicaciones de la diabetes, como el aumento de la susceptibilidad a padecer infecciones, retinopatía diabética, cataratas, hipertensión y la enfermedad renal crónica- están más relacionadas con los niveles sanguíneos de lípidos que con la glucosa sanguínea. Se les recomienda llevar una dieta baja en azúcares y carbohidratos, ejercicio y un monitoreo frecuente de los niveles de glucosa en la sangre para un adecuado control.

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (HTA) es un trastorno crónico caracterizado por la elevación sostenida de la presión sanguínea. Se denomina secundaria cuando sus causas fisiológicas son claramente identificables, y primaria o esencial cuando éstas se desconocen. En la evolución de la hipertensión esencial, los aumentos de

la presión sanguínea con frecuencia resultan intermitentes, y existe una respuesta presora exagerada a los estímulos como el frío y la excitación que, en las personas dan lugar a un aumento moderado de la presión sanguínea (Ganog, 2000). 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).

Existen algunas situaciones medioambientales que correlacionan con la HTA, como migración, cambios rápidos en el ambiente por urbanización, estrés laboral, falta de apoyo social, y falta de recursos económicos. Otros factores de riesgo son tener personalidad tipo "A", anticipación del dolor o dolor crónico, y excesiva reactividad cardiaca.

Los pacientes con HTA pueden sufrir complicaciones del tipo: arteriosclerosis (engrosamiento de los vasos sanguíneos), cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal e ictus (accidentes vasculares cerebrales). A los hipertensos se les aconseja reducir su ingesta de sales y alcohol, y realizar ejercicio frecuente (Kaplan, 1997).

Cirrosis hepática

Es una enfermedad crónica del hígado que consiste en la muerte progresiva del tejido hepático normal y su sustitución por tejido fibroso. Sus complicaciones más frecuentes son: incapacidad del hígado para ejercer sus funciones de detoxificación del organismo (insuficiencia hepática); fenómenos de sangrado (coagulopatía); aumento de presión en la vena porta (ascitis), dilatación peligrosa de las venas del esófago (varices esofágicas); y alteraciones del cerebro, con somnolencia y desorientación debidos a la circulación de amoníaco en sangre (encefalopatía hepática) (Guyton & Hall, 1997).

El alcoholismo es una de las causas principales para que se presente esta enfermedad, pero también puede ser por infecciones crónicas por virus (hepatitis),

defectos de las vías biliares, fibrosis quística, aumentos en la absorción de hierro o de cobre, entre otras.

Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran: el sangrado provocado por varices esofágicas, fenómenos de sangrado a otros niveles, los episodios de ascitis (hinchazón abdominal por acumulación de líquido), la confusión mental y en casos graves, el estado de coma. En general, a estos pacientes se les recomienda la abstención absoluta de alcohol, una dieta sin sodio, complementos vitamínicos del grupo B y abundantes proteínas (salvo si existe encefalopatía).

Insuficiencia renal

Se define como insuficiencia renal (IR) a la pérdida funcional de los riñones, la IR se clasifica en aguda, subaguda y crónica, a partir de dos criterios: la forma de aparición (días, semanas, meses o años) y la recuperación de la lesión. La insuficiencia renal crónica (IRC) presenta un curso progresivo hacia la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). La IRC es un proceso continuo en el que las nefronas pierden paulatinamente su función, requiriéndose tratamiento sustitutivo (diálisis o trasplante).

Las causas principales de la insuficiencia renal crónica son: la nefropatía diabética y las causas vasculares (hipertensión arterial y arteriosclerosis), procesos inflamatorios del glomérulo (glomerulonefritis), enfermedades quísticas, las nefropatías intersticiales, entre otras.

Las complicaciones más frecuentes son: en las primeras fases alteraciones hidro-electrolíticas y alteraciones hematológicas; en fases más avanzadas se presentan alteraciones cardiovasculares, óseas, del sistema nervioso, así como en otros órganos.

La progresión de los síntomas puede disminuir si se toman las siguientes medidas: una dieta hipoproteica, control de la hiperlipidemia, control de la hipertensión arterial y control de la hiperglucemia.

Condiciones epidemiológicas

Una de las características de la transición epidemiológica incluye la sustitución de las enfermedades transmisibles por las crónicas o no transmisibles. En este fenómeno destacan tres aspectos: el primero es que el ritmo del descenso de los problemas infecciosos es más rápido y el impacto de las intervenciones adecuadas es casi inmediato, mientras que el ascenso de las enfermedades crónicas es lento pero constante. El segundo es que la protección y las intervenciones dirigidas al control de las enfermedades infecciosas benefician sobre todo a la población infantil, mientras que en el caso de las enfermedades crónicas existe un común denominador de riesgos al que toda la población se ve expuesta en tanto aumenta su edad. El tercero y último es que mientras en los problemas transmisibles la curación es inmediata y casi siempre se acompaña de inmunidad prolongada, en las enfermedades crónico-degenerativas el proceso es lento, no hay inmunidad, su severidad va en aumento y es discapacitante (Castro, Gómez, Negrete & Tapia, 1996).

A nivel nacional los padecimientos crónico degenerativos representan una de las principales causas de mortalidad. A continuación se presenta una tabla con las tres primeras causas de muerte a nivel nacional (SSA,2000).

Principales causas de mortalidad general nacional, 2000.

| Orden | Descripción | Defunciones | Tasa 1/ | % |
|-------|--|-------------|---------|------|
| 1 | Diabetes mellitus | 46,525 | 46.72 | 10.7 |
| 2 | Enfermedades isquémicas del corazón | 43,753 | 43.94 | 10.1 |
| 3 | Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado | 25,378 | 25.48 | 5.8 |

1/ tasa por 100,000 habitantes

Los totales no incluyen defunciones de mexicanos que residen en el extranjero

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

Deterioro Psicológico en los pacientes

La literatura científica señala que los pacientes crónicos en su mayoría presentan más síntomas depresivos, menor autoeficacia y dominio, mayores sentimientos de soledad y redes sociales más pequeñas (Kramer, 2002). En particular en los pacientes diabéticos se ve una incidencia mayor de desórdenes depresivos, lo que se ve asociado mayores complicaciones médicas y bajo apoyo social (Rodin, 1990).

Los hipertensos tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad, en comparación con otras condiciones crónicas (Sherbourne, Wells & Judd, 1996).

También los pacientes con cirrosis suelen tener una pobre o regular calidad de vida. En su mayoría, los últimos días de vida los pasan totalmente incapacitados (Roth, Lynn, Zhong, Borum & Dawson, 2000). Además puede presentar con mayor probabilidad algún trastorno de ansiedad e irritabilidad (Moore, Burrows & Hardy, 1997).

En el caso de los que padecen enfermedades renales, se observa que los síntomas depresivos, suelen ir aumentando conforme aumenta su incapacidad (Rodin & Voshart, 1987). También se encontró evidencia que cuando el paciente se encuentra en estado de depresión disminuye el autocuidado lo cual se reflejado en seguimiento defectuoso de los regimenes medicamentosos, dietarios y de seguimiento médico, además de mostrar poco compromiso con su tratamiento de diálisis (Levenson & Glocheski, 1991). Estos pacientes pierden autonomía debido a la necesidad de depender de la familia para llevar a cabo correctamente los cuidados médicos (Symister & Friend, 1996).

En general se ve que los síndromes depresivos se presentan más frecuentemente en sujetos con una enfermedad física que en la población en general. La depresión en los enfermos crónicos afecta la forma en que experimentan su enfermedad y su adherencia al tratamiento, además influye en su calidad de vida y su funcionamiento social (Kaps & Kocmur, 1998).

CAPÍTULO 2

Calidad de Vida

En la actualidad no se ha encontrado una definición completamente aceptada del constructo "calidad de vida". El concepto de calidad de vida partió de las modernas concepciones de la salud. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) define la salud como "el completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad". La calidad de vida se ha relacionado frecuentemente con conceptos tales como: felicidad, bienestar psicológico y satisfacción con la vida (Iseminger, 1994; Nussbaum & Amartya, 1993). La Organización Mundial de la Salud (OMS) contempla a la calidad de vida como la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses (Harper & Power, 1998).

Katschnig (1997) se refiere al término de calidad de vida como: un amplio cuerpo de dimensiones relacionadas con el bienestar psicológico, funcionamiento social y emocional, estado de salud, nivel de actividad funcional, satisfacción con la vida y estándares de vida adecuados, en el que se utilizan indicadores normativos, objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional.

La calidad de vida puede ser pensada mejor como una variable emergente, algo no definible o medible en la misma manera que otros constructos psicológicos como, los rasgos de personalidad o emociones (Kaplan, 1985). Por esta razón los psicólogos a veces hablan de indicadores de calidad de vida (Gladis, Gosch, Dishuk, & Crits-Christoph, 1999).

Calidad de vida en los pacientes crónicos

El número de personas afectadas por un padecimiento crónico representa el mayor problema para los profesionales de la salud, porque dichas condiciones afectan no sólo a la persona que padece la enfermedad sino a los amigos y miembros de la familia también (Brannon & Feist, 2000). Las personas con enfermedades crónicas se pueden sentir relativamente bien algunas veces y enfermas otras, pero nunca están completamente sanas. Los pacientes necesitan aprender a tratar tanto con los síntomas de la enfermedad como a controlar el estrés provocado por los tratamientos. Estar enfermo suele generar sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control sobre el futuro, situaciones ambas especialmente desgastantes. Investigaciones recientes han evaluado el funcionamiento general en grandes grupos de pacientes (Stewart, Berry, McGlynn & Ware, 1989) y han revelado que los pacientes con enfermedades crónicas muestran un peor funcionamiento social y físico, una salud mental inestable y baja y mayores índices de dolor crónico, en comparación con los pacientes sin enfermedades crónicas. Asimismo pacientes con más de una condición crónica muestran mayores decrementos en el funcionamiento general que pacientes con sólo una enfermedad crónica.

Una porción importante del impacto de una enfermedad crónica se observa en la forma en que cambian las creencias y convicciones de sí mismos, esto es, el diagnóstico de la enfermedad cambia la auto percepción del paciente (Brannon & Feist, 2000).

De esta manera, la severidad del deterioro cognoscitivo y conductual emerge como el mayor componente independiente que contribuye a la reducción de la calidad de vida (Fioravant, Zavattini & Buckley, 1996).

CAPÍTULO 3

Estrés

Existen varias teorías que tratan de explicar el fenómeno del estrés, una de las más importantes es la de Hans Selye (1936) que utilizó el término de estrés, en un sentido técnico muy especial, definiendo con él un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas las amenazas psicológicas); una reacción que él llamó Síndrome General de Adaptación. El estrés no era una demanda ambiental, sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda.

