

01921
45



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CRONICOS Y ADHERENCIA TERAPEUTICA :
UN ESTUDIO EXPLORATORIO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A

JANNETH CARBALLIDO VIEYRA

DIRECTOR DE TESIS

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

REVISOR : DRA. MARCIA MORALES FIGUEROLA

México D.F. 2003
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

El estudio objeto de la presente tesis fue posible gracias al subsidio 34579-H del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México y a apoyos Adicionales del Programa de Adherencia Terapéutica de la Dirección de Enfermedades no Transmisibles de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra



1
EXÁMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Janneth Carballeda

FECHA: 14-marzo-2003

FIRMA: J. Carballeda

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio no habría sido posible sin el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología proyecto 34579-H, la Jefatura del Servicio de Salud Mental del Hospital General de México O.D. dirigida por el Dr. Juan José Bustamente y a su Coordinación de Psicología del Hospital a Cargo de la Dra. Amalia Maza Aguirre Sandoval, la Unidad de Medicina Familiar 67 del IMSS bajo la dirección del Dr. Fernando Alcázar Lares.

Agradezco de manera muy especial a cada uno de los pacientes que participaron en el proyecto por aceptar, darnos su confianza, tiempo y empeño en esta investigación.

Hago una pausa para agradecer principalmente a mi "Maestro", el Dr. Juan José Sánchez Sosa por su innumerable apoyo, tiempo, paciencia, consejos proporcionados para la elaboración del presente trabajo; además, por su atención constante a mi formación como psicóloga (cognitivo- conductual) y por ende como persona, muchísimas gracias. Con gran admiración, respeto y cariño.

A mis sinodales: Mtro. Leonardo Reynoso, Mtro. Isaac Seligson, Dr. Samuel Jurado y Dra. Marcia Morales por su apoyo, comprensión y disposición para finalizar mi trabajo.

A la Dra. Lucy Reydl, la Dra Gilda Gómez, la Lic Alicia Velásquez por participar en apoyarme y guiarme. También, agradezco a las secretarias de Asuntos Escolares, Psicología Clínica y Estudios Profesionales.



A Lulú Monroy por su enorme asesoría estadística, supervisión, apoyo, tiempo, explicaciones y dedicatoria a finalizar una etapa del presente trabajo; con respeto, gracias.

A mi amigo Marco y a Irving de IMIFAP por la enorme guía para comenzar el análisis estadístico, su tiempo, comprensión y aguante. Con dedicatoria.

Al Sr. Xolalpa, la Sra. Rebeca y el Sr. Enrique por su enorme apoyo desde el inicio de este proyecto, su tiempo incluso a deshoras y participación en cada paso que se daba para que éste proceso concluyera, por ser parte del mismo. Muchas gracias.

A la futura Dra. Angélica por su inagotable apoyo en el proyecto en general y en mi tesis muy en particular, por su tiempo, consejos e indicaciones, soporte emocional y respuestas a mis múltiples cuestionamientos, con toda sinceridad no sé cómo agradecerlo.

A todo el equipo del "General" por el largo camino que llevamos, Jacqueline, Olga, Marlett, Itzel, Arturo y Ricardo por el trabajo realizado, su dedicación para con los pacientes, apoyo, preocupación, aguante, por hacer el ambiente agradable; espero tener el honor de seguir trabajando con ustedes.

A Rebe, mi guía "primero conductual y luego cognitiva", muchísimas gracias por darme la oportunidad, con tu comprensión y apoyo para concluir una meta de vida, por ser parte de mi desarrollo profesional y personal, por aceptar ser mi supervisora in situ. Todo un camino por recorrer.

A mis amigos y compañeros del mismo dolor, Claus y Gus por acompañarme durante este trabajo, su preocupación, observaciones y demás acontecimientos, por permitirme conocerlos; son una parte importante en mi vida y profesión.

A mis amigos y compañeros del cubo de Medicina Conductual: (espero mencionar a todos) Raquis, Raúl, Chava, Christian, Pollo, Laura, Gaby, Lety, Tere, Nancy, Betsa, Edith, Naara, Sol, Belen, Monica, Sonia, Luz y los recién llegados; por estar al pendiente, preocuparse, darme soporte; espero que esta aventura de pasar varias experiencias juntos se mantenga.

Quisiera agradecer y dedicar a mis seres queridos y significativos este largo trabajo, por eso un lugar especial, ya que eso son para mí. Por fin....

A mi Ami, por estar siempre e incondicionalmente conmigo en cada momento de mi vida, por educarme, enseñarme cuantiosas cosas importantes, por hacer mi vida interesante y emocionante, por entrenarme en defender mis ideales. Por estar y ser mi Ma.

A mi Api, por estar incondicionalmente conmigo en todo momento; por darme apoyo y soporte en momentos importantes, por acudir cuando te necesité, por ser mi guía y mi primer maestro, aún lo necesito.

Estas palabras no reflejan todo lo que significan para mí, pero seguramente no cabría en un solo espacio.

A mi hermana Liz, mi inspiración, por preguntarme, estar al tanto, aguantarme, por estar conmigo y ser participe de mi vida. Por ser una maestra de vida y una admirable artista. Con toda mi admiración y enorme cariño.

A mi hermano Jonny, mi ejemplo, por todas las mega experiencias que he pasado a tu lado, enseñanzas, observaciones, preocupaciones, por estar ahí. Espero que todos los proyectos que tengas se lleven a cabo Mtro. Con respeto y cariño p' mi hermano.

Al amor de mi vida, Ale, por estar en cada momento de esta grandiosa experiencia; por tu tiempo, inagotables desveladas, inagotable apoyo, porras, observaciones, por tu comprensión, por tu soporte emocional, por tu sinceridad. Por estar y convivir incluso en los momentos más difíciles. Je t'aime, Baby.

A mi familia Kashiwamoto, mi mejor amiga, hermana y confidente, Kashi, por el mega apoyo que he tenido de tu parte en todo momento sin condición alguna, por permitirme ser partícipe de tu vida, por ser parte de mi familia; a la Sra. Ma. Elena por preocuparse y bendecirme, muchas gracias por aceptarme en su casa, a Jorge y Giro sin su apoyo y comprensión no hubiera aprendido y pasado muchas experiencias.

A mi familia, Gina, mi luna, por ti peque, fue maravilloso el tiempo que pasamos juntas y a tus papás, siempre están en mis pensamientos.

A los Brother's por ser significativos, por acordarse de mí y estar presentes. No importa en donde. Turo, gracias por formar parte muy especial de lo que soy, gracias por apoyarme aún estando en contra de tus valores. Para toda la vida.

A mis amigas y equipo Bibiana y Lupita, por darme la oportunidad de aprender de ustedes y ser mis amigas; haber cuando... ,tenemos la oportunidad de estar otra vez juntas trabajando. Con cariño, gracias.

A todos mis demás amigos que se han preocupado en algún momento, no voy a hacer referencia por temor a no mencionarlos a todos, de la Maestría, de la Licenciatura, de Misiones, de Montañismo, Sonia, Sandra, Abi, Fer, David (s); gracias por ser parte de muchas experiencias y de mi vida.

RESUMEN

La Diabetes Mellitus en México, es una de las principales causas de morbi- mortalidad, con una prevalencia del 10.9% y en el Distrito Federal, ocupa un 64% de la población. Éste padecimiento crónico degenerativo afecta la calidad de vida de las personas que la padecen y de quien las rodea por sus complicaciones a largo plazo. La persona que padece Diabetes Mellitus, se ve forzada a realizar cambios en los hábitos de alimentación, actividad física y adaptarse a un tratamiento médico con la finalidad de obtener un control glucémico y reducir los síntomas. Por lo anterior, un tratamiento adecuado debe de estar dirigido a llevar a cabo una exhaustiva historia clínica con un examen físico cuidadoso y una valoración de laboratorio, un buen control metabólico para prevenir complicaciones y una educación para la salud para modificar el estilo de vida, mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes. Una parte importante para que un tratamiento resulte en mejoras para los pacientes es en gran medida el comportamiento de éste, por lo que el presente estudio tuvo tres propósitos: a) explorar las áreas de Calidad de Vida y Adherencia terapéutica afectadas por la evolución de la diabetes mellitus (DM) en pacientes comórbidos con hipertensión arterial, b) examinar los efectos de una intervención cognitivo-conductual en su mejoramiento y c) examinar si los cambios conductuales fluctúan con medidas fisiológicas tales como glucosa en sangre, peso, talla y presión arterial y con la percepción del paciente respecto a su salud, mediante un ensayo clínico aleatorizado en una muestra de 16 pacientes diabéticos del Hospital General de la Ciudad de México y la Unidad de Medicina Familiar No. 67 del IMSS. Se evaluó su calidad de vida a través del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), la adherencia terapéutica mediante un Sistema de Autoregistro Conductual, medidas de glucosa en sangre, peso y presión arterial y la validación social del paciente sobre el tratamiento psicológico. Se realizaron medidas pre y post- test encontrando mejoría significativa estadística y clínica en la mayoría de las áreas de calidad de vida y adherencia terapéutica para la mayoría de los pacientes.

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

ÍNDICE

Capítulo 1

Diabetes Mellitus	1
Definición y Clasificación	3
Síntomas	4
Complicaciones	4
Criterios de Diagnóstico	7
Diabetes Mellitus Tipo 1 y 2	8
Resistencia a la insulina	10
Historia Clínica	12
Examen Físico	13
Valoración de Laboratorio	14
Control Metabólico	15
Educación para la Salud	20
Alimentación	23
Ejercicio	25
Medicamentos	28

Capítulo 2

Adherencia Terapéutica	30
Definición e incidencia	36
Factores que afectan la adherencia	38
Procedimientos de evaluación en la adherencia	40
Variables Psicosociales que afectan el control metabólico	44

Capítulo 3	
Método	46
Participantes	46
Medición e instrumentación	47
Diseño	54
Intervención	55
Procedimiento	57
Resultados	60
Inventario de Calidad de Vida y Salud	61
Sistema de Autoregistro Conductual de	
Adherencia Terapéutica	64
Mediciones Fisiológicas y de laboratorio	67
Cuestionario de Validación Social	70
Discusión	75
Referencias Bibliográficas	81
Anexos	89

CAPÍTULO 1. DIABETES MELLITUS (DM)

Las tendencias epidemiológicas en México revelan que continúa aumentado la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, en comparación con las infecciosas. En este contexto la Diabetes Mellitus ocupa el 3er. Lugar de las principales causas de morbi-mortalidad (INEGI, 2001), afectando alrededor de 8% de la población mayor de 20 años (Lerman, 1998). Este padecimiento repercute en la calidad de vida del individuo y los suyos a causa de sus complicaciones a largo plazo. La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas en 1993 (Casanueva, 2001), reveló que presentan diabetes el 3% de los individuos menores de 34 años, 5% entre 35 a 40 años y 20% mayores a 55 años; y que el 33% de las personas diagnosticadas como diabéticos no tiene conocimiento de su enfermedad. Esta encuesta calculó un total del 8.2% en población mexicana y la Encuesta Nacional de Salud (ENASA, 2000, cit en INEGI, 2001) señala una prevalencia del 10.9%.

De continuar estas tendencias para el año 2025 se calcula que existirán aproximadamente 300 millones de personas con diabetes en el mundo (INEGI, 2001). En el Distrito Federal y área metropolitana de México la padecen 6.4% de la población y en el Instituto Mexicano del seguro Social, la diabetes es una de las principales causas de consulta. Por las cifras anteriores y el nivel de riesgo que entraña este padecimiento se trata de un serio problema de salud pública en México.

La diabetes puede aparecer en edades tempranas o avanzadas como resultado de varios factores. Entre los más frecuentes destaca un proceso de disminución de la sensibilidad a la acción de la insulina, por un proceso autoinmunitario relacionado con una predisposición genética, por pancreatitis, neoplasia pancreática o enfermedad pancreática fibrocalculosa. También puede precipitarse por trastornos endocrinos al aumentar las concentraciones de hormonas (contrarreguladoras) con acción opuesta a la de insulina, por desnutrición debido a déficit calórico-protéico, o por síndromes genéticos diversos.

El impacto del padecimiento en la calidad de vida del diabético suele ocurrir al verse forzado a realizar cambios en los hábitos de alimentación, en actividad física y en adaptarse a un tratamiento médico. El paciente necesita evitar ingestión excesiva de proteínas, lidiar con infecciones frecuentes de vías urinarias, usar calzado apropiado para evitar heridas, cuidarse cotidianamente los pies, asistir a consultas y tomar medicamentos, entre otras rutinas. Al padecimiento pueden añadirse complicaciones con riesgo adicional como hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias, ceguera, amputaciones, insuficiencia renal, neuropatía, etc.

En virtud de esta multi-factoriedad, el tratamiento del paciente diabético debe apoyarse en un equipo multidisciplinario que le dedique tiempo para revisiones minuciosas, educación, apoyo nutricional, y vigilancia de la glucemia, entre muchos otros aspectos de su salud y bienestar. El equipo de salud debe ofrecer alternativas terapéuticas,

fomentar hábitos que mejoren el control metabólico y eviten complicaciones; comprender las necesidades del paciente y de sus familiares y, sobre todo, facilitar la coincidencia en objetivos entre el paciente y el médico.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Se ha definido a la diabetes como un síndrome caracterizado por anomalías crónicas con alteraciones en los patrones metabólicos con hiperglucemia, e incremento del catabolismo de las proteínas y de las grasas (cetosis y acidosis), y con significativos cambios en tejidos, que producen micro y macroangiopatías (Martínez, 1988). Para la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Diabetes se trata de una elevación crónica de la concentración de glucosa en sangre, que suele acompañarse de síntomas (sed, poliuria, pérdida de peso y decaimiento), que puede llevar al coma y a la muerte en ausencia de tratamiento efectivo (1985).