Posteriormente uno de los pioneros en la investigación del estrés, Richard Lazarus, define el estrés psicológico como la relación particular que se presenta entre el individuo y su entorno, evaluada por el sujeto como amenazante y desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. (Lazarus & Folkman, 1991)

Entonces, el estrés, los estilos de comportamiento y otros factores se relacionan de muchas maneras, con problemas biológicos y psicopatológicos. El estrés puede producir efectos directos (incrementando la vulnerabilidad del organismo), actuar como agente inductor (precipitando la aparición de trastornos al alterar el funcionamiento fisiológico general del organismo), generar comportamientos no saludables (como fumar, abuso de sustancias psicoactivas, insomnio o trastornos de alimentación entre otros). O funcionar como factor agravante de una enfermedad (Godoy, 1999; Matarazzo, 1980; Pomerleau Y Brady, 1979; Seligson, 1992).

Los mecanismos por medio de los cuales el estrés tiene sus efectos, aún no se encuentran totalmente descritos debido a que la fisiología de la respuesta de

estrés es extremadamente compleja. Cuando una persona percibe una demanda amenazante en el ambiente (físico o social), la división simpática y autonómica del Sistema Nervioso Central activa aun a la persona que se encuentra en un estado de reposo, por medio de la estimulación de la médula adrenal. La hipófisis libera hormona adrenocorticotrópica (ACTH), la cual afecta las cortezas adrenales. La liberación de glucocorticoides prepara al organismo para resistir el estrés e incluso prepara para la pelea (por medio de la liberación de cortisol). Juntos los dos sistemas (endócrino y nervioso) forman las bases fisiológicas del estrés así como su potencial para enfermar.

Harold Wolff y sus colegas desarrollaron una teoría de la enfermedad psicosomática, diciendo que ésta era una respuesta adaptativa hacia el estrés. Estos estudios enfatizan a los factores ambientales y al estrés como precipitadores de la enfermedad. Uno puede reducir la exposición a estos factores de riesgo si uno sigue estilos de vida saludables, lo que podrían reducir la incidencia de recaídas y más aún hasta la ocurrencia de la enfermedad. Esta visión enfatiza el rol activo del individuo en la etiología y el manejo de la enfermedad.

El manejo del estrés es uno de los elementos fundamentales para mejorar la calidad de vida de los individuos (Caballo & Anguiano, 2002). A este respecto, Martínez (1998) señala las siguientes consideraciones: 1) El estrés constituye un riesgo para la salud, ya que los efectos del mismo contribuyen a un aumento inespecífico de la vulnerabilidad de los organismos ante cualquier agente patógeno con el que entre en contacto; 2) el estrés afecta los hábitos de salud, ya que propicia la realización de hábitos pocos saludables (fumar, no dormir, comer en exceso o no comer, sedentarismo, etc) y, a la par, la reducción de conductas saludables; 3) los episodios agudos de estrés pueden agravar ciertas enfermedades, porque el estrés puede precipitar el inicio de una crisis, su agravamiento y hasta su cronificación; y 4) el estrés puede distorsionar la conducta del individuo, ya que la "apreciación" de la propia enfermedad o de algún

tipo de trastorno son fuentes de estrés ante las cuales las personas no reaccionan sólo orgánicamente, sino también con una reestructuración de sus hábitos cotidianos.

Por eso se ha vuelto tan relevante para la psicología encontrar medios para manejar el estrés. De ahí que se ha puesto interés en el estudio de los estilos de afrontamiento, así como de las estrategias más adaptativas para responder a las demandas del medio.

Afrontamiento

Las teorías que buscan explicar los mecanismos utilizados para afrontar el estrés se han derivado, en parte, de las teorías de personalidad, que hacen énfasis en el rol activo del sujeto en su autoregulación además se da un papel preponderante a la apreciación del individuo (Lazarus, 1981). Al afrontamiento se le considera como un proceso mediado por factores personales, contextuales y ambientales, así como la interrelación de los mismos. El término afrontamiento se define como todos aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Lazarus & Folkman, 1984).

La teoría de crisis (Moos & Schaeffer, 1984) trata de saber como la gente en general afronta sus crisis y transiciones vitales, así como con las perturbaciones en patrones establecidos de identidad personal y social. Cuando las personas enfrentan un evento que altera sus patrones característicos de comportamiento y estilos de vida, tienen que emplear mecanismos de solución de problemas para restaurar el balance. Una persona no puede permanecer en un estado extremo de desequilibrio, por eso la crisis por definición es autolimitada, aún cuando el equilibrio alcanzado sea temporal. Este nuevo equilibrio puede representar una

adaptación saludable que promueva el crecimiento y la maduración personal, o puede ser una respuesta poco adaptativa anticipatoria del deterioro psicológico.

La valoración cognoscitiva del individuo, la definición de las tareas adaptativas involucradas y la selección y efectividad de las estrategias de afrontamiento están influenciadas por tres conjuntos de factores: a) las características socio-demográficas y personales, b) las características propias de la enfermedad y c) las características físicas y sociales del ambiente (Moos, 1984).

Las mayores tareas adaptativas para afrontar el estrés se puede englobar en siete categorías (Moos & Schaefer, 1984).

Tareas relacionadas con la enfermedad

- ❖ Lidar con el dolor, la incapacidad y otros síntomas
- ❖ Lidar con el ambiente hospitalario y procedimientos de tratamientos especiales
- ❖ Desarrollar y mantener adecuadas relaciones con el equipo médico

Tareas generales

- ❖ Preservar un razonable balance emocional
- ❖ Preservar una satisfactoria auto imagen y mantener un sentido de competencia y maestría
- ❖ Sostener relaciones con la familia y amigos
- ❖ Prepararse para un futuro incierto

Las habilidades de afrontamiento pueden ser organizadas dentro de tres dominios (Moos & Billings, 1982).

1. Afrontamiento centrado en la apreciación. Incluye todos los intentos para lograr entender y encontrar un patrón de significado en la crisis, tales como análisis lógico, redefinición cognoscitiva y evitación cognoscitiva o negación.

2. Afrontamiento centrado en el problema. Busca confrontar la realidad de la crisis, tratando con las consecuencias tangibles e intentando construir una situación más satisfactoria. Incluye acciones tales como búsqueda de información y apoyo, tomar acción en la solución de problemas e identificar consecuencias positivas alternas.

3. Afrontamiento centrado en la emoción. Busca manejar las emociones provocadas por la crisis y mantener un equilibrio afectivo. Incluye regulación afectiva, descarga emocional y aceptación.

La tarea adaptativa de los pacientes crónicos consiste en contender con el tratamiento y los retos de la enfermedad. Dependiendo de los resultados, los pacientes podrán mantener niveles adecuados de funcionamiento físico, emocional y social, que a su vez generarán un mejoramiento del bienestar y su calidad de vida (Bensing, Schreurs, & de Ridder, 1996; de Ridder, Schreurs, & Bensing, 1998).

Otros planteamientos se hallan influidos por la teoría de Darwin según la cual la supervivencia del organismo depende de su habilidad para descubrir lo que es predecible y controlable en el entorno y evitar, escapar o vencer a los agentes nocivos. En este contexto el afrontamiento suele definirse como los actos que

controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo el grado de perturbación psicofisiológica producida por ellas.

Personas con enfermedades crónicas, como otras personas bajo estrés, usan una variedad de estrategias de afrontamiento, sólo que algunas estrategias son más efectivas que otras. El diagnóstico de cualquier enfermedad crónica produce un impacto en el paciente por dos razones: la primera incluye la reacción emocional de saberse con una enfermedad incurable por el resto de su vida, y segundo, los ajustes que se ven obligados a hacer en sus estilos de vida debido a la enfermedad (Brannon & Feist, 2000).

El padecimiento de una enfermedad conlleva a cambios fundamentales en la vida del paciente. La enfermedad como crisis también puede considerarse como un estresor en sí misma. La forma en que el paciente afronte dichos estresores va a determinar una buena parte del curso y la evolución de la enfermedad en virtud de las conductas que los pacientes desplieguen para el cuidado de su propia salud. Pueden presentarse conductas que afecten positivamente o negativamente su bienestar.

Ante la falta de intervenciones psicológicas sometidas a prueba, que busquen restaurar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, el propósito del presente trabajo es evaluar el impacto de una intervención basada en la modificación de los estilos de afrontamiento a través de una terapia basada en la solución de problemas en la calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus.

CAPÍTULO 4

ESTUDIO 1: Establecimiento de las propiedades psicométricas del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) y caracterización de una muestra de pacientes con padecimientos crónicos degenerativos. Los propósitos de este estudio consistieron en: a) realizar las pruebas de confiabilidad y validez del InCaViSa y b) examinar cuantitativamente el índice de deterioro en la calidad de vida en los pacientes que conformaron la muestra.

PARTICIPANTES

En la fase de validación por jueceo, participaron 15 jueces psicólogos expertos que tuvieran experiencia en el área de la salud.

Posteriormente participaron 118 sujetos con diagnóstico confirmado de algún padecimiento crónico degenerativo con un mínimo de seis meses de evolución que tuvieran una edad mínima de 18 años y un máximo de 70 años. Los pacientes aceptaron ser entrevistados de manera voluntaria e informada. La muestra se reclutó del servicio de Medicina Interna del Hospital General de México, O. D. y de la Unidad de Medicina Familiar num. 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La muestra quedó conformada con el 78.8% de mujeres y 21.2% de hombres, los cuales se distribuían entre las edades de 18 – 75 años (media = 50.975 +/- 11.612).

La enfermedad diagnosticada más frecuentemente dentro de la muestra fue la diabetes mellitus con 51.3%. El 28.8% tenía hipertensión arterial; el 11.3%

tanto hipertensión arterial como diabetes mellitus; 2.6% con cirrosis hepática; 2.6% con insuficiencia renal y 2.6% con enfermedades gastrointestinales.

Los pacientes en su mayoría se dedicaban al hogar con un 62.5%, el 15.2% eran empleados, el 12.5% eran comerciantes; el resto de la muestra quedó conformada con personas que eran pensionadas, prestadores de algún servicio o se dedicaban al campo

En general la escolaridad de los pacientes quedó distribuida con el 51.9% que tenían la primaria terminada o trunca, el 24.5% tenían la secundaria, el 11.3% era analfabeta y resto de la muestra tenía estudios de media superior. Los datos sociodemográficos se pueden ver en la tabla A.

Tabla A: Características sociodemográficas de la población

| SEXO | DIAGNÓSTICO | OCUPACIÓN | ESCOLARIDAD |
|---------------|------------------------------|--------------------|--------------------|
| 78.8% mujeres | Diabetes 51.3% | Hogar 62.5% | Analfabeta 11.3% |
| 21.2% hombres | Hipertensión 28.8% | Empleados 15.2% | Primaria 51.9% |
| | DM/HTA 11.3% | Comerciantes 12.5% | Secundaria 24.5% |
| | Cirrosis hepática 2.6% | Otros 10% | Medio superior 13% |
| | Insuficiencia renal 2.6% | | |
| | Enf. gastrointestinales 2.6% | | |

MEDICIÓN

Se utilizó el "Inventario de Calidad de Vida y Salud" (InCaViSa) (véase anexo 1) diseñado a partir de diferentes escalas de calidad de vida para padecimientos crónicos documentados en la literatura científica (Sánchez Sosa & Riveros Rosas, 2002). Se tomaron en cuenta aquellos reactivos que consistentemente se mencionan en todas las escalas por considerarse los más claramente vinculados con los aspectos medulares a evaluar en la calidad de vida

de diferentes pacientes crónicos. El inventario principal fue la Escala de calidad de Vida para pacientes Seropositivos (EsCaViPS) estandarizado para población mexicana (González-Puente y Sánchez Sosa, 2000).

A este inventario se le añadieron reactivos del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC) (Sánchez Sosa y Hernández Guzmán, 1993; Santos, Bohon y Sánchez Sosa, 1998); Multiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL) (Vickrey et al, 1995); Obesity Related Well Being Questionary (ORWELL97) (Mannunci et al, 1999); Pediatric Oncology of Life Scale (POQOLS) (Goodwin, Boggs & Graham-Pole, 1994); Cuestionario de Calidad de Vida Postinfarto del Miocardio (MacNew QLMI) (Brotons et al 2001)); Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC) (Fernández et al 1999) para conformar la primera escala.

Asimismo se utilizaron las versiones adaptadas de la estandarización del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Robles et al 2001); Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado et al 1998); y la Escala de Salud y Vida Cotidiana (Forma B) (Moos, Cronkite, Billings & Finney, 1986).

Los reactivos se adaptaron al tipo de población participante en virtud de tratarse de personas con niveles mínimos de educación formal, de modo que los reactivos debían ser fáciles de comprender aún para personas con escasa o nula escolaridad. Dichas adaptaciones también se hicieron para los reactivos de la Escala de Depresión y la Escala de Salud y Vida Cotidiana.

VALIDACIÓN

Después de haber construido el inventario, se llevó a cabo una validación por jueceo para comprobar la validez del inventario y definir las posibles categorías o factores de los reactivos del InCaViSa. Para ello, los reactivos se transcribieron

textualmente en tarjetas separadas, y se pidió a quince jueces independientes, psicólogos expertos en el área de la salud, que asignaran los reactivos en conjuntos representativos para cada categoría, de acuerdo a 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 procedimiento.

RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN POR JUECEO

Para que el reactivo pudiera pertenecer a alguna categoría específica, tenía que al menos ser asignada el 80% de las veces por los jueces. Si el reactivo no lograba cumplir este requisito, se redefinía 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 juecos en dos categorías dicho reactivo se eliminaba. Aquellos que se colocaron consistentemente en 2 categorías se retiraron temporalmente del análisis de significancia de la categoría en la que cayeron mayoritariamente para aislar posibles sesgos.

Los reactivos utilizados en su versión final obtuvieron una consistencia interjueces del 85.5%. Se retiraron temporalmente del análisis 10.5%, y se eliminó un 4%. Si el reactivo no resultaba asignado a una categoría específica al menos 80% de las veces, se redefinía el área para incrementar su claridad o inclusividad (Riveros Rosas, 2002).

El procedimiento de validación interjueces es una estrategia basada en la experiencia y en la lógica de los jueces. Si bien no siempre se considera ideal para determinar la validez de las categorías del inventario (Goode & Hatt, 1967), sí

permite obtener una predicción razonable de las variables relevantes al objetivo del instrumento, especialmente a la luz de 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 establecida para los instrumentos o escalas en los estudios correspondientes originales.

PROCEDIMIENTO

Después de haber realizado la validación por jueces expertos se procedió a la aplicación del InCaViSa de forma individual a todos lo sujetos que dieran su consentimiento informado de participación en el proyecto y que cumplieran con los criterios de inclusión de acuerdo a edad y padecimiento.

RESULTADOS

A fin de explorar el poder discriminante de los reactivos, a cada uno de ellos se le computó una prueba t, aquellos que no obtenían el nivel de significancia mínimo se les retiraba de los análisis subsecuentes. Esta prueba se hace a fin de comparar las medias de cada reactivo con el resto del inventario permitiendo conocer el poder discriminante de cada uno de ellos. Finalmente sólo se retiraron tres reactivos de la primera parte del inventario. Los reactivos eran: "creo que me enfermo más fácilmente que otras personas", "me parece que desde que me enfermé no confían en mí como antes", "puedo realizar actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados".

A fin de calcular la consistencia interna del inventario se instrumentaron pruebas de consistencia interna y, finalmente, coeficientes *Alpha de Cronbach* para

todo el instrumento arrojando un valor de .9023. Se computó esta prueba para cada uno de los factores o áreas obtenidas a través de la validación por jueces expertos. Se incluyeron en el análisis los primeros 64 reactivos, que son la parte del inventario construido especialmente para la valoración de los pacientes crónicos. Las demás subescalas del InCaViSa ya han sido previamente validadas y confiabilizadas. El reactivo número 65 (véase anexo 1), por sí mismo se tomó como un indicador de la estimación general de calidad de vida del propio paciente. Este reactivo no se tomó en cuenta para los análisis de consistencia interna por tener diferente opción de respuesta, pero si se reporta para lo siguientes análisis.

Los valores de consistencia interna para cada una de las áreas resultó como sigue: El área Percepción de salud y bienestar, compuesta por 26 reactivos arrojó un valor Alpha de .8265. El área Relaciones Interpersonales, con 22 reactivos, alpha = .7025. El área Funciones cognoscitivas, con cuatro reactivos: alpha = .7202.

La tabla 1 muestra los valores de media y de la desviación estándar para cada una de las áreas de la escala de calidad de vida y salud, y para el indicador de la estimación general de la calidad de vida.

Tabla 1. Medias, desviaciones estándar y N por área de medición.

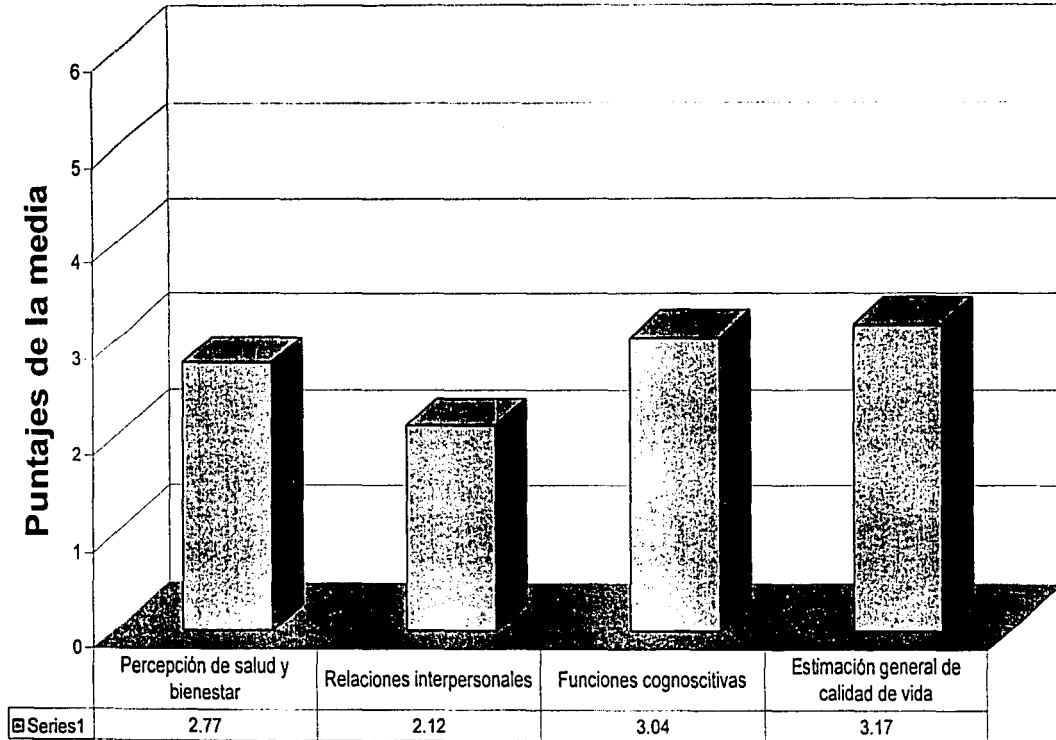
| Área | Media | D.E. | N |
|-------------------------------------|-------|-------|-----|
| Percepción de salud y bienestar | 2.77 | .738 | 118 |
| Relaciones interpersonales | 2.126 | .579 | 118 |
| Funciones cognoscitivas | 3.046 | 1.336 | 118 |
| Estimación general: Calidad de vida | 3.17 | 1.47 | 115 |

Los valores de la media se tomaron como el índice de deterioro global de la calidad de vida.

La figura 1 se muestra que para la muestra conformada por 118 sujetos con alguna enfermedad crónica, el área con mayor deterioro fue la de funciones cognitivas. Aunque el valor más elevado fue el de estimación general de la calidad de vida, más que tratarse de un área es un indicador formado por un sólo reactivo. La siguiente área con mayor deterioro fue la de percepción de salud y bienestar y por último la de relaciones interpersonales.

No se encontraron diferencias significativas en el índice de deterioro en función de la enfermedad diagnosticada. Las diferencias por género tampoco arrojaron valores importantes, excepto por una tendencia en los hombres a tener más deteriorada el área de funciones cognitivas.

Figura 1. Índice de deterioro en Calidad de Vida por áreas e Indicador de Estimación de Calidad de Vida



ESTUDIO 2: Efectos de la intervención basada en la terapia de solución de problemas en las medidas de calidad de vida y estilos de afrontamiento.

El segundo estudio tuvo como propósito evaluar los cambios en medidas de calidad de vida y estilos de afrontamiento como efecto de una intervención basada en la solución de problemas usando pre y post test.

PARTICIPANTES

Se realizó un muestreo de tipo accidental no probabilístico. Los pacientes se reclutaron del servicio de Medicina Interna del Hospital General de México, O. D. y de la Unidad de Medicina Familiar num.67 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La muestra estuvo formada por 20 pacientes con diagnóstico confirmado por un médico de Diabetes Mellitus tipo II (no insulino-dependiente). Participaron aquellos pacientes con edad entre 18 y 70 años, con seis meses o más de evolución de la enfermedad, que no estuvieran participando en otro protocolo de investigación con intervenciones psicológicas y que otorgaran su consentimiento informado para participar. Se excluyeron de la muestra aquellos pacientes con diagnóstico de psicosis o retraso mental o que se encontraran en una fase terminal extrema de la enfermedad o aquellos que decidieran retirarse voluntariamente del estudio. La muestra final quedó conformada de la siguiente manera: 75% de mujeres y 25% de hombres con edades entre los 21 y los 69 años (media = 53.10 +/- 12.02).

MEDICIÓN

Se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) previamente validado y confiabilizado en el presente trabajo. Como se ha descrito, el inventario

mide aspectos relacionados con la percepción de salud, interacción social, calidad de vida, lista de síntomas, niveles de depresión y ansiedad, así como estilos de afrontamiento.