Otras propuestas la definen como un síndrome clínico caracterizado por profundas alteraciones en el metabolismo intermedio que afecta proteínas, lípidos y carbohidratos, resultado de la secreción deficiente de insulina. Esta deficiencia puede ser absoluta (cuando la secreción de insulina es menor de lo normal) o relativa (cuando no se satisface el aumento en la demanda de insulina en condiciones en que la acción de la hormona está disminuida). Hay mecanismos patógenos que producen la diabetes por destrucción autoinmunitaria de las células beta del páncreas, por deficiencia absoluta de insulina, por resistencia

a su absorción o por deficiencia relativa (Lerman, 1998). Se trata, entonces, de una compleja situación con hiperglucemia con una peculiar susceptibilidad a padecer lesiones, principalmente: micro o macro angiopatías (aterogénesis e infarto, enfermedad macrovascular cerebral y periférica), con neuropatías probables en ambas.

El 1997 se hicieron ajustes en la clasificación de la diabetes según informe del Comité Internacional de Expertos para el Diagnóstico y Clasificación de la Diabetes Mellitus como sigue: I. Diabetes tipo 1, II. Diabetes tipo 2, III. Otros tipos específicos y IV. Diabetes mellitus gestacional.

SÍNTOMAS

La alta concentración de glucosa en la sangre es el principal factor que propicia síntomas como exceso de orina (poliuria), sensación anormal de sed (polidipsia), hambre exagerada (polifagia), visión borrosa, somnolencia, náuseas, disminución de la resistencia durante el ejercicio físico y pérdida de peso (Berkow, 1997).

COMPLICACIONES

Pueden ocurrir complicaciones agudas o tardías. Entre de las primeras se encuentra la cetoacidosis diabética con síntomas como: sed y micción excesiva, pérdida de peso, náuseas, vómitos, agotamiento, dolor abdominal, respiración rápida y aliento a quitaesmalte. La hiperglucemia causa los síntomas de la diabetes mal controlada:

poliuria, polidipsia, pérdida de peso, polifagia, visión borrosa. Entre las complicaciones a largo plazo se encuentran las siguientes:

- **Aterosclerosis acelerada:** por la escasa circulación de los vasos sanguíneos que se dañan y obstruyen impidiendo el paso normal de oxígeno produciendo insuficiencia cardíaca, gangrena en pies y manos, impotencia e infecciones.
- **Retinopatía diabética:** una visión disminuida al dañarse los vasos sanguíneos de la retina que puede provocar ceguera o derrame.
- **Insuficiencia renal.**
- **Complicaciones en los nervios:** los cuales se dañan por una inadecuada distribución de sangre. Se presentan de diferentes formas: mononeuropatía (debilidad en un brazo o pierna), polineuropatía (sensación de hormigueo o dolor ardiente y debilidad en brazos y piernas)
- **Úlceras:** ocasionadas por una mala circulación de sangre a la piel y pérdida de la sensibilidad.

PREVALENCIA DE COMPLICACIONES CRÓNICAS

La morbi- mortalidad por estas complicaciones es diferente en cada tipo de diabetes.

La prevalencia de proteinuria es decir de nefropatía es de 30% a 35% a los 30 años de evolución de la diabetes. La prevalencia de IRC terminal es diferente, sólo el 10% de diabéticos tipo II la desarrollan a los 35 años de enfermedad, mientras que casi el 25% de los diabéticos tipo I la desarrollan en ese mismo periodo de evolución. La prevalencia de macroangiopatía en la población de diabéticos tipo II es de un 50% mientras que en los diabéticos es de un 15%. El 81% de los diabéticos habitualmente fallece por complicaciones ateroescleróticas, destacando el 50% de cardiopatía isquémica.

El control del diabético tipo II entraña no sólo el control glucémico, sino factores de riesgo cardiovascular como la HTA y dislipemia. Así, es fundamental plantearse qué grado de control metabólico está indicado en este paciente ya que existen circunstancias que contraindican el estricto control metabólico tales como:

- 1.- Existencia de complicaciones crónicas: amputaciones, IRC, cardiopatía isquémica avanzada.
- 2.- Edad del paciente: expectativa de vida menor de 10- 15 años.
- 3.- Incapacidad de autocuidado del paciente: por su nivel intelectual al no distinguir una hipoglucemia.
- 4.- Existencia de otras enfermedades concomitantes con pronóstico vital corto (miocardiopatía).

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico se consideran los siguientes signos si se presenta en más de una ocasión:

- 1.- Síntomas característicos de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) con concentración plasmática de 200 mg/dl (11.1 mmol/L) en cualquier momento del día**
- 2.- Concentración plasmática de glucosa en ayunas de 126 mg/ dl (7 mmol/L), ausencia de ingreso de calorías durante las últimas 8 hrs.**
- 3.- Valor de glucosa plasmática de 200 mg/dl (11.1 mmol/L) 2 hrs después de administrar por vía oral una carga de 75 g de glucosa.**
- 4.- Glucemia basal igual o superior a 140 mg/dl en 2 o más ocasiones.**
- 5.- Glucemia a las 2 horas de sobrecarga oral con 75 grs. De glucosa entre 140 y 200 mg/dl en dos o más ocasiones, en presencia de sobrepeso.**

Tomando como base la concentración plasmática de glucosa en ayunas se pueden clasificar tres categorías o fases evolutivas:

- 1) Glucosa en ayunas normal con una concentración plasmática de glucosa menor de 110 mg/dl (normoglucesmia).**

2) Anormalidad en la glucemia en ayunas con una concentración plasmática de glucosa 110 mg/dl pero menor de 126 mg/dl (hiperglucemia).

3) Diabetes mellitus con concentración plasmática de glucosa en ayunas de 126 mg/dl en donde puede no requerir insulina, necesitar insulina para lograr un buen control glucémico o necesitar insulina de manera indispensable para la sobre vivencia del individuo.

También a partir de la glucemia plasmática con 2 hrs de una curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) se diferencian tres categorías:

1) Tolerancia normal a la glucosa con una concentración plasmática poscarga menor de 140 mg/dl.

2) Anormalidad de la tolerancia a la glucosa (intolerancia a la glucosa) con una concentración plasmática 140 mg/dl pero menor de 200 mg/dl.

3) Diabetes mellitus con una concentración plasmática de glucosa (de 200 mg/dl.

LA DIABETES MELLITUS TIPO 1 O INSULINO- DEPENDIENTE (DMID)

Es la menos común, suele diagnosticarse en la infancia o adolescencia presentando síntomas y signos de manera brusca. Este tipo de

diabetes se debe a la falta de insulina endógena y una tendencia a la cetosis al faltar la insulina exógena.

Patogenia

Suele incluir un proceso autoinmunitario que destruye las células beta del páncreas y reduce la reserva de insulina produciendo insulinitis. En la etapa preclínica (inicio de la insulinitis hasta los primeros síntomas), esta destrucción autoinmunitaria puede tener períodos de actividad y de remisión temporal.

LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 O NO INSULINO- DEPENDIENTE (DMNID)

Es la más común en personas adultas, con personas con dislipidemias (falta de lípidos), antecedentes familiares, etc. Aproximadamente uno de cada cuatro personas mayores de 50 años y un 5% de jóvenes entre 35 y 45 años tiene diabetes. Se calcula que de un 30% a 40% de las personas que la padecen, no saben que son diabéticos porque no se han realizado algún estudio de glucosa en sangre a pesar de haber presentado algunos síntomas como: boca más seca, orinar con mayor frecuencia, visión algo borrosa, dificultad para aumentar de peso, comer en exceso, o padecer infecciones vaginales recurrentes, entre otros.

Patogenia

El páncreas no puede mantener la producción adecuada de insulina ante una demanda por la disminución de actividad biológica de la hormona; esta disminución afecta el metabolismo de la glucosa y lípidos en tejido muscular, hepático y adiposo como consecuencia de la resistencia a la insulina debida a factores como obesidad, inactividad física, embarazo y edad avanzada.

RESISTENCIA A LA INSULINA

Las funciones de la insulina incluyen: permitir la entrada de glucosa a las células, regular las vías metabólicas al inhibir la degradación de proteínas, permitir su síntesis, estimular la acumulación de grasa en el adipocito e inhibir su degradación, entre otras.

Existen diversas causas de resistencia a la insulina, tales como las variantes anormales de ésta, la utilización de ácidos grasos generando acetil-CoA y citrato que reduce la glucólisis y la oxidación de la glucosa; hormonas contrareguladoras (catecolaminas, glucagón, cortisol), anticuerpos antiinsulina, etc. El principal órgano que influye en la sensibilidad de acción de la insulina es el músculo estriado que capta el 80% de la glucosa

MÉTODOS PARA ESTIMAR LA SENSIBILIDAD A LA INSULINA

Este método Clamp o Pinza Metabólica Euglucémica mide la resistencia a la insulina al administrar insulina en una concentración de 100 g/ml; luego se administra por vía intravenosa una cantidad de glucosa de 80 a 90 mg/dl para mantener la normoglucemia. Si se obtiene un nivel <150 mg/m2/min de glucosa exógena, se considera que existe resistencia a la insulina. Existen otros métodos como la prueba de sensibilidad a la insulina endovenosa o modelo mínimo, la concentración de insulina en ayunas que debe ser menos a 6 U/ml de insulina para ser resistente. Dos medidas disminuyen la resistencia a la insulina incluyen hacer ejercicio y bajar de peso.

Martínez (1988) propone algunos Objetivos del Tratamiento en la Diabetes Mellitus:

- 1.- Evitar los síntomas de hiperglucemia manteniendo cifras de glucemia inferiores a 200 mg/dl que viene a ser el "dintel" renal de glucosa.**
- 2.- Evitar hipoglucemias frecuentes: cuanto más estricto sea el control del diabético la posibilidad de hipoglucemia es mayor. El tener alguna hipoglucemia esporádica va a ser una de las "complicaciones" del buen control metabólico.**

3.- Conseguir y mantener la normalización metabólica: la normalización metabólica no consiste sólo en la normalización glucémica pues se busca también un metabolismo lipídico normalizado.

4.- Prevenir la aparición de complicaciones crónicas y controlar otros factores de riesgo cardiovascular.

5.- Mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes.

Otros enfoques (Lerman, 1998; Casanueva, 2001) proponen que el tratamiento adecuado debe estar dirigido a mejorar los síntomas, evitar las consecuencias graves a corto plazo de un control deficiente y mantener corregido el desequilibrio metabólico, es decir, mantener normales los niveles de glucosa en plasma la hemoglobina glucosilada y los niveles de lípidos (colesterol y triglicéridos).

HISTORIA CLINICA

El tratamiento adecuado comienza con una adecuada historia clínica del paciente y su valoración de laboratorio, seguido por buen control metabólico, educación del padecimiento, adecuado control de medicamentos y un plan de alimentación y ejercicio.

En la Historia Clínica es conveniente evaluar los síntomas que se presentan (poliuria, polidipsia, polifagia, visión borrosa, astenia -alta o pérdida de fuerza-, debilidad- ataque al estado general-, nicturia -emisión de orina más frecuente durante la noche-, etc.), el tiempo de

evolución, condiciones de diagnóstico, número de hospitalizaciones y urgencias (hiperglucemia, hipoglucemia, etc.), datos de alguna complicación diabética como: neuropatía periférica (sensación de ardor en plantas de los pies) o autonómica (diarrea, constipación), enfermedad macrovascular (angina de pecho), nefropatía diabética (edemas y disminución de volúmenes urinarios), enfermedad ocular diabética (visión borrosa, disminución de la agudeza visual) y disfunción sexual (impotencia, eyaculación retrógrada), antecedentes heredofamiliares y una historia completa de uso de medicamentos (Lerman, 1998).

EXÁMEN FÍSICO

En el Examen Físico, es importante tomar en cuenta los signos vitales, el peso, la talla, el índice de masa corporal, el porcentaje de grasa corporal y el índice cintura- cadera; una exploración ocular para detectar de manera oportuna de retinopatía diabética, un examen minucioso de la boca para identificar alguna alteración que pudiera influir en el control metabólico como las caries y abscesos; un examen cardiovascular detallado (pulsos) con la finalidad de buscar soplos o indicios de aterosclerosis y toma de presión arterial para prevenir la neuropatía autonómica. También es indispensable la exploración pulmonar y abdominal para detectar hepatomegalia (aumento de tamaño del hígado por alguna enfermedad o infección); un estudio neurológico para verificar que no estén afectadas las funciones motoras, sensitivas y de equilibrio y un examen cuidadoso del pie para

detectar úlceras, cambios en la coloración, temperatura de los pies, grado de resequedad y sensibilidad.

Para Prevenir Complicaciones, se proponen algunos controles específicos:

- Consultas trimestrales en donde se comentarán los problemas que se hayan presentado en relación al control: frecuencia de hipoglucemias, comprensión del paciente en el manejo de la insulina y equivalencias de la dieta, su adaptación a situaciones no usuales; se pueden hacer tomas de sangre y una exploración clínica elemental.

- Consultas anuales para una revisión completa que incluya: 1) interrogatorio completo del paciente en la búsqueda de síntomas que puedan delatar complicaciones incipientes, 2) exploración física completa (circulación, reflejos, sensibilidad superficial y profunda), 3) exploración del fondo de ojo (detección de retinopatía), 4) análisis generales en lípidos (colesterol) y función renal.

VALORACIÓN DE LABORATORIO

En la valoración de laboratorio según la Asociación Americana de Diabetes, es importante realizar una glucemia en ayunas, una hemoglobina glucosilada, un perfil completo de lípidos, creatinina sérica, un examen general de orina, una microalbuminuria después de 5 años de diabetes sus niveles normales son >300 , un urocultivo y un electrocardiograma; sin embargo también se recomienda una medición

de colesterol y pruebas de función tiroidea basal (tiroxina y hormona estimulante de la tiroides).

CONTROL METABÓLICO

Como se mencionó anteriormente, es esencial en un tratamiento el mantener un buen control metabólico para prevenir las complicaciones agudas y crónicas. Un estudio realizado en Wisconsin, sobre retinopatía diabética reveló una estrecha relación entre niveles de hemoglobina glucosilada y la gravedad de retinopatía. Por cada incremento del 2% en nivel de hemoglobina glucosilada, la frecuencia de retinopatía aumentó el doble, es decir, aumenta conforme el control metabólico empeora y sólo pueden reestablecerse los niveles normales de hemoglobina glucosilada mediante un trasplante de páncreas.