Carnet de Adherencia Terapéutica

El carnet de adherencia terapéutica es un cuadernillo de auto-registro (véase anexo 2) que se le proporciona al paciente para cada semana. En el carnet se recolectan datos sobre: toma de medicamentos, dieta, ejercicio, desempeño laboral, sueño, actividad sexual, interacción social, diversión (recreación) y conductas de riesgo. Cada variable está representada por un recuadro con los días de la semana (incluyendo horarios del día) y un dibujo que representa la conducta que se quiere medir. Así cada paciente anotaba día a día si había realizado la actividad correspondiente. El carnet tiene un alto grado de validez y permite, en principio, la evaluación de la adherencia terapéutica y el bienestar psicológico en pacientes con diversos padecimientos crónico degenerativos (Lobato, 2002).

Carta de Consentimiento Informado

En ella (véase el anexo 3) se describen los objetivos generales del estudio, las condiciones de participación de los pacientes, las actividades a realizarse, la duración de éstas y los potenciales beneficios que obtendrían. Así como la reiterada consigna de que su participación sería completamente voluntaria y en caso de que decidiera retirarse del programa no habría consecuencias como usuarios de los servicios de la Institución o de cualquier otra índole. Finalmente se incluían en el cuadernillo los datos pertinentes de los investigadores responsables para que, en caso de considerarlo necesario, el paciente pudiera comunicarse con ellos. La carta se elaboró de acuerdo a los preceptos éticos estipulados en el artículo 118 del Código Ético del Psicólogo en vigor (SMP, 2002).

Bitácora terapéutica

Se trata de una guía para el terapeuta en forma de hojas diseñadas (véase el anexo 7) para vaciar los datos sociodemográficos, de localización y de la condición de cada paciente. Incluye aspectos como tipo de padecimiento, tratamientos médicos, datos de familiares que podrían participar en el proceso de intervención y espacios para anotaciones del terapeuta sobre los avances en el paciente.

DISEÑO

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, en donde se busca que en cada paciente se refleje (en su caso) una réplica del efecto clínico encontrado (Kazdin, 1998; Sidman, 1960). Los pacientes se asignaban aleatoriamente a una de dos condiciones, una cuyo tratamiento se iniciaba en cuanto se completaban las medidas iniciales (tratamiento inmediato) y la otra con tratamiento diferido mismo que se iniciaba dos semanas más tarde. El componente diferido se basa en la precaución metodológica de aislar posibles contaminantes derivados de la comunicación no autorizada (o aleatoria) entre los participantes (pacientes y/o miembros del equipo de salud), así como los efectos del paso del tiempo. (Kazdin, 1998; Sánchez Sosa, 1998; Sidman, 1960).

PROCEDIMIENTO

Los pacientes se reclutaban siguiendo los criterios de inclusión. En su primera cita, después de darles el saludo y la bienvenida, se procedía a explicarles los objetivos generales del protocolo y de la intervención. Una vez quedando claros los objetivos y el papel de su participación en el proyecto, se le leía y se firmaba el Consentimiento Informado.

En esa primera sesión se aplicaba el InCaViSa y se les pedía que mencionaran cuáles eran las áreas de su vida que más le preocupaban (sus estresores). Esto tuvo el fin de añadir un componente de validez social de la selección de problemas blanco ("target") en el sentido de recolectar información abierta sobre las preocupaciones de cada paciente evitando la posibilidad de que la estructura de un instrumento escrito o escala pudiese inducir alguna respuesta. Posteriormente, según la condición asignada (tratamiento inmediato o diferido), se les daba la siguiente cita a las dos semanas o cuatro semanas y se le pedía que llenara el carnet de autoregistro para cada semana instruyéndole sobre la forma de hacer los registros pertinentes.

A continuación se iniciaba la aplicación del tratamiento o intervención cuyo propósito medular consistió en enseñar al paciente a mejorar su adherencia terapéutica, afrontar y manejar situaciones problema o estresantes que puedan interferir con su bienestar físico o psicológico. La intervención o tratamiento era individual y se diseñó con base en un enfoque cognoscitivo-conductual: corta duración, activa, focalizada y directiva a lo largo de sesiones semanales durante mes o mes y medio en promedio. Durante todo el periodo de la intervención el paciente se mantenía autoregistrando a través de los carnets de adherencia terapéutica.

En la última sesión se volvía aplicar el InCaViSa y se realizaban seguimientos a los 3 y 6 meses de concluido el tratamiento para estimar el mantenimiento del efecto terapéutico, aunque en el presente informe sólo se tomarán en cuenta las medidas de pre y post test debido al estado de avance de la muestra al momento de enviar a imprenta el presente trabajo.

TRATAMIENTO

El protocolo de intervención incluyó un programa denominado Pasos Vitales (Safren, 2001) que utiliza un enfoque cognoscitivo conductual basado en la solución de problemas. Tiene como objetivo incrementar la motivación y establecer las destrezas para llevar a cabo el tratamiento médico correctamente. Busca, además, resolver aquellos problemas que interfieren con este propósito a través de once pasos específicamente orientados a cada componente del tratamiento prescrito por el equipo de salud. El programa aborda temas como la información que se tiene de la enfermedad, el plan de consultas con el médico, su relación con el médico, obtención de medicamentos, efectos colaterales de éstos, plan para mejorar la adherencia al tratamiento y el manejo de olvidos (ver detalle en el anexo 4).

Adicionalmente se trabajaba con los pacientes con la terapia basada en la solución de problemas (Zurilla & Nezu, 1999) con el fin de ayudarlos a afrontar el estrés y los problemas de la vida cotidiana. La terapia consistía en ayudar al paciente a plantearse posibles alternativas para la solución de problemas. De dichas alternativas el paciente decide cuál es la que cuenta con mayor probabilidad de éxito. Finalmente implementa el plan de acción y evalúa sus consecuencias. Las cinco áreas principales de solución de problemas son: orientación al problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones, instrumentación y verificación del problema (Nezu, 2001). Una de las metas clínicas de esta intervención es mejorar los niveles de auto eficacia y, como consecuencia, mejorar los niveles de calidad de vida de los pacientes (ver detalle en el anexo 8)

También se utilizó entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular (véase anexo 9) progresiva y profunda para ayudar a los pacientes a manejar los efectos fisiológicos del estrés. Se dedicó para este componente en

particular alrededor de 15 minutos por sesión. Además se le asignaban al paciente ejercicios para realizar en casa.

RESULTADOS

Los resultados se analizaron a través de la prueba de rangos asignados de Wilcoxon. Se seleccionó por tratarse de una prueba no paramétrica que analiza las diferencias entre dos muestras relacionadas. Criterios adicionales de selección incluyeron el tamaño de la muestra y la ausencia de la suposición de que existe un intervalo fijo entre las opciones de respuesta.

Dado que la intervención buscaba modificar los estilos de afrontamiento (la terapia basada en la solución de problemas) inicialmente se analizaron los cambios en los estilos de afrontamiento, es decir en la Escala de Salud y Vida Cotidiana de Moos (1984). En esta escala, compuesta por 25 reactivos el paciente señala cómo actúa cuando tiene problemas. Se compone de ocho dimensiones del afrontamiento

1. *Afrontamiento cognoscitivo activo* que contiene reactivos como "me preparo por si pasa lo peor", "me digo cosas a mi mismo para sentirme mejor", etc.
2. *Afrontamiento conductual activo*, se evalúa a través de reactivos como "trato de conocer más sobre el problema", "hago otras cosas para no pensar en el problema", etc.
3. *Afrontamiento de evitación* tiene reactivos como "cuando me siento enojado me desquito con otras personas", "cuando trato de tomar las cosas con calma fumo más", etc.
4. *Análisis lógico* contiene reactivos como "pienso en cómo resolví problemas parecidos anteriormente", "pienso en varias formas de resolver el problema", etc.

5. *Búsqueda de información*, contiene reactivos tales como "hablo con mi pareja o familia del problema", "le pido a Dios que me guíe", etc.
6. *Solución de problemas* contiene reactivos como "sé lo que debo de hacer y me esfuerzo para que salgan bien las cosas", "trato de sacar ventaja del problema", etc.
7. *Regulación afectiva* se mide a través de "me digo cosas a mi mismo para sentirme mejor", "trato de verle el lado bueno al problema", etc.; y finalmente,
8. *Descarga emocional* con reactivos como "cuando me siento deprimido me desquito con otras personas", "cuando trato de tomar las cosas con calma tomo (bebo) más, como más, etc."

En la tabla 2 muestra las medias, la desviaciones estándar y probabilidades asociadas para la muestra de 20 sujetos. Los cambios encontrados en las medidas de pre y post test fueron todas estadísticamente significativas.

En la tabla 3 muestra los cambios del pre al post test pero haciendo una transformación de los datos. Se consideró el puntaje total de cada uno de los factores de la escala como el 100%, de ahí se convirtieron todos los datos a porcentajes a través de una regla de tres. Los valores obtenidos en el pre y post test se restaron para obtener el porcentaje de cambio para cada uno de los factores. El análisis reveló que en todos los casos se dio un porcentaje de cambio por arriba del 10%. Los factores con mayor porcentaje de cambio fueron; el afrontamiento conductual activo con un 19%, la regulación afectiva con 16.33%, seguido del afrontamiento por evitación (que disminuyó) y el análisis lógico con un 15.8%. Disminuyeron los valores para el factor de descarga emocional en un 14.67% y aumentaron moderadamente el estilo de afrontamiento cognoscitivo activo, la búsqueda de información y la resolución de problemas.

Tabla 2. Medias, desviaciones estándar y probabilidades asociadas (p Wilcoxon) en los estilos de afrontamiento antes y después del tratamiento.

| | Media | | D. E. | | p< |
|--------------------------|-------|-------|-------|------|------|
| | Pre | Post | Pre | Post | |
| Afr. Conductual activo | 28.85 | 37.95 | 7.28 | 6.52 | .001 |
| Afr. Cognoscitivo activo | 29.55 | 35.25 | 7.70 | 5.32 | .004 |
| Afr. de evitación | 18.70 | 12.10 | 6.22 | 5.13 | .001 |
| Análisis lógico | 8.4 | 10.30 | 3.66 | 2.75 | .023 |
| Búsqueda de información | 20.45 | 24.30 | 4.71 | 3.40 | .001 |
| Solución de problemas | 10.60 | 12.70 | 3.36 | 3.29 | .030 |
| Regulación afectiva | 11.50 | 14.45 | 4.13 | 3.81 | .017 |
| Descarga emocional | 7.4 | 3.9 | 5.34 | 3.14 | .010 |

Tabla 3. Porcentajes de puntuaciones obtenidas en la Escala de Salud y Vida Cotidiana (Moos)

| | % Pre | % Post | % de cambio |
|--------------------------|-------|--------|-------------|
| Afr. Conductual activo | 60 | 79 | 19% |
| Afr. Cognoscitivo activo | 70.33 | 83.33 | 13% |
| Afr. de evitación | 44.5 | 28.66 | 15.84% |
| Análisis lógico | 70 | 85.83 | 15.83% |
| Búsqueda de información | 68.16 | 81 | 12.84% |
| Solución de problemas | 58.83 | 70.5 | 11.67% |
| Regulación afectiva | 63.83 | 80.16 | 16.33% |
| Descarga emocional | 30.83 | 16.16 | 14.67% |

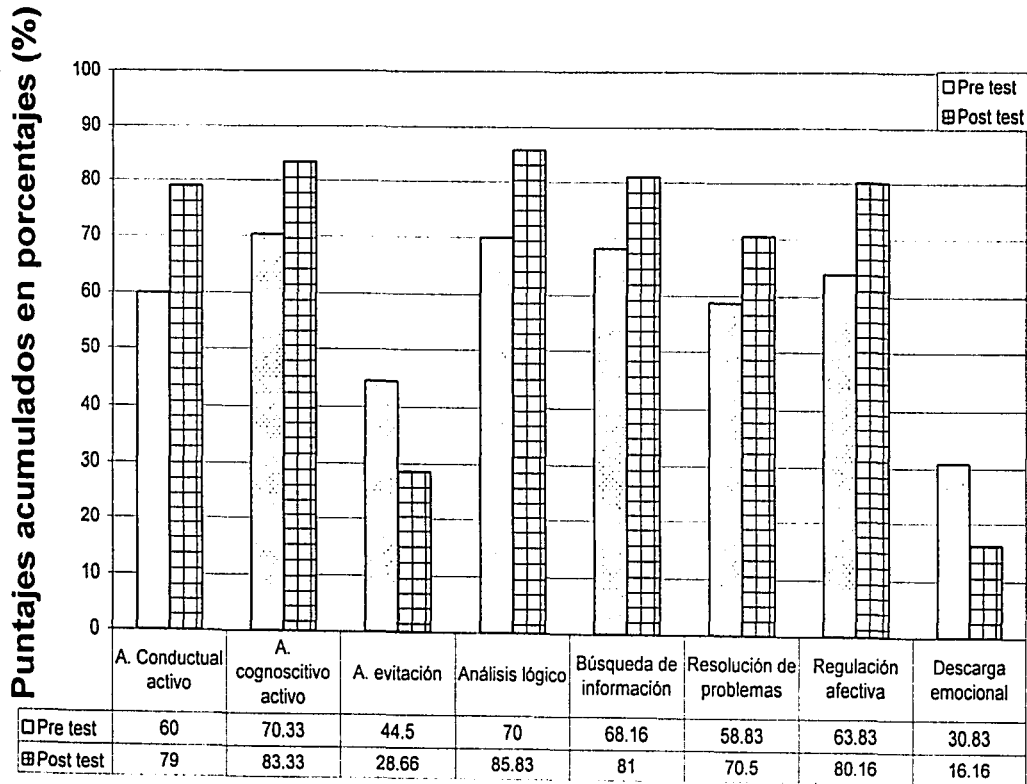
En la figura 2 se observan más visual e intuitivamente los cambios entre los puntajes del pre y post test. Todos los estilos de afrontamiento que se consideraron positivos aumentaron y los que se consideraron negativos disminuyeron.

Posteriormente se analizaron los cambios en las áreas de calidad de vida utilizando nuevamente la prueba estadística de rangos asignados de Wilcoxon. La tabla 4 muestra las medias, desviaciones estándar y probabilidades asociadas a las diferencias estadísticas entre las áreas de Percepción de salud y bienestar, Relaciones interpersonales, Funciones cognoscitivas y el indicador de la Estimación general de la calidad de vida. Se encontraron diferencias altamente significativas entre las medidas del pre al post test en el sentido de reducción de deterioro de la calidad de vida.

Tabla 4. Medias, desviaciones estándar y probabilidades asociadas (p Wilcoxon) en las áreas de calidad de vida pre y post test

| | Media | | D. E. | | p< |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|
| | Pre | Post | Pre | Post | |
| Percepción de salud y bienestar | 96.15 | 52.90 | 10.01 | 12.86 | .000 |
| Relaciones interpersonales | 72.45 | 34.00 | 14.51 | 8.70 | .000 |
| Funciones cognoscitivas | 12.20 | 9.05 | 5.08 | 4.27 | .009 |
| Percepción general de calidad de vida | 2.75 | 1.65 | 1.52 | .52 | .015 |

Figura 2. Efectos de la Intervención en los Estilos de Afrontamiento



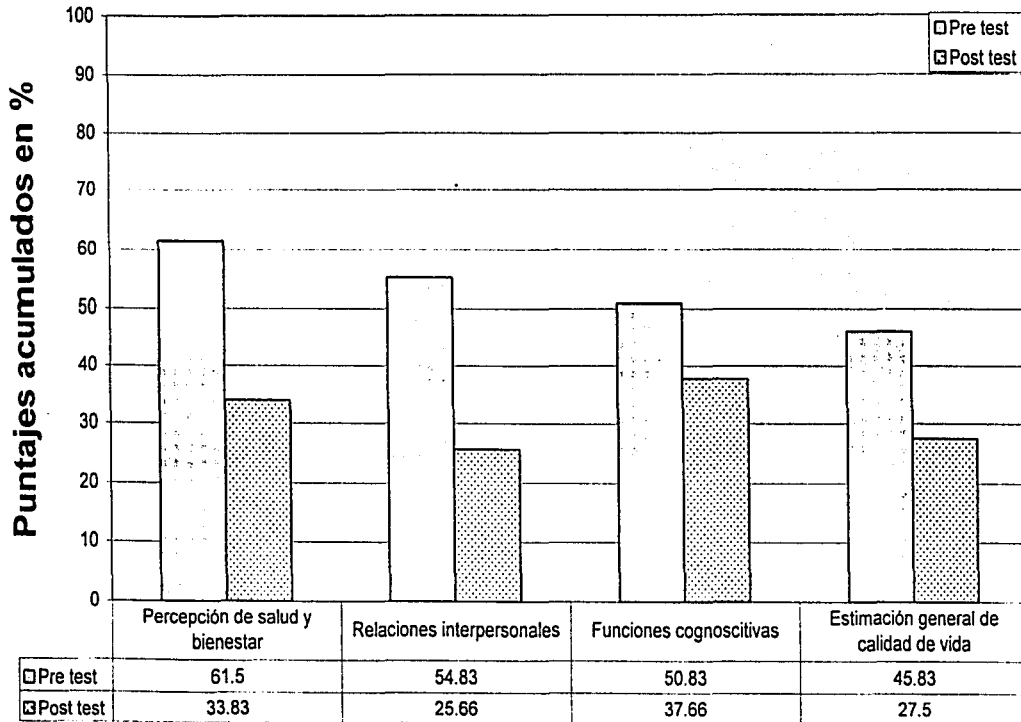
Nuevamente se convirtieron los puntajes a porcentajes, haciendo que el puntaje máximo acumulado que se podía obtener por cada área fuera el 100% y se multiplicó por el valor obtenido en cada una de los cuestionarios y se dividió entre el puntaje máximo para sacar el porcentaje para cada una de las áreas y el indicador de estimación general de calidad de vida. Además se muestran los valores obtenidos como resultado de la diferencia entre el porcentaje del pre y post test.

Tabla 5. Porcentajes de puntuaciones obtenidas en las de deterioro de la calidad de vida

| | % Pre | % Post | % de cambio |
|---------------------------------------|-------|--------|-------------|
| Percepción de salud y bienestar | 61.5 | 79 | 27.67% |
| Relaciones interpersonales | 54.83 | 25.66 | 29.71% |
| Funciones cognoscitivas | 50.83 | 37.66 | 13.17% |
| Estimación general de calidad de vida | 45.83 | 27.5 | 18.33% |

En las medidas de pretest, el área que presenta mayor deterioro es la de percepción de salud y bienestar, seguida por el área de relaciones interpersonales, funciones cognoscitivas y el indicador de la estimación general de la calidad de vida. El deterioro en el área de relaciones interpersonales disminuyó en un 29.71%, siendo esta última el área más beneficiada. En segundo término está el área de percepción de salud y bienestar con un porcentaje de ganancia de 27.67%. El indicador de la estimación general de calidad de vida se modificó en un 18.33%. Finalmente el área de funciones cognoscitivas mejoró moderadamente en un 13.17% (ver figura 3).

Figura 3. Reducción General del Deterioro en Calidad de Vida como Efecto de Tratamiento



DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue conocer de manera confiable aquellas áreas de la calidad de vida que se encuentran más deterioradas en pacientes crónicos, y examinar los efectos de una intervención basada en la solución de problemas para modificar los estilos de afrontamiento de los pacientes y evaluar su impacto en el mejoramiento de su calidad de vida.

Los resultados indicaron que se pueden modificar los estilos de afrontamiento por medio de una intervención cognoscitivo-conductual basada en la solución de problemas. Esto se reflejó en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes. Aunque en estricto sentido no se podría establecer causalidad entre modificar los estilos de afrontamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes, se esperaría que al mejorar el manejo del estrés, los pacientes disminuyeran la probabilidad de precipitar los síntomas de la enfermedad como efecto del estrés (Godoy, 1999; Matarazzo, 1980; Pomerleau y Brady, 1979).

La muestra del primer estudio, conformada por 118 pacientes crónicos presentan los puntajes de deterioro en el indicador de estimación general de calidad de vida. Como se ha mencionado, este indicador está formado por un reactivo por lo que pequeñas variaciones se resaltan más fácilmente, en comparación de las demás áreas que representan puntajes acumulados de varios reactivos. Este indicador es importante porque incluye al componente subjetivo de cómo percibe uno mismo su calidad de vida. Conviene recordar que la calidad de vida tiene siempre un componente subjetivo de gran peso, adicional a las dimensiones normativas y objetivas de las funciones física, social y emocional (Katschnig, 1997). Finalmente, comúnmente se ha relacionado el concepto de calidad de vida con la satisfacción con la vida, el bienestar y la felicidad (Isiminger, 1994; Nussbaum & Amartya, 1993). El indicador de la estimación general de calidad de vida pudo haberse mostrado como el más deteriorado debido a que en

este caso el paciente conjunta todos los aspectos de su vida y hace un balance entre su contexto y sus expectativas, estándares e intereses.

El rubro de funciones cognoscitivas fue entonces el más deteriorado como área. En este caso conviene no perder de vista que en su mayoría la muestra estuvo conformada por personas con una edad promedio de 50 años. Aunque no necesariamente por razones biológicas, como es natural con el paso de los años van decayendo las funciones cognoscitivas de los individuos. Para investigaciones futuras haría falta hacer una comparación entre una muestra de personas sanas con características sociodemográficas similares para poder determinar qué tanto la enfermedad agrava el deterioro de las funciones cognoscitivas. La siguiente área con mayor deterioro fue la de percepción de salud y bienestar. Esta área explora cómo los pacientes se sienten al estar enfermos y cómo perciben su entorno en relación a su enfermedad. Finalmente el área menos deteriorada fue la de relaciones interpersonales; en general se observó que los pacientes vivían con sus familias. Mantenían una relación cercana y, aunque tal vez no recibían el apoyo que ellos esperaban, sí ayudaban a cubrir ciertas necesidades de los pacientes.