En otros estudios prospectivos en Europa (Lerman, 1998) se ha comparado el efecto de un tratamiento intensivo y un tratamiento convencional en las diferentes complicaciones de la diabetes. El control intensivo resulta benéfico a los dos y cinco años para prevenir el avance de retinopatía, de nefropatía después de dos años, de neuropatía en pruebas electrofisiológicas y en pacientes con etapas avanzadas, la mejoría del control no afectó la función renal. En otro estudio prospectivo en Inglaterra (1993), en Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) con un seguimiento de 1,400 pacientes tipo 1 en 9 años con tratamiento intensivo redujo la incidencia de retinopatía en 27%, la nefropatía en 56% y la neuropatía en 42% en comparación con los de tratamiento convencional.

El control glucémico y control metabólico se utilizan para vigilar y regular los índices bioquímicos de glucosa en plasma, hemoglobina glucosilada, colesterol y triglicéridos; por lo que un control de la diabetes significa que el paciente tiene un equilibrio metabólico. Se le instruye y adiestra para mantener un equilibrio, corrige los factores de riesgo (tabaquismo, obesidad, etc), previene las complicaciones y lleva una dieta y ejercicio adecuados. Además, realiza registros de control ambulatorio (el propio paciente mediante glucómetros) y por el médico con mediciones trimestrales de hemoglobina glucosilada en laboratorio.

La OMS y la Federación Internacional frente a la Diabetes en 1989 en la "Declaración de San Vicente" hacen énfasis en la prevención de las complicaciones, en que cada diabético aplique un menú individualizado, estableciendo como objetivos generales la promoción de la salud, con estilos de vida higiénicos y la prevención apropiada de las complicaciones. El tratamiento se puede establecer mediante una serie de patrones establecidos, pero individualizados para cada paciente.

CONTROL DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II

Los fines que se persiguen al intentar conseguir un correcto control metabólico en este diabético son: 1) evitar las complicaciones agudas que en la Diabetes Mellitus II (DMIND) como el coma o la situación hiperosmolar y 2) evitar o retrasar la aparición de las

complicaciones crónicas microangiopáticas (retinopatía y nefropatía diabéticas), macroangiopáticas (cardiopatía isquémica, aterosclerosis cerebral y afectación de las arterias periféricas en forma de isquemia) y la neuropatía diabética en sus diferentes formas.

CONTROL DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO I

En la diabetes mellitus tipo I sí se ha demostrado que el buen control metabólico puede retrasar la aparición de complicaciones tardías. En los resultados del DCCT (Estudio de Control y Complicaciones de la Diabetes) publicado en 1993, en los pacientes que recibieron terapias glucosiladas menores, había una reducción de riesgo tanto en la prevención primaria con la aparición de complicaciones nuevas como en la prevención secundaria. La macroangiopatía diabética disminuyó en el grupo con terapia intensiva pero esta reducción no fue estadísticamente significativa. Este estudio demostró de forma contundente que el buen control metabólico retrasa la aparición de complicaciones metadiabéticas y demostró que cualquier reducción de la Hb glicosilada redundaba en una reducción del riesgo de complicaciones.

Parámetros Bioquímicos de control

1.- Métodos de elección:

*** Curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG).- evalúa la existencia de Diabetes en etapas tempranas, se deben de llevar a cabo algunos requisitos:**

- Debe realizarse por la mañana y después de tres días sin restricción de actividad física o de dieta
- Un ayuno mayor a 10hrs y menor a 16hrs
- El paciente permanece sentado y sin fumar en el transcurso de la evaluación
- Debe evitarse estrés físico o emocional antes y durante la prueba
- Deben suspenderse medicamentos que puedan modificar la tolerancia a la glucosa
- Debe ingerir una carga de glucosa de 75 g disuelta en agua
- Deben obtenerse muestras en ayuno y 2hs después de tiempo cero (momento del primer trago)

* Hemoglobina glucosilada (HbA1c): que depende de los valores de la glicemia en los últimos dos meses, en personas normales tiene la HbA1c de un 4 a 7% y en diabéticos tienen valores superiores a 8%. Se puede alterar estos valores independientemente de la HbA1c por la ingesta de aspirina, antibióticos (penicilina) ingesta de alcohol excesiva, etc; se recomienda realizarla cada tres o cuatro meses.

* Glucemia capilar. Es el mejor método de autoanálisis. Se realiza con reflectómetros de los que actualmente existen multitud en el mercado. En general todos los existentes son fiables presentando buena correlación con la glucemia plasmática. El autoanálisis está indicado en pacientes tratados con insulina. Cetonuria: aunque la diabetes mellitus tipo II no existe tendencia a la cetosis debido a que el déficit de insulina es relativo, en ciertas situaciones como infecciones graves en las que aumentan los requerimientos insulínicos, puede existir

lipólisis y por tanto cetonuria. En los diabéticos tipo II estaría indicado realizar determinación de cetonuria en caso de descompensación grave. Se determinan cuerpos cetónicos en orina, adecuada para pacientes de tipo 1; éste debe medirse durante enfermedad aguda, estrés, embarazo, hipoglucemia persistente y baja de peso o al presentar náusea, vómito, diarrea y dolor abdominal.

2.- Otros Métodos:

* **Glucosuria:** está prácticamente desechada pues es un parámetro indirecto de la glucemia plasmática. Estaría indicada en aquellos pacientes en que el control metabólico estricto no es necesario, con pacientes de edad avanzada o con pacientes que no aceptan realizarse pruebas en sangre capilar; es un método barato que determina cualitativamente la existencia de glucosa en orina en un período de 24 horas.

* **Albuminuria:** predice insuficiencia renal, uremia e incluso la posible muerte del paciente diabético, es utilizada como parte de la vigilancia ambulatoria de la diabetes.

* **Fructosamina:** depende de las glucemias en las dos últimas semanas de 14- 17 días. Los valores normales son 2.11 mM; en los diabéticos > 3.44mM.

* **El péptico C,** depende de la capacidad secretora de las células beta, los diabéticos que responden a los tratamientos orales, tienen una

elevación a los niveles de péptico C. También se tendrán en cuenta los criterios de Intolerancia a la glucosa con glucemia basal de 140 mg/dl y glucemia 140- 200 Mm/dl dos horas después de sobrecarga de 75gr de glucosa.

Criterios de Control Metabólico

El Consejo Europeo (European NIDDM Policy Group) mostró unos criterios de control donde la glucemia en ayunas con un rango bueno es de 80-110 Mg/dl y 4.4- 6.1 Mmol/l; buena de < 140 Mg/dl y <7.8 Mmol/l y un rango deficiente >140 Mg/dl y <7.8Mmol/l; la glucemia posprandial de 80- 145 Mg/dl y 4.4- 8.0 Mmol/d como buena, aceptable < 18' Mmol/l y < 10.0 Mmol/l, deficiente con > 180 Mg/dl y > 10.0 Mmol/l. La Presión Arterial buena tiene un parámetro de $\geq 140/90$, aceptable < 160/90 y deficiente > 160/90.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Otro pilar importante de un tratamiento es la educación, es decir, el proporcionar de manera completa información y llevar a cabo acciones para modificar el estilo de vida. Este tratamiento de educación de las personas con diabetes, comenzó en los ochenta con Joslin y Etzwiller en Estados Unidos y Europa, en 1990, Sharon A. Brown (cit. en Lerman, 1998) llevó a cabo un metaanálisis de 82 intervenciones educativas publicadas en la bibliografía médica y sus resultados en adultos con diabetes, demostrando que el impacto de la educación en

las personas con diabetes provoca una mejoría importante en un mejor control de la enfermedad y prolongar una mejor calidad de vida.

Por lo anterior, la OMS define la Educación en diabetes como una actividad planeada de enseñanza- aprendizaje que mediante el uso combinado de diferentes métodos pedagógicos, se transmite información que le permita al educando realizar cambios de conducta y modificación de su estilo de vida, útiles para mejorar el control de su enfermedad.

Este programa educativo, debe seguir algunos pasos según Knowles (cit. en Lerman, 1998): 1.- Establecer una atmósfera y un clima apropiado para el aprendizaje (físico y psicológico), 2.- Investigar las necesidades e intereses de aprendizaje de los pacientes, 3.- Definir los propósitos y los objetivos, 4.- Desarrollar un programa de enseñanza adecuado, 5.- Proporcionar actividades de aprendizaje y 6.- Evaluar los resultados del proceso educativo. Además, debe estar dirigido a cumplir los objetivos que a continuación se enumeran: 1) Ayudar al paciente a aceptar el diagnóstico, 2) Ayudarlo a entender la diabetes, su tratamiento, sus posibles complicaciones y su cuidado cotidiano y 3) Tratar de motivarlo de manera continua para que haga frente a su enfermedad.

Sin embargo, es importante evaluar el programa educativo en diferentes áreas: cognitiva (cuánto conocimiento adquirió el paciente y cómo ha desarrollado convicciones funcionales), la afectiva (qué actitud desarrolló la persona en relación con su estado de salud), la

instrumental u operante (habilidades y destrezas adquiridas) y el control metabólico de la enfermedad (estado actual de salud).

Algunos expertos como Matyniuk (Lerman, 1998) propone tres aspectos de evaluación de los cambios en el estado de salud de los pacientes:

- 1) la medida que incluye los indicadores que se utilizan para cuantificar el fenómeno estudiado y mide lo que sucede (peso corporal, nivel de lípidos, hemoglobina glucosilada, entre otros),**
- 2) la vigilancia al estudiar los indicadores y su evolución en función del tiempo para inferir si el paciente mejoró o empeoró y**
- 3) el manejo de los resultados para observar cómo la información permite tomar decisiones para actuar.**

Este manejo de resultados debe valorar lo siguiente:

- a.- Resultados específicos de la enfermedad: cómo mejoraron los niveles de glucohemoglobina o cómo se redujeron el número de episodios de hipoglucemia.**
- b.- Resultados generales de salud: si hubo mejoría en la sensación de bienestar general, en la calidad de vida y en la habilidad para desempeñarse en todos los sentidos.**
- c.- Resultados de exámenes de conocimientos y de habilidades y destrezas: el nivel de conocimientos de la enfermedad se relacione con el control de la misma.**

d.- Resultados de satisfacción personal: si los pacientes están satisfechos con su desempeño seguirán aprendiendo e intensificando acciones para controlar la diabetes.

ALIMENTACIÓN

"Los efectos de la alimentación y del estilo de vida en general tardan décadas en manifestarse; por ello, es difícil convencer a la población de la importancia de adoptar medidas preventivas tempranas. Entre éstas, la alimentación y la actividad física constante desempeñan un papel muy importante, ya sea para prevenir, aminorar o retardar la evolución de las enfermedades crónicas que deterioran la calidad de vida y conducen a una muerte prematura" (Casanueva, 2001)

El objetivo principal de un Plan Sano de Alimentación para toda la familia (Lerman, 1998) es prevenir mediante la selección de alimentos saludables (más carbohidratos, fibra, menos grasa, sal y azúcares, suficientes verduras, frutas, cereales y semillas con alto contenido de harinas) la aparición de algunas complicaciones como: obesidad, intolerancia a la glucosa, hipertensión arterial, entre otros, además de mejorar los hábitos de vida para evitar el abuso en consumo de tabaco y alcohol y, mantener las cifras de peso corporal adecuado saludable (Casanueva, 2001), talla, glucemia y presión arterial en lo normal.

El peso corporal disminuye la resistencia a la insulina incrementando así la utilización de glucosa a nivel periférico, disminuye la producción

de glucosa a nivel hepático y por lo tanto mejora la secreción de insulina.

Con la finalidad de llevar de manera adecuada la alimentación, la Asociación Americana de Diabetes y la Asociación Americana Dietética diseñaron un sistema de intercambio o equivalentes de alimentos que contengan carbohidratos, proteínas y grasas por ración. Es importante tomar en cuenta algunas recomendaciones:

- Azúcares naturales: edulcorantes nutritivos o calóricos que incluyen la dextrosa, fructosa, jarabe de maíz, jugo de frutas, miel de abeja, lactosa y sacarosa. Se recomienda ingerir menos de 4 kcal/g.
- Edulcorantes artificiales: endulzantes no nutritivos o no calóricos que incluyen: sacarina, aspartame entre otros que contienen menos calorías.
- Alimentos dietéticos: utiliza azúcares naturales de mayor poder endulzante que la sacarosa con menor contenido de grasa; dentro de este rubro están los alimentos libres con menos de 20 kcal/porción que son: consomés, aguas frescas de limón y jamaica con edulcorantes artificiales, refrescos de dieta, saborizantes, condimentos, aderezos, gomas de mascar y el vino de mesa.
- Fibra: se recomienda de 30 a 40 g/día para facilitar la digestión comiendo alguno de los siguientes alimentos: ensaladas verdes, verdura cocida, cítricos con gajo, cereales enteros, leguminosas. Es

importante no exceder la cantidad de fibra para no presentar otros síntomas como distensión abdominal, cólicos y diarrea entre otros.

- Colaciones o refrigerios: pequeñas porciones de fruta, pan o leche semidescremada que contienen carbohidratos, proteínas y grasas con valor de 130 kcal recomendadas en media mañana, media tarde y al acostarse.

- Alcohol: proporciona 7 kcal/g, su exceso produce hipoglucemia, retarda su recuperación al inhibir producción de glucosa a nivel hepático por lo que no es recomendable tomar alcohol o bien tomar una o dos bebidas de 1 a 2 veces por semana con alimentos.