En general no se encontraron diferencias significativas en el índice de deterioro por variables tales como: el tipo de enfermedad, sexo, ocupación, escolaridad y estado civil, aunque sí se encontró una tendencia en los hombres a tener más deteriorada el área cognoscitiva. Habría que explorar más para saber qué variables están interactuando para que se dé esta diferencia de género.

En el segundo estudio se instrumentó una intervención basada en la solución de problemas para modificar los estilos de afrontamiento en una muestra de 20 pacientes. Aquí es importante considerar que no existen, en general, unos estilos de afrontamiento mejores que otros. Existen estilos de afrontamiento que resultan más adaptativos que otros ante diferentes situaciones. En este caso en particular se buscó disminuir el estilo de afrontamiento por evitación y el de

descarga emocional ya que, en la literatura de investigación, los reactivos que lo miden suelen relacionarse con conductas que perjudican la salud como: fumar, beber y comer más, ponerse triste o enojado, aislarse de la gente etc. Por el contrario los demás estilos de afrontamiento medidos a través de la Escala de Salud y Vida Cotidiana (Moos, 1984) están más relacionados con los intentos que hace el paciente para manejar el estrés y buscar o encontrar una solución al problema. En este contexto se observó que los pacientes aumentaron los puntajes de los estilos de afrontamiento deseables para los fines de esta intervención y que disminuyeron los no deseables.

Las medidas de pre test indicaron que los pacientes en general muestran puntajes acumulados más altos en el estilo de afrontamiento cognoscitivo activo, seguido del análisis lógico y la búsqueda de información. Esta muestra en particular no mostró puntajes elevados de afrontamiento de evitación ni descarga emocional. Después del tratamiento las áreas con mayor cambio fueron las de afrontamiento conductual activo, la de regulación afectiva y el afrontamiento por evitación. Aunque los pacientes alcanzaron los más altos puntajes acumulados después del tratamiento en el área de análisis lógico, afrontamiento cognoscitivo activo y búsqueda de información, se trata de las áreas que en un principio se mostraban más altas. Finalmente lo que se buscaba era que los pacientes ampliaran su repertorio para poder resolver problemas y parece ser que en principio, los pacientes modifican sus estilos de afrontamiento y tratan de emplear más conductas relacionadas con el análisis y la búsqueda de la solución del problema.

También es importante resaltar que el afrontamiento por evitación y la descarga emocional disminuyeron importantemente, en específico se encontraron que los problemas que los pacientes encontraban difícil manejar eran el control de consumo de alcohol y tabaco cuando intentaban "tomar las cosas con calma", así como el control de sus emociones. Una de las técnicas terapéuticas que

pareció resultar especialmente útil para el manejo de estas conductas fue la técnica de respiración diafragmática y relajación profunda. Aunque en la porción numérica de los datos no se puede apreciar claramente, los pacientes sólo disminuían drásticamente este tipo de conductas inmediatamente después de la enseñanza de estas técnicas. Aún los pacientes que no tenían problemas con este tipo de conductas refirieron sentirse mejor después de la enseñanza de las técnicas de respiración diafragmática y relajación autógena. Los pacientes también expresaron que el método de solución de problemas resultaba novedoso para ellos y que les permitía analizar con mayor claridad sus problemas para desarrollar un plan de acción para solucionarlos. Esto ocurrió tanto para situaciones relacionadas directamente con su enfermedad y su adherencia al tratamiento, como para problemas cotidianos con la familia, el trabajo, la economía, etc. Los pacientes informaron en sus relatos verbales estar más tranquilos y menos preocupados por sus problemas además de afirmar encontrarse en mejor estado de salud y más a gusto con su vida en general.

Los pacientes mostraron un índice de mayor deterioro en las áreas de Percepción de salud y bienestar y Relaciones interpersonales en el pre tratamiento. Este hallazgo concuerda parcialmente con el de Stewart, Berry, McGlynn & Ware (1989) en el sentido de que los pacientes con enfermedades crónicas presentan un peor funcionamiento tanto social como físico pero contrasta con los datos de la muestra de 118 pacientes del presente estudio donde el índice de mayor deterioro estuvo en el indicador de Estimación general de calidad de vida y el área de Funciones cognoscitivas.

Los porcentajes de ganancia más altos se registraron en las áreas en donde se detectó mayor deterioro, es decir, en la de Relaciones interpersonales y Percepción de salud y bienestar. El área menos beneficiada fue la de Funciones Cognoscitivas con 13.17%. A este respecto cabe mencionar que autores como Kazdin (1977) resaltan que los efectos de una intervención psicológicas no sólo

deben ser evaluados en términos de la probabilidad asociada a esos cambios sino además, por el impacto y los beneficios obtenidos en la vida de los pacientes. En la mayoría de los estudios que intentan evaluar una intervención se encuentra un cambio cercano al 10 % en las escalas y mediciones como evidencia de mejoría. En contraste, en el presente estudio se considera que porcentajes de cambio menores al 20 % reflejaron mejorías modestas. En ese sentido obtuvimos mejorías mayores al 20 % en las áreas de Relaciones interpersonales y Percepción de salud y bienestar, junto con mejorías modestas en la Estimación general de calidad vida y el área de Funciones Cognoscitivas.

Los resultados en su globalidad indican cambios clínica y estadísticamente significativos como efecto de la intervención. Sin embargo, aun falta explorar los resultados después de los seguimientos a los 3 y 6 meses. En el presente trabajo no se reportan los seguimientos aunque al momento de imprimirlo se encontraban en curso. Se espera que los pacientes mantengan los cambios obtenidos después del tratamiento. Es poco probable que estos hallazgos pudieran explicarse en función del simple paso de tiempo ya que todos fueron sometidos a la intervención a diferentes tiempos y se siguieron precauciones metodológicas como la condición inmediata y diferida para poder deslindar el efecto de diversas variables extrañas.

El presente estudio es parte de un proyecto en donde no sólo se evalúan las áreas de calidad de vida y los estilos de afrontamiento. También se evalúa la adherencia terapéutica, medidas de depresión, ansiedad, síntomas y otros indicadores de bienestar. Por lo que en todos los casos se llevó a cabo un registro de los autoregistros conductuales antes, durante y después del tratamiento. En algunos casos podría ser viable evaluar cómo las conductas se van modificando de acuerdo a la enseñanza de nuevas estrategias y técnicas dentro de la intervención (haciendo un análisis de componentes). Podría analizarse también

como los factores de calidad de vida, estilos de afrontamiento y características sociodemográficas repercuten en la adherencia terapéutica del paciente.

En el futuro se recomienda encontrar la forma de que participen pacientes que muestren un mayor deterioro de su calidad de vida y adherencia terapéutica, ya que, aunque es poco probable, el diseño mismo podría funcionar como filtro y seleccionar pacientes con cierto perfil. No conviene olvidar que el paciente debe de acceder a una entrevista y posteriormente tener la disposición y el tiempo para registrar sus conductas en el carnet, asistir a las sesiones y realizar las tareas que se le asignan. Todo esto hace pensar que los pacientes que logran "sobrevivir" a todos estos requerimientos son pacientes que tienen la disposición y la motivación para hacer algo por su salud. No obstante hay que recordar que usualmente un número de pacientes desertan durante tratamientos psicológicos. Analizar los factores por los que dejan su tratamiento añadiría evidencia de cuáles son las limitaciones de este tipo de intervenciones.

Adicionalmente se recomienda que en futuros estudios la inclusión más sistemática de medidas fisiológicas de glucosa y temperatura distal periférica. La primera para corroborar, específicamente en los pacientes diabéticos, que la intervención efectivamente está ayudando a mantener los niveles adecuados de glucosa como efecto de que presenten una mejor adherencia terapéutica. La segunda para verificar el estado de relajación del paciente y comprobar qué tan buen manejo tienen de esta técnica y como repercute en su manejo del estrés.

El presente trabajo es parte de los esfuerzos que se realizan para poder evaluar intervenciones eficaces que mejoren la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Finalmente el objetivo de este tipo de investigaciones es arrojar evidencia del potencial beneficio de aplicar estos protocolos en el ambiente hospitalario. En el futuro se esperaría desarrollar un

ambiente más interdisciplinario entre profesionales de todas las disciplinas relacionadas con la salud.

REFERENCIAS

Baer, D. M., Wolf, M. M. & Risley, T. R. (1968) Some current dimensions of Applied Behavior Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1 (1), 9-19.

Bensing, J., Schreurs, K. M. G., & de Ridder, D. (1996, September). *Adaptive tasks in chronic illness: The development of a patient-centered instrument*. Paper presented at the 10th Conference of the European Health Psychology Association, Dublin, Ireland.

Brannon, L. & Feist, J. (2000). *Health psychology. An Introduction to behavior and health* (4th. ed.) Stanford: Wadsworth/Thomson Learning.

Brotos, 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.

Caballo, V. E. & Anguiano, S. A. (2002). Estrés, estilos de personalidad y contratiempos cotidianos. En: Reynoso, L. & Seligson, I. (coords) *Psicología y salud*. UNAM. México.

Castro, V., Gómez, H., Negrete, J. & Tapia, R. (1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Pública Mex*, 38:438-447.

de Ridder, D. T. D., Schreurs, K. M. G., & Bensing, J. (1998). Adaptive tasks, coping and quality of life of chronically ill patients: The cases of Parkinson's disease and Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Health Psychology*, 3, 87 –101.

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.

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

Ganong, W. F. (2000) Fisiología Médica. Manual Moderno. 390-392.

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

Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual . En M. A. Simón (dir.). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Goode, W. y Hatt, P. (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.

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.

Guyton, A. C. & Hall, J.E. (1997) Tratado de Fisiología Médica. McGraw-Hill Interamericana. 1074-1076.

Iseminger, K. (1994). Philosophy as an underpinning for quality of life research. *Quality of Life Research*, 3, 81-82.

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

Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperana, 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.

Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (1991) *Helping people change*. New York: Pergamon Press.

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

Kaplan, R. M: (1985) Quality of life measurement. En J. A. Grau (ed.). *Calidad de vida: problemas en su investigación*. La Habana.

Kaps. P. & Kocmur, M. (1998). Depression in a patient with end-stage renal disease on hemodialysis. *Psychiatria Danubina*, 10(1), 3-8.

Katschnig, H. (1997). How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In: H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Eds.). *Quality of life in mental disorders* (pp. 3-15). New York: Wiley.

Kazdin, A. E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification*, 1, 427-452.

Kazdin, A. E. (1998) *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington, D. C.: American Psychological Association.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1991) Estrés y procesos cognitivos. Biblioteca de Psicología, Psiquitría y Salud.

Lazarus, R. the stress and coping paradigm. In C. Eisdorfer, D. Cohen, A. Kleinman, & P. Maxim (Eds.). *Theoretical bases for psychopathology*. New York: spectrum, 1981.