EJERCICIO Y DIABETES

El ejercicio determina la rápida absorción de la insulina de los sitios de inyección y potencia su acción por lo tanto, requiere aporte calórico extra antes, durante o después por el agotamiento de glucógeno muscular; éste es sólo uno de los beneficios del ejercicio para personas con diabetes mellitus ya que existen otros como:

- * Disminución de la concentración de glucosa durante el ejercicio y después de éste
- * Disminución en la concentración basal y posprandial de insulina
- * Disminución de la hemoglobina glucosilada
- * Mejoría en la sensibilidad a la insulina

- * Mejoría en la concentración de los lípidos plasmáticos al disminuir los triglicéridos totales, el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y aumentar el colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL)
- * Aumenta el gasto de energía al reducir el peso, al disminuir el tejido adiposo y mantener la masa corporal
- * Mejoría en la presión arterial
- * Mejoría en el acondicionamiento cardiovascular
- * Aumento de la fuerza y flexibilidad muscular
- * Mejoría en la sensación de bienestar y la calidad de vida

El efecto que el ejercicio agudo tiene en pacientes bien controlados con niveles suficientes de insulina es que el músculo capta glucosa de la circulación, los cuerpos cetónicos y los ácidos grasos libres aumentan y el glucagón y las demás hormonas de contrarregulación se mantienen más o menos normales. El resultado es una progresiva disminución de la glucosa sanguínea sin alteraciones importantes en otros parámetros.

El efecto que el ejercicio agudo tiene en los pacientes mal controlados se refleja en la glucemia al ser excesivamente alta y hay cantidades significativas de cuerpos cetónicos en plasma; la actividad física aguda tiene efectos diferentes del caso anterior. Los cuerpos cetónicos y los ácidos grasos libres aumentan rápidamente en la circulación, las hormonas contrarreguladoras se incrementan igualmente, el hígado acelera la gluconeogénesis y el músculo no es capaz de retirar glucosa de la circulación para su consumo. La consecuencia es que la glucemia no desciende y sigue en aumento.

Es de vital importancia conocer algunos riesgos al realizar ejercicio: no es conveniente realizar ejercicio extenuante o levantamiento de pesas si se padece retinopatía diabética proliferante para evitar una hemorragia en el ojo; es importante una alimentación y una intensidad de ejercicio adecuados para evitar hipo o hiperglucemia; el daño renal puede incrementarse con el incremento de proteinuria en pacientes con nefropatía autonómica por deshidratación. Sin embargo, estos riesgos pueden prevenirse o reducirse al realizar una valoración antes del ejercicio (oftalmológico, neurológico, cardiovascular), llevar a cabo una revisión de los pies al terminar el ejercicio para verificar si se presenta alguna herida, seguir un programa de ejercicio con intensidad del 50 al 70% de la capacidad de cada individuo realizando ejercicio aeróbico (caminata, natación, bicicleta estática, baile, aeróbica, danza, entre otros) durante 20 a 40 minutos con una frecuencia mínima de 3 veces por semana y, con un período de calentamiento y enfriamiento inicial para evitar lesiones.

Para poder llevar de manera adecuada y facilitar el ejercicio al paciente; se propone que se elijan varios tipos de actividades que sean de su agrado, un horario que no afecte las actividades diarias y un lugar cerca del hogar para practicarlo; además, establecer metas a corto y largo plazo que sean realistas para ir incrementando poco a poco la intensidad del ejercicio, si es posible que se realice en compañía para sentirse apoyado y se cumplan los objetivos y, finalmente evaluar el progreso que se tiene en determinado período.

MEDICAMENTOS Y DIABETES

La Asociación Americana de Diabetes, la Asociación Latinoamericana de Diabetes y el Grupo Europeo de Políticas de Tratamiento en Diabetes Mellitus Tipo 2 proponen metas generales para el control glucémico tomando en cuenta características propias del paciente (edad, peso, riesgo de hipoglucemia, enfermedades concomitantes y recursos financieros y sociales) para establecer su tratamiento; en pacientes asintomáticos con hiperglucemia el tratamiento inicial debe incluir dieta y ejercicio y emplear fármacos si la glucosa plasmática es mayor a 200mg/dl para alcanzar un control adecuado.

La finalidad de establecer una terapéutica en la diabetes mellitus tipo 2 es promover una mayor secreción pancreática de insulina, mejorar la sensibilidad del organismo a la acción de la insulina y retardar la absorción intestinal de los carbohidratos.

Los medicamentos que se recomiendan tiene diferentes tipos de acción:

- Sulfonilureas.- estimulan la secreción de insulina, disminuyen la producción hepática de glucosa, aumentan la captación periférica de la misma, incrementan los receptores celulares para la insulina; dentro de las sulfonilureas se encuentran: tolbutamida, tolazamida, clorpropamida, glibenclamida, glipicida, glimepirida, glicacida. Se recomiendan para diabetes mellitus tipo 2.

- **Biguanidas.-** disminuye lípidos del plasma, incrementa la sensibilidad a la insulina, suprime la producción hepática de glucosa; dentro de las biguanidas se encuentran: butformina, fenformina y metformina; se recomienda en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con sobrepeso que no llevan su tratamiento de manera adecuada en dieta y ejercicio.
- **Inhibidores de las Glucosidasas alfa.-** interfiere con la digestión de los carbohidratos en el tubo digestivo, reduce la glucemia posprandial; recomendada en pacientes de reciente diagnóstico con niveles altos de glucemia y sintomáticos.
- **Tiazolidendionas (troglitazona).-** disminuye la resistencia a la insulina, reduce la glucemia y niveles de lípidos, disminuye la presión arterial; recomendado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, insulinoquirientes.

CAPÍTULO 2. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

En México, se ha hecho un esfuerzo importante para que la mayor parte de la población cuente con derecho a la protección de salud, sin embargo, la falta de cumplimiento al tratamiento es uno de los problemas más graves para el Sector Salud. En un principio, la responsabilidad de llevar a cabo el tratamiento en forma adecuada recae en el paciente, sin preguntarnos si tiene una información y conciencia clara de su padecimiento así como de las implicaciones y consecuencias, es decir, continuar el tratamiento o abandonarlo. En algunos estudios se ha reportado que de un 25 a un 50% de los pacientes no llevan a cabo las indicaciones recibidas.

Los programas de servicio y de atención en la salud, deben estar diseñados de acuerdo a las características de la población a las que están dirigidos, pero no se toma en cuenta las habilidades de los pacientes para cumplir satisfactoriamente con el tratamiento establecido. Se supone que con sólo informarle al paciente su padecimiento y que requiere tomar medicamentos, lo llevará a cabo; pero, se hace a un lado la importancia de los elementos psicológicos, de los elementos cognoscitivos.

La adherencia terapéutica es el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta. Esta problemática puede repercutir en diferentes ámbitos, el personal, familiar y social; en lo personal el paciente puede presentar

complicaciones y secuelas que traen un gran sufrimiento, limitaciones o incapacidades irreversibles; en lo familiar pueden influir en disrupción con repercusiones en la pareja e hijos (Jonson, 1983) y, en lo social representa un enorme costo para las instituciones de salud al prolongarse innecesariamente los tratamientos y al presentar recaídas que se pueden evitar.

Blackwell (1983) encontró que el fracaso total en la toma de medicamentos es de un 25 y 50% de los pacientes en consulta externa de países industrializados que cuentan con un nivel educativo alto. En cuanto al paciente, se requiere de una participación activa en las modificaciones del estilo de vida para frenar el incremento de los padecimientos crónico- degenerativos y llevar a cabo su tratamiento médico. Y por parte de los médicos, el llevar a cabo actividades de educación al paciente sobre su padecimiento y el tratamiento o de supervisión sobre el implemento de las prescripciones.

Es importante tomar en cuenta las características de la población que asiste y la que no (Fiester, 1974), además de identificar a aquellos terapeutas que propician la deserción y el incumplimiento del tratamiento. Existen dos grande problemas en la práctica médica que dificultan la evaluación del cumplimiento terapéutico: la especificidad del tratamiento y el grado en que se implementan las indicaciones

Existen varios elementos –a parte de los ya mencionados anteriormente- que determinan el que un paciente lleva a cabo una buena adherencia al tratamiento, como: el buen trato a los pacientes por el personal de salud, contar con mecanismos que le permitan solventar los gastos de los servicios médicos, los diferentes tipos de conducta en cuanto a las fallas o dificultades para iniciar un tratamiento, fallas por suspensión prematura de la terapia y la implementación incompleta o deficiente de las indicaciones del terapeuta (Blackwel, 1976).

Dentro de la adherencia a medicamentos. Se encuentran involucrados varios problemas:

- 1.- Errores de omisión: el paciente no toma el medicamento prescrito por olvido, negación, falta de disciplina, etc.
- 2.- Errores de dosis: el paciente no se toma la dosis indicada al no tener la información adecuada o por su propia decisión de tomarse una dosis mayor o menor.
- 3.- Errores en el tiempo: no se toma los medicamentos a la hora indicada.
- 4.- Errores de propósito: se equivoca al tomarse sus medicamentos debido a confusión o a la falta de información por parte del médico.
- 5.- Automedicación: toma medicamentos no prescritos (Scwartz, 1962)

Lo anterior sucede a pesar de contar con métodos de evaluación como la interrogación o pregunta, los registros y conteo de medicamentos y los estudios de laboratorio.

Dentro de la relación terapeuta- paciente (Mc Dill, 1978), al haber mayor satisfacción del paciente en la relación con su terapeuta existe mayor y mejor cumplimiento a los programas de tratamiento; a mayor satisfacción en el paciente, menor probabilidad de deserción, a mayor duración, mejor será el cumplimiento. Se ha encontrado que la actitud del terapeuta hacia el tratamiento y al paciente influye en el cumplimiento terapéutico y en el desarrollo de efectos colaterales.

En cuanto a la participación del psicólogo como profesional, puede ser de gran relevancia la educación para la salud tanto en temas médicos como psicológicos, en el entrenamiento de técnicas de relajación y desensibilización cuando en paciente tiene altos niveles de angustia y/o reacciones fóbicas a su padecimiento o a su tratamiento, en el entrenamiento de técnicas de autocontrol al desarrollar habilidades en el paciente para que cuente con un repertorio en el manejo adecuado de su tratamiento, en las técnicas de automonitoreo y/o registro para que el propio sujeto se observe y registre la conducta problemática y así facilitar los cambios conductuales, en técnicas de dinámica de grupo para que el paciente se identifique con otros de su misma problemática y en técnicas de reestructuración cognoscitiva (Festinger, 1959) para habilitar al paciente en desarrollar nuevos marcos preceptuales y de cognición para que maneje adecuadamente sus programas terapéuticos.

En los procesos cognoscitivos intervienen varios factores para la disonancia entre las recomendaciones del terapeuta y el estilo de vida, normas y valores del paciente como los factores sociológicos, psicológicos y fisiológicos:

- 1.- Sociológicos.- el tipo de interacción entre el terapeuta y el paciente, los modelos y roles de las personas significativas para el paciente, el modelo cognoscitivo de enfermedad para determinar el grado de aceptación y de impacto en su manejo (Maynes, 1976); el nivel de educación, la clase social, edad y sexo.
- 2.- Psicológicos.- la decisión del paciente en cumplir o no con el tratamiento.
- 3.- Fisiológicos.- grado de severidad de los síntomas, su duración, su grado de limitación y el grado de afectación y daño.

Sin embargo, también existen otros factores que tienden a disminuir la adherencia como la complejidad del tratamiento en cantidad de medicamentos y/o dosis, el grado de cambio de conducta requerido en el estilo de vida y funcionamiento y el tiempo de espera para ser atendidos en consulta.

Haynes y Sackett (Maynes, 1976) consideraron algunos factores para aumentar la adherencia al tratamiento:

- Consideración y reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento y las implicaciones y consecuencias de un llevar en forma adecuada un tratamiento.

- Grado de estabilidad familiar y la supervisión por parte de un miembro de la familia.
- Grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida en disciplina y planeación.
- Grado de satisfacción con los resultados obtenidos con el tratamiento
- Supervisión cercana del médico o terapeuta, frecuencia de consultas y calidad de la relación terapeuta- paciente.
- Expectativas del paciente congruentes con el programa médico

Se confirma el frecuente incumplimiento de las instrucciones terapéuticas entre 4 y 92% de los pacientes no siguen en forma adecuada las instrucciones del médico. El trabajo o investigación sobre los problemas de adherencia ha sido una de las líneas de desarrollo de la medicina conductual. La adherencia es un complejo fenómeno que comprende desde la entrada en el propio tratamiento, el seguimiento de todo tipo de prescripciones y orientaciones hasta la continuidad y conclusión del mismo.

Feist (1988), explica que la adherencia es el quinto hábito (junto a la dieta alimentaria, el consumo del tabaco, la falta de ejercicio físico y el abuso del alcohol) sobre el cual intervenir para actuar sobre la disminución de las siete principales causas de muerte. La Adherencia a la medicación, reconocimientos periódicos, a práctica de estrategias conductuales, a programas de rehabilitación física o la limpieza regular de los dientes, etc.

El cumplimiento de prescripciones (tomar medicamento, seguir dieta, hacer ejercicio, etc.) es una conducta que está sujeto a las leyes del aprendizaje y la emisión de conductas; es fundamental determinar las variables o factores que afectan o regulan la aparición de estas conductas de adhesión y poder elaborar una estrategia de evaluación y disponer de instrumentos adecuados que nos permitan elevar tal conducta.

Definición e incidencia

Existen numerosos autores que han definido a la adherencia, dentro de los cuales se encuentra Nicassi (1995) con la coincidencia entre comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido.

Este mismo autor, hacen una distinción entre el término incumplimiento y adhesión; el primero connotaría un papel pasivo en el que el paciente sigue fielmente las directrices recibidas, el segundo tiene una implicación y colaboración voluntaria del sujeto.

Al hablar de adherencia, es importante tomar en cuenta el seguimiento de tratamientos médicos como comportamentales, intervenciones con fines preventivos y tratamiento con pacientes con afecciones crónicas para el mantenimiento del sujeto en conductas protectoras de su salud (hacer ejercicio, uso cinturón de seguridad, modificación de conducta, etc). Por lo anterior, se proponen varios aspectos fundamentales: iniciar y continuar un programa de

tratamiento, asistir a horas de consulta y acudir a revisiones, tomar la medicación prescrita, mantener cambios iniciados en el estilo de vida (control de estrés, alimentación, ejercicio), realizar el régimen terapéutico domiciliario y evitar comportamientos de riesgo (fumar, beber, etc..).