Levenson, J. & Glocheski, S. (1991). Psychological factors affecting end-stage renal disease: A review. *Psychosomatics*, 32(4), 382-389.

Lobato, M. (2002). Adherencia terapéutica y bienestar del paciente diabético: Medición y mejoramiento. Tesis licenciatura. Universidad Nacional Autónoma De México.

Mannunci, E., Ricca, V., Barciulli, E., DiBernardo, 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.

Martínez, S. (1998). Estrés y salud. En F. Palmer, F. y Breva, A. (dirs.), *Estrés de la adaptación a la enfermedad*. Valencia: Promolibro.

Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35, 807-817.

Moore, K., Burrows, G. & Hardy, K. (1997). Anxiety in chronic liver disease: Changes post transplantation. *Stress Medicine*, 13(1); 49-58.

Moos, R., & Billings, A. Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In: I. Goldberger & S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Macmillan. 1982.

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.

Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1984). The crisis of physical illness: An overview and conceptual approach. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with physical illness. 2: New perspectives* (pp. 3- 25). New York: Plenum.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D' Zurilla, T. J. (2000). Problem –solving skills training. En G. Fink (Ed.), *Enciclopedia of Stress* (Vol. 3; pp 252-256). New York: Academic Press.

Nezu, A. M.; Nezu, C. M., Deaner, S. L., & D' Zurilla, T. J. (1997). El estado de la cuestión en los enfoques de resolución de problema. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas. Estado de la cuestión y procesos psicoterapéuticos* (pp 171-179). Barcelona, Spain: Pados.

Nussbaum, M. C. & Amartya, S. (1993). *The quality of Life*, New York: Oxford University Press, Inc.

Pomerleau, O. & Brady, J. (1979). *Behavioral medicine: theory and practice*. Baltimore: Williams y Wilkins.

Riveros Rosas, A. (2002). *Calidad de vida en pacientes crónicos: un estudio en hipertensos*. Tesis licenciatura. Universidad Nacional Autónoma De México.

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.

Rodin, G. & Voshart, K. (1987). Depressive symptoms and functional impairment in the medically ill. *General Hospital Psychiatry*, 9(4), 251-258.

Roth, K., Lynn, J., Zhong, Z., Borum, M. & Dawson, N. V. (2000). Dying with end stage liver disease with cirrhosis: Insights from SUPPORT. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(5); 122-130.

Safren, S. (2001) Life Steps. A guide/protocol to increase therapeutic adherence. Massachusetts General Hospital & Harvard Medical School. Continuing Education workshop materials.

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. Pp 33-44.

Sánchez-Sosa, J. J. & Hernández-Guzmán, L. (1993). *Inventario de salud, estilos de vida y comportamiento (SEVIC)*. México: UNAM.

Sánchez-Sosa, J. J. & Riveros-Rosas, A. (2002). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México:UNAM.

Santos, S. J., Bohon, L. M. & Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Childhood, family relationships, marital and work conflict, and mental health distress in Mexican immigrants. *Journal of Community Psychology*, 26 (5), 491-508.

Seligson, N. (1992). *Líneas de investigación en enfermedades crónicas*. Proyecto de educación para la salud. UNAM, Campus Iztacala, México.

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.

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

Stewart, A., Berry, S. D., McGlynn, E. A. & Ware, J. E., Jr. (1989). Functional status and well being of patients with chronic conditions. *Journal of the American medical Association*, 262, 907 – 913.

Symister, P. & Friend, R. (1996). Quality of life and adjustment in renal disease: A health psychology perspective. In: Resnick, R. J. & Rozensky, R. H. (Ed). *Health psychology through the life span: Practice and research opportunities*. Washington, DC: American Psychological association.

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.

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

A N E X O S

Anexo 1

Inventario de:

Calidad de Vida y Salud

2001

34579 - H

Inventario de Calidad de Vida y Salud

Versiones adaptadas :

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

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

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

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

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

Versiones adaptadas de la estandarización de:

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

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

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

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

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

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

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

INSTRUCCIONES: Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste marcando la opción que mejor describa su situación relleno completamente el circulito correspondiente en la hoja de respuestas. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Contesto 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> <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) |
|--|-------|--|---|---|---|--|
| 0. 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

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

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

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

0 (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 2 semanas... | Nunca | Casi nunca (menos del 20% del tiempo) | Pocas veces (20 a 40% del tiempo) | A veces si, a veces no (40 a 60% del tiempo) | Frecuente-mente (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 ₅₈ |

| Durante las últimas <u>2</u> <u>semanas...</u> | Nunca | Casi nunca (menos del 20% del tiempo) | Pocas veces (20 a 40% del tiempo) | A veces si, a veces no (40 a 60% del tiempo) | 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 ₅₉ |
|---|---|---|---|---|---|-----------------|

| Durante las últimas 2 semanas... | Nunca | Casi nunca (menos del 20% del tiempo) | Pocas veces (20 a 40% del tiempo) | A veces si, a veces no (40 a 60% del tiempo) | Frecuente-mente (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 somnoliento(a) interfiere con mis actividades | a | b | c | d | e | f |
| 47. Estoy satisfecho(a) con mi dieta | a | b | c | d | e | f |
| 48. Disfruto la comida que antes me gustaba | a | b | c | d | e | f |
| 49. Me siento restringido(a) por mi peso | a | b | c | d | e | f |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| 50. Necesito la ayuda de los médicos que me atienden | a | b | c | d | e | f |
| 51. El trato que he recibido en el hospital ha lastimado mis sentimientos | a | b | c | d | e | f |
| 52. Estoy satisfecho(a) con la información que me ha dado el equipo médico de mi enfermedad | a | b | c | d | e | f |
| 53. Las cosas que me hacen para tratar mi enfermedad me duelen (procedimientos) | a | b | c | d | e | f |
| 54. Estoy satisfecho(a) con mi tratamiento actual | a | b | c | d | e | f |
| 55. Me fastidia tomar tantas medicinas | a | b | c | d | e | f |
| 56. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad | a | b | c | d | e | f |
| 57. Me siento activo y/o lleno(a) de energía | a | b | c | d | e | f |
| 58. Las molestias físicas me impiden hacer mis actividades | a | b | c | d | e | f ₆₁ |

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

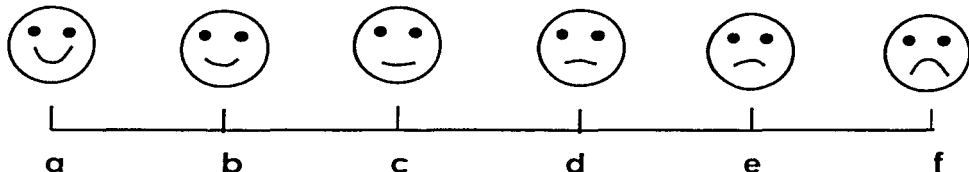
| Durante las últimas <u>2</u> semanas... | Nunca | Casi nunca (menos del 20% del tiempo) | Pocas veces (20 a 40% del tiempo) | A veces sí, a veces no (40 a 60% del tiempo) | Frecuentemente (60 a 80% del tiempo) | Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo) |
|--|-------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| 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 mí mismo(a) para vestirme o bañarme | a | b | c | d | e | f |

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

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

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

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



a
La Mejor
Calidad de Vida
Posible

f
La Peor
Calidad de
Vida Posible
Tan mala o peor que
estar muerto(a)

INSTRUCCIONES: La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste a todas las preguntas en su hoja de respuestas, relleno 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 Enequina 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 irrito más fácilmente que antes | Me siento irritado(a) todo el tiempo | Ya no me irrito 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

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 círculito correspondiente.***

| 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 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. Actúo precipitadamente | a | b | c | d | e | f |
| 134. Me digo cosas a mí | a | b | c | d | e | f |

| | | | | | | |
|--|-------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| mismo(a) para sentirme mejor | | | | | | |
| 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) | Frecuentemente (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

| | | | | | | |
|---|---------------------|--------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 140. Trato de relajarme o tomarlo con calma | a Bebiendo más | b Comiendo más | c Fumando más | d Haciendo más ejercicio | e Durmiend o más | f Hago otras cosas (anotar) |
| 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:

- Brotons, C; Ribera, A; Permanyer, G; Cascant, P; Moral, I; et al. (2000) Adaptación del Cuestionario de Calidad de Vida Post-Infarto MacNEW QLMI para su uso en la Población Española. Trabajo presentado en la III Conferencia Internacional de Psicología de la Salud, La Habana, Cuba, 27 de Noviembre al 1o de Diciembre del 2000.
- Fernández, J.A; Rancano I. y Hernández R. (1999) Propiedades Psicométricas de la Versión Española del Cuestionario PECVEC de Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos. *Psicothema*, 11:2, 293-330
- González-Puente, J.A. (2001) Evaluación y Mejoramiento de la Calidad de Vida en Pacientes Seropositivos al VIH-SIDA, Tesis de doctorado.
- Goodwin, D; Boggs, S. y Graham-Pole J. (1994) Development and Validation of the Pediatric Oncology Quality of Life Scale. *Psychological Assessment*, 6:4, 321-328
- Jurado, S; Villegas, E; Méndez, L; Rodríguez, F; Loperena, V. y Varela, R. (1998) La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21:3, 26-31
- Mannucci, E; Ricca, V; Barciulli, E; Di Bernardo, M; Travaglini, R; et al. (1999) Quality of Life and Overweight: The Obesity Related Well-Being (ORWELL 97) Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 24:3, 345-357
- Moos, R. H., Cronkite, R. C., Billings, A. G. & Finney, J. W. (1986). Health and Daily Living Form Manual. Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Science. Veterans Administration and Stanford University Medical Center, Palo Alto: California.
- Robles, R; Varela, R; Jurado, S. y Páez, F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. En prensa
- Vickrey, B.G; Hays, R.D; Marooni, R; Myers, L.W; et al. (1995) A Health-Related Quality of Life Measure for Multiple Sclerosis. *Quality of Life Research*, 4:3, 187-206

Anexo 2

PLAN TERAPÉUTICO

"PASOS VITALES":

CARNET DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Del _____ al _____

Exp. _____ No. _____

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____

Dx _____ Antigüedad _____

Teléfono _____

Recados _____

Médico _____

Terapeuta _____

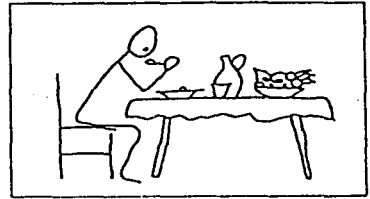
SU PRÓXIMA CITA

| Fecha | Hora | Observaciones |
|-------|------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |



TOMAR MEDICINA

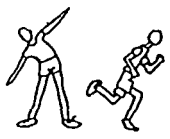
| Hora | Ejem- plo. | L | M | M | J | V | S | D |
|---------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| ☀️ mañana | | | | | | | | |
| ☀️ tarde | | | | | | | | |
| ☾ noche | | | | | | | | |
| ☾ madru- gada | | | | | | | | |



ALIMENTOS

Dieta Especial ()