Duran (1977) 20- 30% pacientes sometidos a tratamiento corto, falla en cumplirlo, mientras que si el régimen es corto y de naturaleza preventiva falla 30-40% de los sujetos; en las prescripciones médicas con un plazo largo, un 50% no lo sigue y entre 40-50% no acude a citas médicas para recibir tratamiento curativo.

Feist (1988) el punto por debajo del cual no es probable que se alcance el resultado preventivo o terapéutico deseado. Supone que el paciente no alcanzará la mejoría, lo cual representa un alto coste económico, por la cantidad de medicinas que se utilizan y no se consumen, la hospitalización al agravarse su dolencia como consecuencia de no haber cumplido las indicaciones.

Labrador & Cruzado (1997), el no seguir tratamiento supone que los pacientes no se benefician de los progresos médicos y, a su vez dificultan una adecuada evaluación de la eficacia de esos procedimientos ya que los resultados negativos pueden deberse no a la falta de eficacia, sino al incumplimiento de tratamiento.

La no adherencia tiene graves efectos sobre la calidad del cuidado de la salud, produciendo una no eficiente utilización de servicios y aumento innecesario del coste de estos; el proceso de alto riesgo de pacientes hipertensos, cardiopatas o diabéticos y su pronóstico depende del cuidadoso seguimiento de prescripciones.

Serafino (1995) el incumplimiento se agrava al tratarse regímenes de cierta duración y complejidad, según los niveles de insatisfacción del paciente con el médico, cuando la eficacia de tratamiento es lenta, cuando aparecen problemas derivados del mismo tratamiento y cuando la percepción del paciente de su propia vulnerabilidad a la enfermedad es grande.

Alpizar (2001) no pocos profesionales se limitan a seguir, aconsejar cambios en hábitos de vida y costumbres o prescribir una medicación, se olvida que cambiar un comportamiento y ayudar a hacer lo, es responsabilidad del sistema de salud. Intervenir y elaborar estrategias para la implantación de la conducta de adhesión supone conocer las variables o factores que la afectan y disponer de instrumentos adecuados de medida que permiten la evaluación de dicha conducta.

Factores que afectan la adherencia

López (2001) mostró que no aparecían relaciones entre factores que pudieran afectar la adherencia y factores motivacionales,

socioeconómicos o de personalidad; Labrador y Cruzado (1997), encontraron que estos factores que afectan la adherencia están más relacionados con las características de tratamiento y con variables del contexto clínico entre las que incluiríamos la relación del terapeuta y el paciente. Se ha supuesto que entre mayor sea la severidad del problema, mayor será la adhesión al tratamiento.

La mayoría de las investigaciones dirigidas a variables que influyen incluyen: a) del paciente, b) del tratamiento, c) del trastorno o enfermedad y d) variables de relación. Con referente al paciente, solo son confirmables el grado de satisfacción del paciente con el terapeuta y, el régimen terapéutico y su nivel de adhesión, además de la percepción que el paciente tenga de la implicación del terapeuta, el régimen terapéutico y su enfermedad.

La falta de adhesión tiene que ver con la diferencia entre el modelo explicatorio (etiología, pronóstico y tratamiento) defendido por el paciente y por el terapeuta (Serafino, 1995) siendo fundamental evaluar las percepciones, actitudes y expectativas que el paciente tenga de su problema y tratamiento e incorporar una fase de reconceptualización para modificar expectativas o creencias incorrectas.

Prokop (1981) hay variables importantes que señalan la falta de adhesión: 1) Paciente no sabe qué hacer, 2) no posee las competencias o recursos necesarios para seguir el régimen medicamentoso, 3) no cree disponer de las capacidades para realizar

el tratamiento, 4) el paciente cuestiona la utilidad del tratamiento, 5) el régimen es demasiado exigente y no considera que los beneficios potenciales compensan los costos, 6) la adhesión se asocia a sensaciones adversas o no gratificantes, 7) la calidad de la relación paciente y terapeuta es pobre, 8) no hay continuidad en la atención.

Procedimientos de evaluación en la adherencia

Para recabar los datos que permiten la realización de la evaluación se utilizan métodos, técnicas o instrumentos, pueden ser métodos directos e indirectos dependiendo de la conducta puede ser observada y registrada inmediatamente después de ocurrir (observación, autoobservación, etc..) o que esté sujeta a un mayor grado de inferencia (entrevista, autoinforme, etc.)

PROCEDIMIENTOS INDIRECTOS

Entrevista

Pardo (2000) manifiesta que la entrevista es empleada por 96% de los psicólogos clínicos y que ocupa 39% del tiempo en la evaluación; ésta es un instrumento válido para obtener información.

La entrevista se considera un sistema de interacción por medio del cual se realiza todo el proceso de evaluación- intervención conductual, cumple con varias funciones como el recogido de información, función motivadora y terapéutica, entre otros; presentando así varias ventajas:

instrumento flexible en su desarrollo y en la temática que se aplica, posibilita el intercambio de información confidencial, se obtiene información no accesible a la observación directa.

Es el método más utilizado en la evaluación de la adherencia, junto a la estimación de los resultados clínicos, pero, una escasa fiabilidad de los datos aportados por una sobreestimación de la adherencia al comparar los datos de la entrevista con otras estrategias de medida más objetivas. Prokop (1981) comparó la información facilitada en el paciente a través de la entrevista con un recuento de pastillas que quedaba en los envases, observando que 51% habían más pastillas que las que deberían quedar según las prescripciones dadas y sólo 15% de los pacientes admitieron no haber seguido las indicaciones.

La entrevista muchas veces necesita mayor sistematización y estructuración para controlar los distintos sesgos, del entrevistados y del entrevistado.

Otro método es el autoinforme, sin embargo, éste método tiene error ya que el paciente tiene deseo de ser visto positivamente por el terapeuta realizando una sobreestimación del nivel de adhesión al tratamiento prescrito o a las tareas encomendadas para realizar en casa.

Otras formas de controlar la conducta de adhesión es el sistema microelectrónico en la grabadora para el aprendizaje y práctica de relajación que media el tiempo que había sido utilizada la cinta, en

ambos se utiliza el porcentaje muy elevados de sobreestimación de autoinformes.

Estimación del terapeuta en función de resultados obtenidos

El procedimiento para comprobar si cumple con las prescripciones médicas es una estimación subjetiva al tener en cuenta los resultados terapéuticos. Se infiere la conducta de adherencia al observar los cambios en el sujeto en función de la evaluación del problema.

Esto es cuestionable ya que, los pacientes pueden mejorar o empeorar por muchas razones, independientemente de haber seguido o no las instrucciones recomendadas, no puede llevar a un resultado no deseado a pesar de que el paciente siga las prescripciones señaladas. Tomar como referencia el resultado terapéutico supone asumir que el tratamiento será eficaz para todas las personas con ninguna variabilidad entre sujetos.

PROCEDIMIENTOS DIRECTOS

Observación

Una contribución importante del modelo conductual a la evaluación y modificación de conducta es la recogida de datos observables en ambientes naturales, siendo la observación el método de evaluación más característico de esta orientación.

Los pasos a seguir para desarrollar un sistema de observación sistemática implican: delimitar las conductas a observar, decidir sobre el muestreo de las situaciones y del tratamiento en las que se observará, elegir instrumentos más adecuados de registro, y disponer de observadores entrenados.

1) Autoobservación o autorregistro es el método más recomendable cuando se entrena al sujeto a realizar por sí mismo una observación rigurosa de su propia conducta. El autoregistro es una estrategia de gran flexibilidad en donde se solicita al sujeto que registre la ocurrencia de determinadas conductas, implicando: la observación de la propia conducta, su anotación en un registro, el traslado de lo anotado en el registro a un gráfico que ofrezca información visual, y el análisis e interpretación de lo anotado.

Existen ciertos efectos que atentan contra la validez de autoobservaciones como errores de tratamiento y de interpretación, reactividad, sesgos individuales por expectativas, demandas, etc. La reactividad puede modificar la frecuencia de aparición de una conducta determinada, restando objetividad al autoregistro para determinar de modo fiable y preciso la ocurrencia de una conducta tal y de forma natural, sin embargo, puede ser utilizada como sencilla estrategia para aumentar adhesión.

Recuento de tabletas o supervisión de envases prescritos

Se conoce el número de tabletas o pastillas de cada envase prescrito para un tratamiento determinado y se recuenta el número de pastillas restantes para determinar el grado de adhesión, asumiéndose que la medicación que falta ha sido ingerida. Labrador y Cruzado (1997) comenta que las pastillas que no están no tenemos garantía de que hubiesen sido administradas o consumidas, sí sabemos que las que están en el frasco no han sido administradas.

Evaluación Bioquímica

Estos procedimientos directos son de elevado costo, con imposibilidad de realizar lo con todos los medicamentos por que no precisa que se las haya tomado de acuerdo a prescripciones y en las cantidades indicadas.

Variables psicosociales que afectan el control metabólico

Según Pardo (2000) la influencia de las variables psicosociales sobre el control metabólico es de dos tipos: directa cuando la variable produce por sí misma el descontrol metabólico como lo es el estrés y la indirecta cuando la variable es mediada por otra instancia como el nivel educativo.

Buela Casal y Caballo (1996) han estudiado variables como ansiedad, depresión, estresores de la vida, disfunción social, temperamento, conflicto, coerción, compromiso y adaptación familiar, además de que proponen dos variables directas que determinan el control metabólico: el autocuidado y el estrés y tres indirectas: el ajuste psicosocial, la capacitación en el automanejo del padecimiento y la calidad del tratamiento. Así, el nivel de ajuste psicosocial afecta el control metabólico del paciente por medio del estrés que produce/reduce o por el nivel de adherencia al tratamiento que lo condicional.

CAPÍTULO 3

MÉTODO

Participantes

Se integró un grupo de tipo accidental, no probabilístico con 16 pacientes diabéticos comórbidos con hipertensión, de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) N° 67 del IMSS y de la Consulta Externa de Medicina Interna del Hospital General de México O. D.; de ambos sexos: 11 mujeres y 5 hombres, cuyas edades fluctuaron entre 39 y 69 años, con promedio 57.

Las características de los pacientes incluyeron: estado civil, 68.7% casados, 12.5% en unión libre y solteros y una paciente (6.2%) separada. Su escolaridad era de 62.5% con primaria, 25% con secundaria dos pacientes sin estudios y 43.7% dedicada al hogar; 25% son comerciantes, un pensionado y un empresario (6.2%).

El 37.5% de los pacientes se atendieron en la UMF (6 pacientes) y el 62.5% en el Hospital General de México (10 pacientes). El diagnóstico incluyó tres pacientes (18.7%) con DM 1, seis pacientes (37.5) con DM 2; tres (18,7%) con diagnóstico de Diabetes e Hipertensión y cuatro (25%) con Diabetes, Hipertensión y complicaciones crónicas adicionales como retinopatía, neuropatía y glaucoma, entre otros. La variación del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la Diabetes

osciló de 1 a 14 años, con un promedio de 6 años y el tiempo de diagnóstico de la Hipertensión fue de 7 a 36 años con promedio de 14.

En el presente estudio, no se incluyeron pacientes que participaran en otras investigaciones con intervenciones cognitivo-conductuales, que tuvieran diagnóstico con funcionamiento cognitivo disfuncional (psicosis, retraso mental, etc.) o en fase terminal extrema en donde no respondieran a las necesidades mínimas de la intervención por no obtener algún beneficio, o que se retiraran voluntariamente del estudio, o bien que no otorgaran su consentimiento informado de participación.

Medición e instrumentos

La variable dependiente incluyó el cambio de los siguientes indicadores relevantes para el caso del paciente diabético: Calidad de Vida mediante el Inventario de Calidad de Vida y Salud, el Beck Anxiety Inventory y el Beck Depression Inventory; un sistema de autoregistro conductual de Adherencia Terapéutica incluyendo: toma de medicamentos, alimentación, ejercicio y conductas de riesgo, glucosa en sangre, peso, talla, presión arterial, tasa cardiaca y frecuencia respiratoria.

La variable independiente estuvo constituida por la intervención cognitiva- conductual que incluye el Protocolo para la promoción de adherencia terapéutica "Life Steps" (Safren, 1999).

La Carta de Consentimiento Informado "CCI" (véase el anexo 1) describe los objetivos generales del estudio, los requisitos de participación, las actividades que se llevarían a cabo, la duración de las mismas, los beneficios potenciales a obtenerse, carácter voluntario de participación (sin consecuencia por retiro). Se incluyeron los datos necesarios para los investigadores responsables en la institución y del proyecto a fin de comunicarse mutuamente. El CCI se elaboró a partir de las normas del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2002) en sus artículos 118 al 131.

Una Bitácora Terapéutica (véase el anexo 2) recaba datos sociodemográficos, de localización, condición y tratamiento de cada paciente. Se incluye: número de expediente médico y del estudio, nombre de terapeuta; nombre del paciente, edad, diagnóstico y su antigüedad, médico tratante, dirección, teléfono, datos de algún familiar, número de identificación de los formatos de autorregistro conductual, fechas y espacios para anotaciones del avance del tratamiento y del estado del paciente.

El Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) (véase el Anexo 3) contiene 133 reactivos en las siguientes subescalas: calidad de vida (65 reactivos) mide percepción de salud y bienestar (29 reactivos), relaciones interpersonales (24 reactivos), funciones cognitivas (3 reactivos), síntomas (14) reactivos y percepción general de calidad de vida como indicador. Además, incluye en versiones calibradas para población mexicana el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Varela y Villegas, 1990), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado,

Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) y la Escala de Salud y Vida Cotidiana (forma B) de Moos (Moos, Cronkite, Billings & Finney, 1986).

El inventario se diseñó a partir de varias escalas de calidad de vida para padecimientos crónicos. Se seleccionaron las más mencionadas en la literatura de investigación eligiendo reactivos vinculados con los aspectos fundamentales de la calidad de vida. Uno de los principales fue la Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos (EsCaVIPs) estandarizado para pacientes mexicanos (González-Puente y Sánchez-Sosa, 2001).

El InCaViSa se sometió a validación por jueceo (Riveros, 2002) con 15 expertos, obteniendo un 85.5% de consistencia interjueces independientes. Se retiraron de manera temporal, un 10.5% de los reactivos y se eliminaron 4% de éstos. Se computó un análisis de consistencia interna en 118 sujetos obteniendo un Alpha de Cronbach de .9023, con los siguientes valores en las subescalas (y el número final de reactivos entre paréntesis): percepción de salud y bienestar (26) .8265, relaciones interpersonales (22).7025, funciones cognitivas (4) .7202. Un reactivo se tomó como indicador adicional de valoración general de calidad de vida del propio paciente por lo que no se tomó cuenta para los análisis de consistencia interna además de tener opciones de respuesta diferentes (Rodríguez, 2002).

Otros inventarios fuente incluyeron: el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) (Sánchez-Sosa y Hernández Guzmán, 1993); Multiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL) (Vickrey, Hays, Marrón, Myers & Ellison, 1995); Obesity Related Wellbeing Questionnaire (ORWELL 97) (Manucci, Ricca, Barciulli, Di Bernardo, Travaglini, Cabras & Rotella, 1999); Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS) (Goodwin, Bogas & Graham-Pole, 1994); el Cuestionario de Calidad de Vida PostInfarto del Miocardio (MacNew QLMI) (Brotos, Ribera, Permayer, Cascant, Moral, Pinar & Oldridge, 2001) y el Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC) (Fernández, Hernández y Rancano, 1999).

El Sistema de Autoregistro Conductual de Adherencia Terapéutica contiene dibujos representativos y de fácil identificación de la actividad y una cuadrícula con los días (véase anexo 4). Se diseñó para una fácil comprensión, manejo y llenado por parte de los pacientes y cada cuadernillo bastaba para una semana. En él se registraba la frecuencia de cada actividad del día mediante el "palomeo" de las mismas. El sistema de Registro consta de nueve áreas mencionadas reiteradamente en la literatura de investigación y que son susceptibles de registro diario. Cuatro de estas áreas abordan la adherencia al tratamiento incluyendo conductas como toma de medicamentos (Sabran, Hardy, Feline, 1995), alimentación (Schalch, Ybarra, Adler, Deletraz, Lehmann, Golay, 2001), ejercicio (Goldberg, Hagberg, Delmez, Carney, McKevitt, Ehsani & Harter, 1980; Lee, Rexrode, Cook, Manson & Buring, 2001; Mayer-Davis, D'Agostino, Karter, Haffner, Rewers, Saad & Bergman, 1998; Mokdad, Bowman, Ford, Vinicor,

Marks & Soplan, 2001; Blanchard, Rodgers, Courneya, Daub, Kanapik, 2002) así como diversas conductas de riesgo tales como tabaquismo, abuso de sustancias, etc.

Las otras cinco áreas, están dirigidas a bienestar psicológico: trabajo (Abramson, Ritter, Michal, Gofin & Kark, 1992; Rmnay & Evans, 1996; Schmitt & Doerfel, 1999; Bordieri, Drehmer, Taylor & Darre, 1997), dormir bien (Alvarado, 2000; Finn, Young, Palta & Fryback, 1998; Manocchia, Keller & Ware, 2001; Moe, Rabben, Wiklund, Franklin & Eriksson, 1996; Walsleben, Norman, Novak, O'Malley, Rapoport & Strohl, 1999), actividad sexual (Braun, Wassmer, Koltz, Reinfenrath, Mathers & Engelmann, 2000; Bulpitt, Beepers, Butler, Coles, Hunt, Munro-Faure, Newson, O'Riodan, Petrie & Rahagopalan, 1989; Dhabuwala, Kimar & Pierce, 1986; Schneider, Borgardus & Horton, 1990), socializar con amigos o conocidos (Denollet, 2000, Gering, Pieper, Levy & Pickering, 1992; Gross, Limwattananon & Matthees, 1998; Henry, 1982; Mendez & Belendes, 1997) y recreación (Ahern, 1999; Colwell, 1997; McCormack, 1988; McQuaid & Nassau, 1999; Orden, 1996; Raglin & Morgan, 1985; Caldwell, Finkelstein & Demers, 2000).

1) En la portada se establecen las fechas de los días de inicio y término de llenado, número de expediente médico, el nombre completo del paciente, su edad, sexo, diagnóstico, antigüedad del mismo, teléfono del paciente y de recados, nombre del médico y del terapeuta con su teléfono; además un recuadro para anotar la fecha, hora y observaciones para la siguiente cita.

2) Administración de medicamentos ("tomar medicina"), se registra la hora (mañana, tarde, noche, madrugada) y los días de la semana más una columna como ejemplo para explicar el llenado adecuado del mismo, se utilizó un color diferente para cada medicamento.

3) Plan alimenticio ("alimentos"), diseñado para registrar la dieta prescrita por el médico. Contiene la hora (desayuno, entre comida, comida, entre comida y cena) con la frecuencia de alimentos ingeridos al día y a la semana.

4) Ejercicio. Cualquier ejercicio indicado por el médico (correr, caminar, subir escaleras, estiramiento, bicicleta, etc.).

5) Trabajo. Registra la actividad laboral según su ocupación, incluyendo los quehaceres domésticos.

6) Sueño. ("Dormir bien"), para verificar si al paciente le costaba trabajo empezar a dormir, se despertaba en la noche, se despertaba antes de tiempo o tenía insomnio generalizado.

7) Actividad Sexual como bienestar y factor afectado por una enfermedad crónico degenerativa como la diabetes.

8) Interacción social ("Estar con amigos o conocidos 30 minutos aproximadamente o más").

9) Recreación ("Diversión").

10) Conductas de riesgo, tales como ingerir alimentos que el médico indicó no ingerir.

11) En la contraportada se enlistaban las tareas del plan terapéutico a realizar y los avances del tratamiento.

El Sistema de Autoregistro Conductual se sometió a validación por jueceo (Lobato, 2002) con 15 expertos en salud obteniendo un 100% de consistencia interjueces en cuanto a la asignación de las viñetas y registros a las categorías pertinentes tanto para el carnet en total como para cada una de las nueve variables.

El Protocolo para la promoción de Adherencia Terapéutica "Pasos Vitales" (Safren, 1999) (véase anexo 5) es una guía de verificación que consta de 11 pasos, en donde el paciente analiza junto con el terapeuta los problemas más frecuentes al seguir un tratamiento y, se establecen diferentes formas para solucionarlos.

Entre los problemas más frecuentes que se presentan al seguir el tratamiento se encuentran: transportarse para las consultas o la obtención de medicamentos, establecer un horario para planear la toma de medicamentos, su almacenamiento, apoyo en señales adicionales o recordatorios y afrontar los efectos colaterales de los medicamentos.

Cuestionario de Validación Social (véase anexo 6). Se agregó al presente estudio una encuesta telefónica en la que el paciente evaluaba el tratamiento psicológico proporcionado, el terapeuta, su percepción de salud y calidad de vida y, para realizar un seguimiento de su adherencia al tratamiento el periodo transcurrido desde la conclusión del tratamiento psicológico.

DISEÑO

El estudio incluyó un ensayo clínico aleatorizado, homodémico, con comparaciones longitudinales y transversales. Las primeras con comparaciones pre-post y las segundas de las medidas de calidad de vida y adherencia terapéutica antes de aplicar la intervención, incluyendo también los efectos del padecimiento y las variables sociodemográficas.

Para identificar contaminantes atribuibles al paso del tiempo y establecer medidas repetidas de variables, se utilizaron dos formas de tratamiento: inmediata y diferida, la primera recibió el tratamiento después de dos semanas al registrar actividades del Sistema de Autoregistro Conductual de Adherencia Terapéutica y la segunda consistió en recibir el tratamiento después de cuatro semanas de registro pre-tratamiento. Los pacientes se asignaron aleatoriamente: el primer paciente al tratamiento inmediato, el segundo al diferido y así sucesivamente.

INTERVENCIÓN

La intervención cognitivo-conductual se estableció a partir de las necesidades propias del paciente reflejadas en los resultados del Inventario y en el reconocimiento de las áreas deterioradas por el proceso de la enfermedad. Nuevamente, estas áreas, corresponden a las documentadas en la literatura de investigación como componentes principales de la Calidad de Vida, y las relativas a ansiedad, depresión, afrontamiento y Adherencia Terapéutica.

El tratamiento cognitivo-conductual estuvo constituido de la aplicación de diversas técnicas, dentro de las cuales se encuentra: Reestructuración Cognoscitiva para la modificación de creencias disfuncionales (Meichenbaum, 1998), Autorregulación (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva (Jacobson, 200) e imaginación guiada), desensibilización sistemática, Solución de Problemas (Nezu & Zurilla, 2000), Modelamiento, asignación y seguimiento de tareas y reforzamiento (Kanfer & Goldstein, 1991).

Con la técnica de Reestructuración Cognoscitiva de Meichenbaum (ver anexo 7) para la modificación de creencias disfuncionales se obtenía pensamientos automáticos en diferentes situaciones, se modificaban mediante su evaluación por auto- cuestionamientos, exploración de alternativas, descatastrofización y comprobación de hipótesis; finalmente, se exploraba la influencia de Supuestos Disfuncionales

(esquemas, reglas, paradigmas personales) que gobiernan la interpretación que el paciente da a sus experiencias.

Se entrenaba a los pacientes en la Autorregulación con respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginación guiada (ver anexo 8) para que pudieran manejar de manera adecuada, los efectos Fisiológicos del estrés.

En la técnica de Solución de Problemas (Nezu & Zurilla, 2000) se definían aquellos problemas que los pacientes presentaban al no lograr respuestas de afrontamiento efectivas y que eran estresantes y relevantes para su bienestar con la finalidad de mejorar sus habilidades de solución de problemas, disminuir su sufrimiento emocional, aumentar la auto-eficacia y mejorar su calidad de vida. Para lo anterior, se llevaban a cabo cinco pasos: orientación al problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones, instrumentación y verificación del problema (ver anexo 9).

Las sesiones de tratamiento tenían una duración aproximada de una hora semanalmente, el tratamiento fluctuó desde un mínimo de cuatro sesiones hasta un máximo de quince, según las necesidades clínicas de cada caso.

Procedimiento

En la primera sesión se le daba la bienvenida al paciente y se le familiarizaba con el objetivo del estudio y con los aspectos relevantes del modelo cognitivo- conductual. Una vez respondida cualquier duda, se le daba lectura y se solicitaba firma del "Consentimiento Informado". Posteriormente, se le aplicaba el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), apoyándonos de hojas que contenían las respuestas de las preguntas de manera visual (véase anexo 10). Finalmente, se le explicaba y adiestraba en el llenado correcto del Sistema de Autoregistro Conductual de Adherencia Terapéutica.

En una fase media, se determinaban las necesidades de la intervención mediante datos obtenidos en el Inventario, vaciados a una lista de Impresión Clínica (véase anexo 11) para identificar los principales déficits conductuales, pensamientos irracionales y emociones disfuncionales. Se examinaban junto con el paciente aquellos factores en Adherencia Terapéutica y Calidad de Vida en que incidiría el tratamiento y se administraba el Protocolo de Adherencia "Pasos Vitales".

Adicionalmente, se aplicaban otras técnicas según necesidades individuales con la finalidad de modificar pensamientos disfuncionales, entrenarlos en habilidades instrumentales y cognitivas de adherencia terapéutica y afrontamiento. En caso necesario (si el paciente mostraba otros problemas que pudieran interferir con el aprendizaje),

se instrumentaban otros procedimientos de psicoterapia cognitivo-conductual posponiendo la intervención "Pasos Vitales" o alguna otra técnica a fin de tratar primero la queja más aguda.

En la fase final, se examinaban las metas obtenidas durante el tratamiento, se prevenían recaídas al presentarle al paciente un resumen de los cambios presentados durante el tratamiento, haciendo hincapié en los factores de riesgo que debía tomar en cuenta y se elaboraba un plan de acción para solucionarlos (incluyendo las técnicas aplicadas en el estudio); se reafirmaba el uso de las técnicas a diferentes situaciones para generalizarlas al preguntarle al paciente, cómo aplicaría dichas técnicas a acontecimientos que se le presentan en el área familiar, laboral, amistades, entre otras y se le retroalimentaba, se preparaba al paciente para terminación del tratamiento y su mantenimiento.

Una vez concluida la intervención se aplicaba nuevamente el InCaViSa y se le dotaba de doce cuadernillos del sistema de autoregistro conductual de adherencia terapéutica para el seguimiento. Se establecían las sesiones de seguimiento a tres y seis meses para una tercera y cuarta aplicación del InCaViSa; por último, se agradecía su participación y se le despedía.

Seguimiento Telefónico

El seguimiento telefónico tenía varios objetivos, uno de ellos era recordar a los pacientes un día antes de su cita, otro, establecer una

nueva cita. Si el paciente faltaba a una se corroboraba el motivo o su interés en la continuación del tratamiento. También se les llamaba si el tiempo entre sesiones era mayor a una semana para reforzar la intervención, si el paciente no tenía teléfono el seguimiento se llevaba a cabo mediante mensajes con vecinos, fax, telegrama o correo.

Una vez terminada la intervención, se les llamaba al menos una vez durante los seguimientos para recordarles que siguieran registrando las actividades del sistema de autoregistro de adherencia terapéutica y su asistencia a su próxima sesión. En caso necesario se programaba una nueva cita para sesiones de revisión o un seguimiento telefónico más frecuente.

Resultados.

Los resultados se analizaron estadísticamente mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para verificar de los cambios del pre tratamiento al post tratamiento, además, para calcular la significancia estadística del cambio, es decir, la reducción del deterioro.