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



| | | | |
|-----|-----|------|------|
| Lun | Mar | Mier | Juev |
| | | | |

| | | |
|------|-----|-----|
| Vier | Sab | Dom |
| | | |


EJERCICIO Tx:



| | | | |
|-----|-----|------|------|
| Lun | Mar | Mier | Juev |
| | | | |

| | | |
|------|-----|-----|
| Vier | Sab | Dom |
| | | |


DORMIR BIEN



| | | | |
|-----|-----|------|------|
| Lun | Mar | Mier | Juev |
| | | | |

| | | |
|------|-----|-----|
| Vier | Sab | Dom |
| | | |

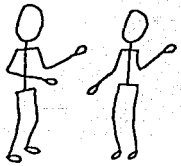
TRABAJO



| | | | |
|-----|-----|------|------|
| Lun | Mar | Mier | Juev |
| | | | |

| | | |
|------|-----|-----|
| Vier | Sab | Dom |
| | | |

ACTIVIDAD SEXUAL



| | | | |
|-----|-----|------|------|
| Lun | Mar | Mier | Juev |
| | | | |

| | | |
|------|-----|-----|
| Vier | Sab | Dom |
| | | |

ESTAR CON AMIGOS O CONOCIDOS 30 MINUTOS APROXIMADAMENTE O MÁS



CONDUCTAS DE RIESGO



| | | | |
|-----|-----|------|------|
| Lun | Mar | Mier | Juev |
| | | | |

| | | |
|------|-----|-----|
| Vier | Sab | Dom |
| | | |

DIVERSIÓN

| Conducta | L | M | M | J | V | S | D |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|
| Dulce | | | | | | | |
| Fumar | | | | | | | |
| Alcohol | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 _____

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

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

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

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

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

8. Señales adicionales

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

Los recordatorios o señales tienen diferentes propósitos:

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

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

Refiérase al principio, cuando le preguntó “¿qué piensa (o le pasa por la cabeza) cuando mira esta 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 suela tocar o usar justo antes de salir, etc.)

El paciente colocará las etiquetas-recordatorios en: _____

Otras señales que usará el paciente son: _____

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

9. Imaginación guiada para facilitar adherencia.

Ensayos del régimen medicamentoso

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

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

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

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

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

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

Introducción a la imaginación guiada

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

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

Ejercicio de imaginación guiada

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

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

Imaginación para uso de medicamentos

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

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

de agua, sacando la píldora del frasco o sobre y tomándosela en la mañana. Véase tomándola, sienta la textura o el sabor en la boca y tragándosela y en ese momento piense: “acabo de hacer algo para ayudarme a estar mejor” ó “mi salud va a mejorar por haber tomado esta dosis (pauta). 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 minutos 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

Anexo 6

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 SI / NO, POR QUÉ: _____

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD SI / NO POR QUÉ: _____

CARNET

| No. | ENTREGA | DEVOLUCIÓN | PERIODO | OBSERVACIONES |
|-----|---------|------------|---------|---------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |

FAMILIAR

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

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO

¿PARTICIPARÁN OTROS FAMILIARES? SI / NO

SI ES EL CASO:

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO

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: _____

ANEXO 8

Terapia basada en la solución de problemas

Solución de Problemas se define como el proceso autodirigido, cognitivo-conductual, por medio del cual la persona intenta identificar o descubrir formas efectivas para resolver situaciones problemáticas que enfrenta en el curso de su vida cotidiana. Esta actividad se lleva a cabo de manera consciente, esforzada y propositiva. Los problemas se definen en este contexto como situaciones existentes o anticipadas que requieran respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que la persona que las confronta no logra respuestas de afrontamiento efectivas debido a la presencia de ciertos obstáculos. Tales obstáculos pueden incluir ambigüedad, incertidumbre, demandas conflictivas, falta de recursos, o novedad. Los problemas podrían ser estresantes, si dificultan y son relevantes para el bienestar. Podrían ser sucesos individuales, o una serie de eventos relacionados, o situaciones crónicas. Las soluciones son cualquier respuesta de afrontamiento diseñada para abordar el problema, en tanto que las soluciones efectivas son aquellas respuestas de afrontamiento que no sólo alcanzan las metas de la solución de problemas, pero que simultáneamente también maximizan otras consecuencias positivas y minimizan efectos negativos. El estrés, dentro de este marco, se define en términos de las relaciones recíprocas entre eventos vitales negativos, problemas cotidianos, estados emocionales negativos y la habilidad para resolver problemas (Nezu, Nezu & D' Zurilla, 2000). Sus metas clínicas principales son:

- a) mejorar las habilidades generales de solución de problemas
- b) disminuir el sufrimiento emocional
- c) aumentar la auto-eficacia
- d) mejorar la calidad de vida

Las cinco áreas principales de solución de problemas son: orientación al problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones, instrumentación y verificación del problema.

Enseñanza de la Orientación al Problema

La enseñanza de este componente de la solución de problemas está dirigido a facilitar:

- a) creencias positivas de auto-eficiencia – la percepción de que las personas pueden mejorar su calidad de vida mediante el afrontamiento efectivo y la solución de problemas-
- b) creencias de que los problemas son inevitables – aceptar la noción de que es común y normal experimentar una amplia variedad de problemas-
- c) la habilidad para identificar con precisión cuando ocurren empleando las emociones como señales
- d) la habilidad para inhibir reacciones emocionales que pueden conducir a reacciones impulsivas o de evitación

Algunas técnicas que pueden ayudar a este propósitos son: la estrategia de juego de roles de argumentación reversa y la reestructuración cognoscitiva. Estas pueden ser útiles para que el paciente supere distorsiones específicas al procesar información, subyacentes a una orientación negativa al problema, tales como estilos atributivos, estimaciones negativas, distorsiones cognitivas y creencias irracionales (C. M. Nezu, Nezu, Deaner & Friedman, 1997)

Enseñanza de la Definición y Formulación de Problemas

Ésta se centra en los siguientes cinco aspectos específicos:

- a) recolectar la más información posibles sobre el problema
- b) usar un lenguaje claro
- c) separar hechos de suposiciones

- d) identificar los factores que convierten a la situación en problemática; y establecer metas de solución de problemas realistas

Enseñanza de Generación de Alternativas

Se fomenta el pensamiento de amplio espectro, creativo y flexible para las alternativas de solución de problemas. Los pacientes llevan a cabo una "tormenta de ideas", basándose en tres principios:

- 1) Principio de cantidad.- sugiere que entre más ideas genere una persona, mayor la probabilidad de que se encuentre, entre las enlistadas, las opciones efectivas y de alta calidad
- 2) Diferimiento de Juicios.- sugiere que la regla de cantidad se puede cumplir mejor si evita la persona emitir algún juicio acerca de la calidad o efectividad de una idea determinada hasta haber compilado una lista amplia.
- 3) Principio de Variedad.- anima a la persona a pensar en una amplia gama de soluciones posibles a través de diversas estrategias o clases de enfoques, en vez de centrarse en sólo una o dos ideas estrechas.

Enseñanza de la Toma de Decisiones

El paciente debe utilizar los siguientes criterios para conducir un análisis costo-beneficio:

- a) la probabilidad de que la solución alcance la meta definida
- b) la probabilidad de que la persona responsable de resolver el problema pueda realmente llevar a cabo óptimamente la solución
- c) las consecuencias personales y sociales
- d) los efectos a corto y a largo plazo

Las ideas calificadas como negativas se descartan en tanto que las asociadas con calificaciones positivas sirven como un banco del que el paciente desarrolla un plan general de acción que incluye una combinación de opciones de afrontamiento potencialmente efectivas. Después se discuten aspectos relativos al tiempo como;

¿cuándo es el momento óptimo para instrumentar el plan?, ¿qué tanto deberá esperarse para determinar si el plan funcionó?, etc. Deberán desarrollar ciertos planes de contingencia como parte del plan general, por ejemplo- "si no funciona el plan A, entonces se lleva a cabo el plan B".

Enseñanza de la Instrumentación e Implementación de Soluciones

Esta última tarea de solución de problemas conlleva primero la realización del plan de solución y la evaluación de las consecuencias del resultado real. Una vez que el plan esté en proceso, se promueve que el paciente vigile las consecuencias reales. Esto menudo entrafia el desarrollo de un sistema de datos sencillo que permite evaluar el resultado respecto a los cambios en el problema mismo, así como la reacción emocional ante el resultado. El empleo de esta información permite al paciente evaluar los resultados mediante la comparación entre el resultado real y sus predicciones acerca del resultado. Si éstos coinciden satisfactoriamente, se promueve que el paciente se administre auto-reforzamiento.

ANEXO 9

Ejercicio de Respiración Diafragmática

Prepare su ambiente y acomódese para reducir o no tener ninguna interrupción durante los próximos 7 minutos.

Siéntese cómodamente... con sus brazos y sus piernas extendidas, si lo considera necesario afloje su ropa (cinturón, corbata, etc.) (4" segs.)... Si lo prefiere cierre sus ojos o vea fijamente a un punto por arriba del nivel de sus ojos (10"). Va a empezar a relajarse a medida que avance, todos sus músculos comenzarán, a partir de sus pies, a aflojarse... hasta llegar a su cabeza (5"), después de unos segundos, enfoque su atención en su respiración (4"), respire dejando entrar el aire lenta y profundamente, de manera que pueda sentir cómo su estómago se va inflando (7"), aumentando de tamaño (10"), cuando deje salir aire hágalo que dure dos veces más que el tiempo que le tomó dejarlo entrar (6"), tome el aire entra (5"), fíjese en todo lo que sea posible acerca de su respiración, en sus músculos endurecidos, el sonido de aire y la sensación al entrar y salir, el movimiento o la inmovilidad de su pecho, alguna sensación de sequedad o más humedad en su nariz y otras cosas (7"), después de algunos ciclos de respiración lenta y profunda comience a fijar su atención en una palabra, en una frase, en una imagen o en un sabor o lo que usted prefiera, siempre cuando el aire vaya saliendo lentamente, palabras como: relajarse, aflojarse, estar con serenidad y tranquilidad pueden funcionar para estos fines (5"). Use únicamente una palabra o una imagen durante todo el ejercicio (7"), trate de ver la palabra o la imagen con el "ojo de la mente" o trate de escucharla con el "oído interno" (17"), algunas distracciones pueden estar presentes, pueden ser sonidos o voces o pensamientos de otros lugares y otros momentos use estos distractores como un recordatorio para seguir en su ejercicio y fijar su atención en su respiración lenta y profunda y en su palabra o imagen escogida (16"), algunas personas escogen la imagen y las sensaciones de un lugar cómodo, agradable, tranquilo y a medida que van

avanzado en el ejercicio el lugar va siendo más claro y más cercano, continúe haciendo lo mismo por unos segundos más (13"). Tómese su tiempo y empiece a abrir sus ojos, a mover su cuerpo, sus manos, sus pies y por último comente cómo se siente (7").

El ejercicio ha concluido

Domínguez, Olvera, Pérez, Valderrama y Cruz, 1998