La prueba Wilcoxon se seleccionó principalmente por tres razones, en primer lugar, por la naturaleza de los datos que se presentan por tratarse de la diferencia en puntajes en dos muestras relacionadas siendo cada sujeto su propio control. Segundo, las medidas de los puntajes del Inventario muy probablemente oscilan entre el nivel intervalar y el ordinal. Tercero, en virtud de que el tamaño del grupo de participantes incluyó 16 pacientes y el diseño experimental incluyó observaciones pre-post tratamiento se optó por el criterio conservador de no inferir el supuesto de normalidad en el grupo.

Para examinar los cambios en los puntajes de deterioro en función de la intervención por área y por paciente, se utilizaron los puntajes crudos que obtuvo cada paciente. En el caso del InCaViSa se usó la sumatoria de los puntajes obtenidos de la aplicación del pre test y post test en cada uno de los reactivos que componen las áreas.

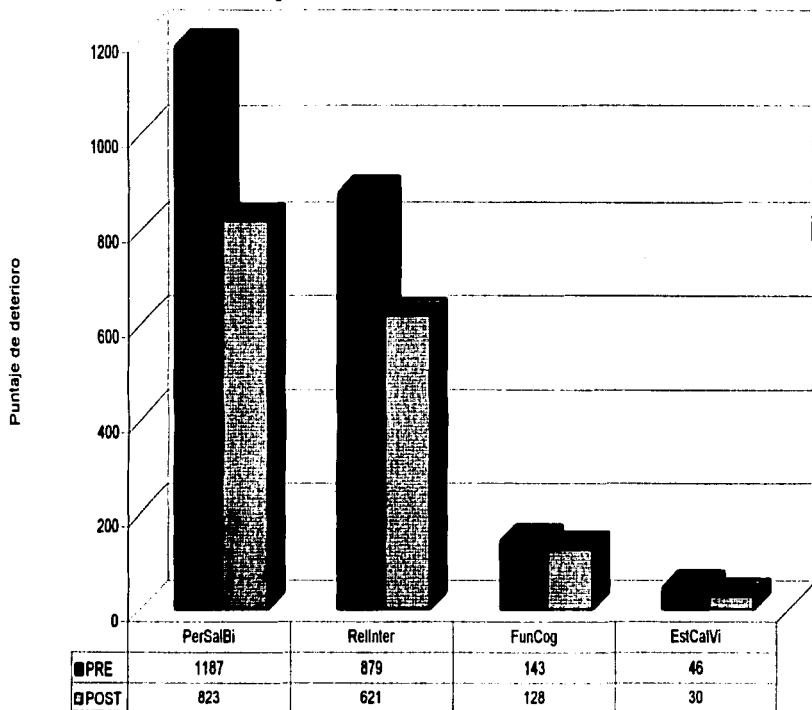
En el Sistema de Autoregistro Conductual de Adherencia Terapéutica, se sumaron aquellas actividades que se realizaron (en términos de ser recomendables o no para el paciente) durante las semanas en Línea

Base y Tratamiento. Así por ejemplo, en "Tomar Medicina" se computó el número de pastillas (tabletas, cápsulas, etc.) que el paciente tomó de aquellas de debía tomarse en la semana, en "Alimentos" el número de veces a la semana que el paciente ingirió alimentos del régimen recomendado (cinco oportunidades por día); en "Ejercicio" el número de veces a la semana que el paciente realizó esta actividad a partir de la recomendación (de tres a siete veces a la semana con un mínimo de 30 minutos por ocasión), finalmente, "Conductas de riesgo" la frecuencia con que el paciente hizo algo que no debía por indicaciones del médico, del máximo de frecuencia que podía ingerir (comer dulces u otros alimentos prohibidos, beber alcohol, fumar, etc.).

La figura 1, muestra el porcentaje de reducción del deterioro de las cuatro áreas de Calidad de Vida del pre test al post test en los 16 pacientes. En general, en el área de Percepción de Salud y Bienestar, se obtuvo una reducción del deterioro del 29.10%, en el área de Relaciones Interpersonales el porcentaje de reducción es de 26.30%, finalmente el área de Estimación de la Calidad de Vida tiene un 20.50% de reducción del deterioro.

También se obtuvo la significancia estadística de las áreas siendo especialmente relevantes Percepción de Salud y Bienestar y Relaciones Interpersonales con $p = .001$ y, Estimación de la Calidad de Vida con $p = .010$.

Fig. 1. Reducción del deterioro de **Calidad de Vida**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

61A

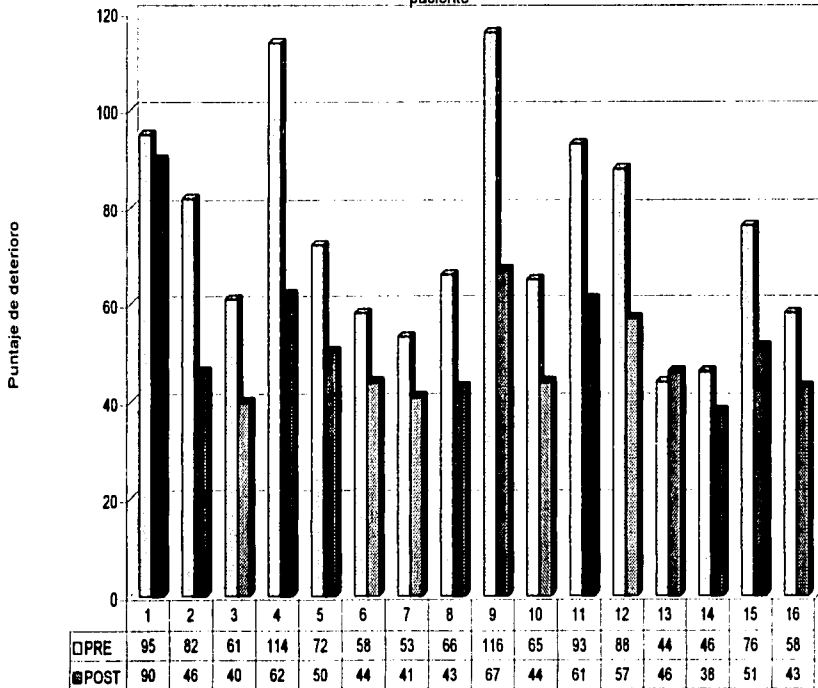
Áreas

Las figuras 2 a la 5 muestran los puntajes de cambio producido en cada área del Calidad de Vida y en cada uno de los pacientes a partir de la intervención. La Figura 2 muestra la comparación de puntajes de los pacientes en el área de Percepción de Salud y Bienestar del pre tratamiento al post tratamiento en donde los pacientes más beneficiados son el 4, 2 y 9 con 46%, 44% y 43% de reducción del deterioro respectivamente. El paciente 12 mostró un 36%, los pacientes 11, 10, 8 y 3 con un 35%. Los pacientes 15 y 5 tuvieron un porcentaje de reducción de 33% y 31% respectivamente. Así, el 62.5 % de los pacientes se vieron beneficiados en más de un 30%.

La Figura 3 representa la reducción del deterioro en los puntajes de pre test al post test en el área de Relaciones Interpersonales, en donde en el 43.7% del los pacientes el cambio fue mayor a 30%, por lo que los pacientes más beneficiados son el 7 (68%), 11 (57%) y 9 (41%); los demás pacientes: 4, 1, 8 y 12 obtuvieron un porcentaje de reducción en el deterioro de 39%, 38%, 34% y 30% respectivamente.

La Figura 4 muestra los efectos de la Intervención de los puntajes de deterioro en el área de Funciones Cognitivas donde 7 pacientes mostraron cambios. Los más relevantes son el paciente 11 (63%), 7 (55%) Y 33 (38%). Los demás, obtuvieron un puntaje de 17% a 25%. Cinco pacientes prácticamente no mostraron cambio (1, 3, 4, 5, 15).

Fig. 2. Cambios a partir de la Intervención en **Percepción de Salud y Bienestar**. Resultados por paciente.

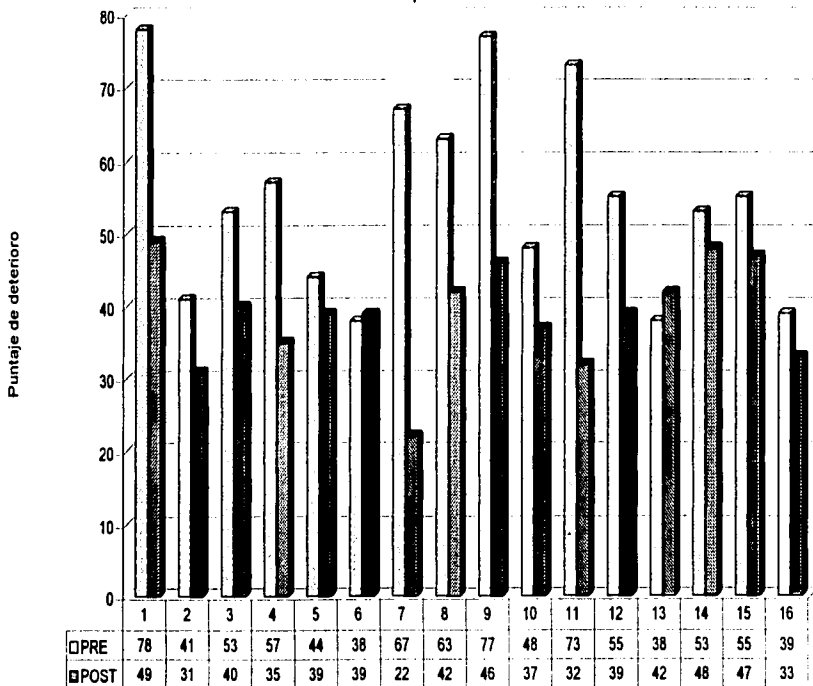


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

62 A

Pacientes

Fig. 3. Cambios a partir de la Intervención en **Relaciones Interpersonales**. Resultados por paciente

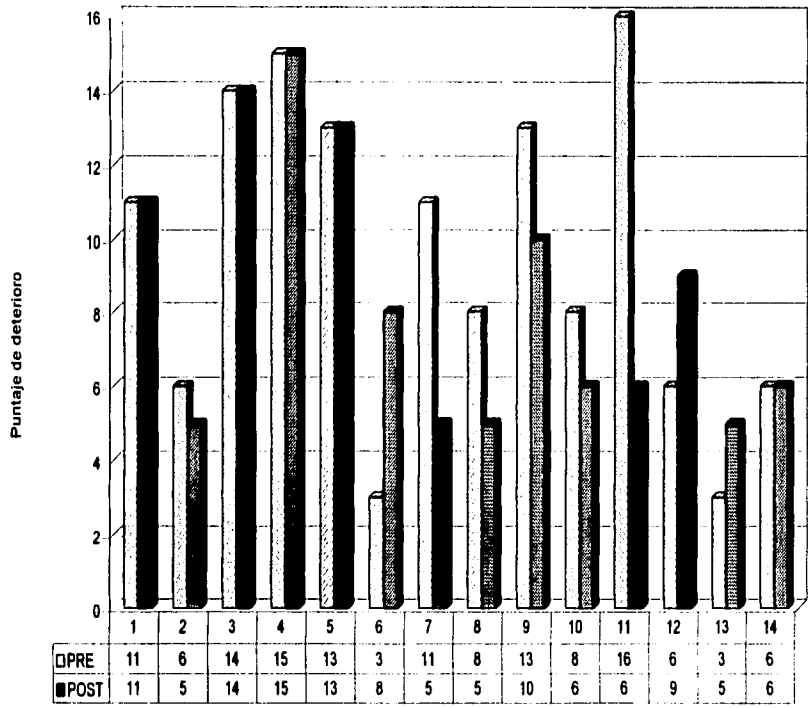


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

623

Pacientes

Fig. 4. Cambios a partir de la Intervención en **Funciones Cognitivas**. Resultados por paciente



Pacientes

Los cambios en el puntaje de deterioro a partir de la Intervención en el área de Estimación de la Calidad de Vida, se presentan en la Figura 5 la cual muestra que el 68.7% de los pacientes mostró una mejoría mayor a 25%. Los pacientes 4 y 16 obtuvieron una reducción del 84% y 67% respectivamente y la mayoría de los pacientes (2, 3, 7, 8 y 10) obtuvieron un 50% de cambio en sus puntajes y un 34% ocurrió para los pacientes 11, 12 y 14.

La gráfica 6 muestra los porcentajes de reducción del deterioro en los inventarios de ansiedad y de depresión de Beck (BAI y BDI). Se obtuvieron reducciones de 67.2% (de 285 puntos a 81) y 57% (de 105 a 19) respectivamente, con probabilidades asociadas menores a de .000 en el BAI y .002 en el BDI.

La reducción en los puntajes de Ansiedad como efecto del tratamiento están representados en la gráfica 7. Todos los pacientes mostraron una reducción mayor a un 30%. Especialmente beneficiados resultaron los pacientes: 15 (100%), 11 (97%), 9 (96%), 10 (95%), 8 (87%), 2 (85%), 12 (82%), 4 y 3 (67%), 1 (53%) y 5 (43%). Como ejemplos de estos casos, el paciente 11 redujo de 29 puntos a 1, el paciente 8 de 32 a 4 puntos.

En la gráfica 8 están representados los puntaje de reducción en Depresión con un 75% de los pacientes con reducción mayor al 30%. Los pacientes que obtuvieron un puntaje de reducción de un 100%

Fig. 5. Cambios en la **Estimación de la Calidad de Vida** a partir de la intervención. Resultados por paciente

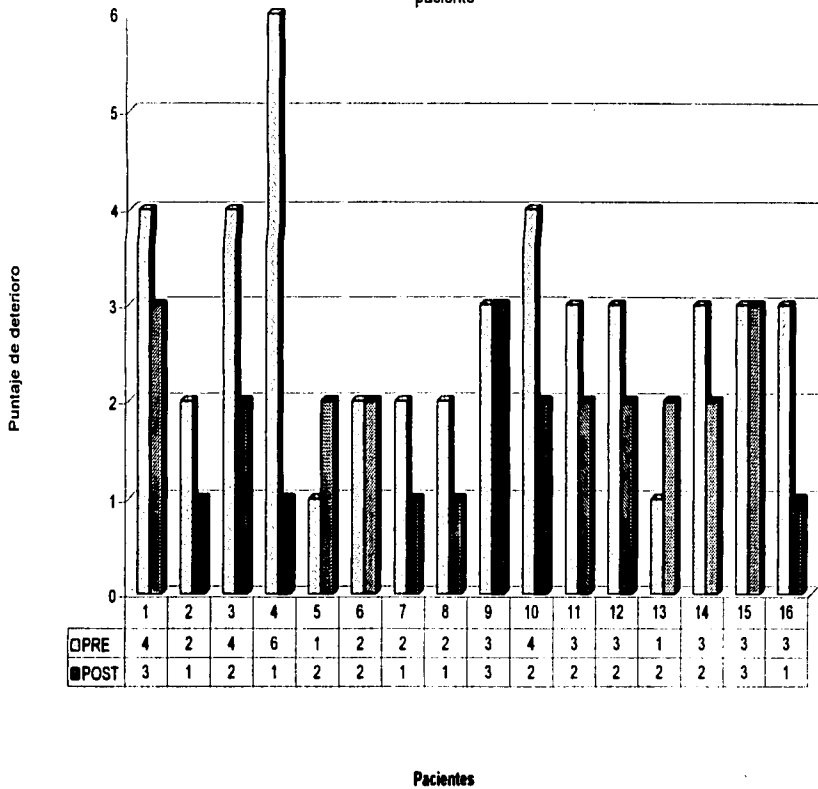
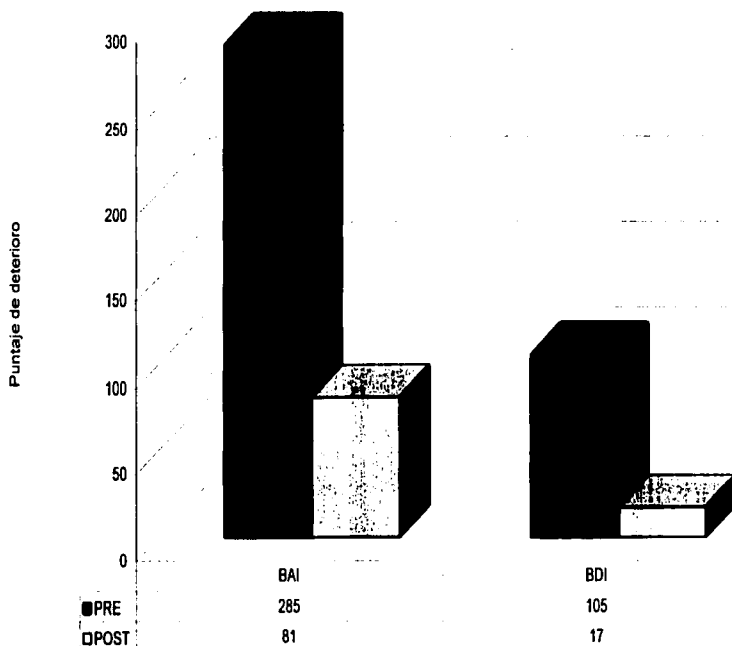


Fig. 6. Reducción del deterioro general en **Ansiedad y Depresión** a partir del tratamiento.
Resultados por grupo

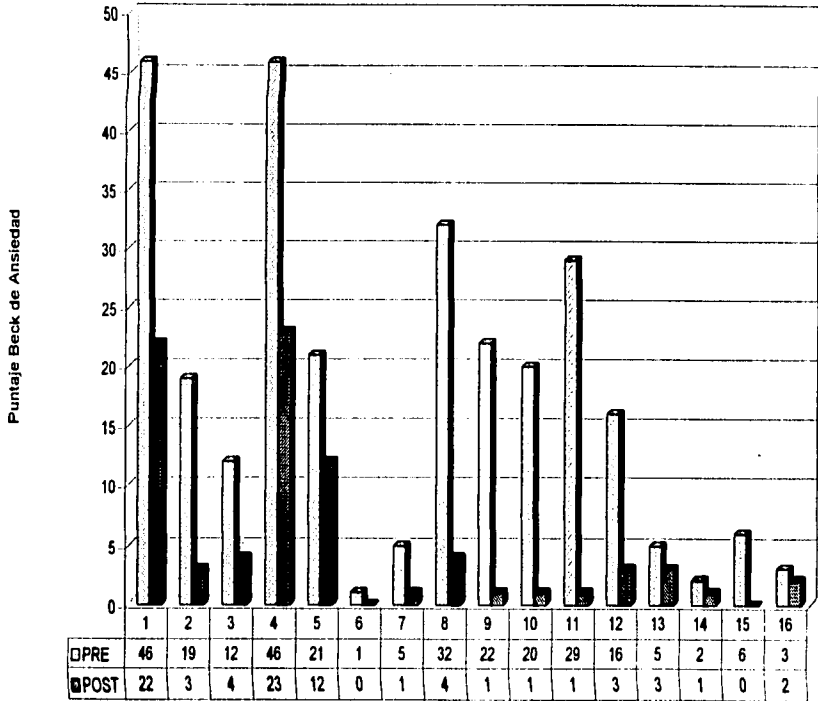


Beck de Ansiedad y Depresión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

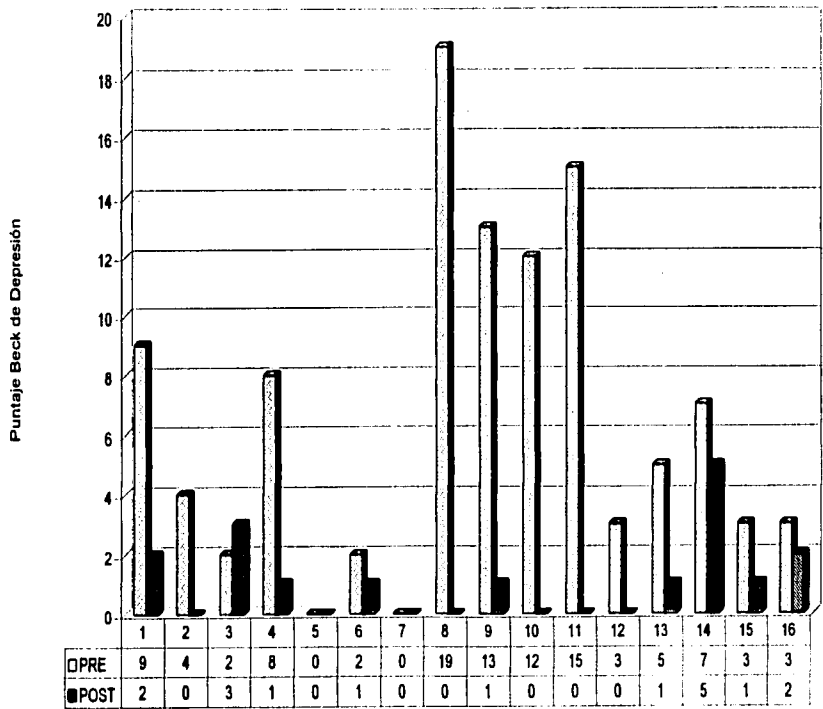
63B

Fig. 7. Reducción de la **Ansiedad** a partir del tratamiento



Pacientes

Fig. 8. Reducción de la **Depresión** a partir del tratamiento Resultados por paciente



Pacientes

fueron: 8, 11, 10 y 2. Los pacientes subsecuentes arrojaron 93% (9), 88% (4), 80% (13), 78% (1), 67% (15), 50% (6) y 34% (12 y 16). Los pacientes 5 y 7 no mostraron cambio alguno ya que desde el pre test puntuaron 0 en el BDI.

Los pacientes que obtuvieron un puntaje de reducción de un 100% fueron: los números dos, ocho, diez y once, los pacientes subsecuentes fueron con 93% (el nueve), 88% (el cuatro), 80% (trece), 78% (uno), 67% (quince), 50% (seis) y 34% (doce y dieciséis); los pacientes cinco y siete no tuvieron cambio alguno ya que en el pre test puntuaron 0 en el BDI al igual que en el pos test.

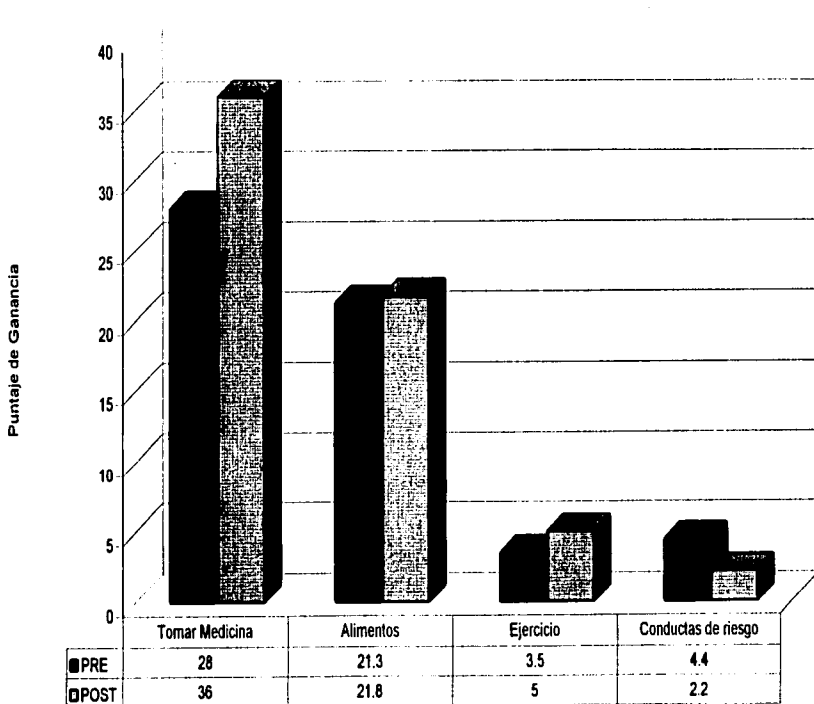
Para obtener los porcentajes de Aumento en la Adherencia al Tratamiento, se sumaron las frecuencias por paciente en las semanas de línea base y tratamiento en las cuatro áreas. Después de obtener la sumatoria por paciente se obtuvo el porcentaje para posteriormente calcular un porcentaje de ganancia por grupo. En esta ocasión la línea base se multiplicó por una constante (100) dividiéndolo entre lo obtenido durante el tratamiento y restándolo de 100, es decir, $(100 - (\text{el valor de línea base} * 100) / \text{tratamiento})$. Se busca representar un porcentaje de ganancia en el aumento de la adherencia terapéutica en Toma de Medicamentos, alimentos y ejercicio. En el área de conductas de riesgo lo que se busca obtener es el porcentaje de "ganancia" en la reducción de esas conductas por lo que se computó la misma fórmula utilizada para el InCaViSa.

La figura 9 muestra el Aumento en la Adherencia al Tratamiento a partir del la Intervención. Se obtuvo en 28% de ganancia en la Toma de Medicamentos, 3% en alimentos, 30% en ejercicio y se redujeron en un 50% las conductas de riesgo en que los pacientes incurrierán antes de tener un tratamiento psicológico; todas las áreas arrojaron una probabilidad asociada al cambio menor que .01.

Los cambios en Toma de Medicamentos mediante el Sistema de Autoregistro Conductual está representado en la figura 10. El 43% del grupo obtuvo un porcentaje de ganancia mayor a 20%, en donde un 50% ganancia se obtuvo en el paciente tres, un 43% en el paciente quince, el 25% los pacientes nueve y doce. Finalmente en los pacientes uno, dos y dieciséis este porcentaje fue de un 20% a un 21%. En ocho pacientes (cuatro, cinco, seis, ocho, diez, cuatro, trece y catorce) este porcentaje estuvo entre -5% y -38%.

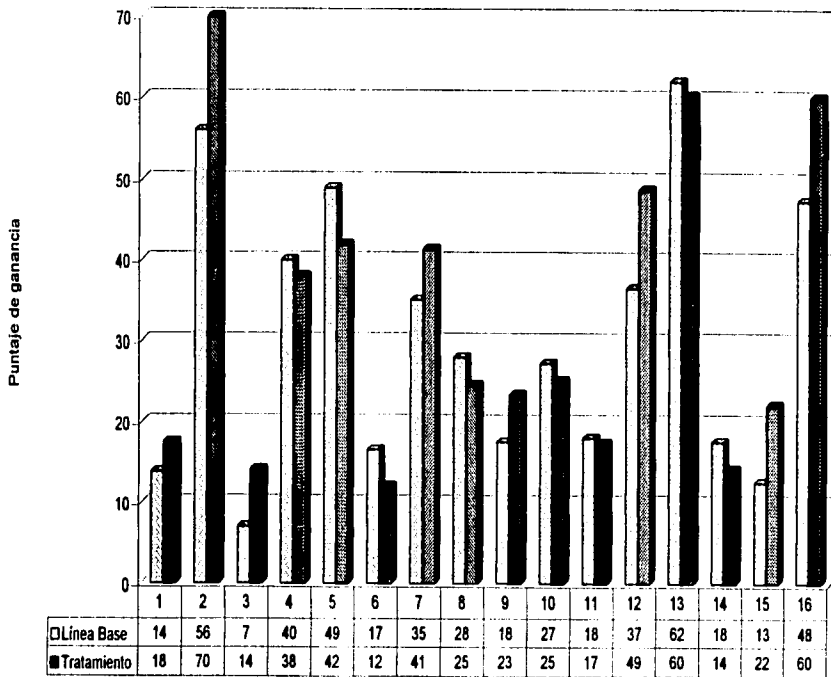
El área de Alimentos representada en la figura 11 muestra en la abscisa a los dieciséis pacientes y en la ordenada el puntaje de ganancia del pre test al postest. La mayoría del grupo, nueve pacientes, esta ganancia cambió en un rango de -7 a -37%; los pacientes cinco y trece obtuvieron una ganancia de 41%, los pacientes catorce y seis obtuvieron un 11% y 12% respectivamente, el ocho y nueve no presentaron cambios en la frecuencia de ingerir alimentos.

Fig. 9. Aumento en la Adherencia al Tratamiento a partir de la Intervención



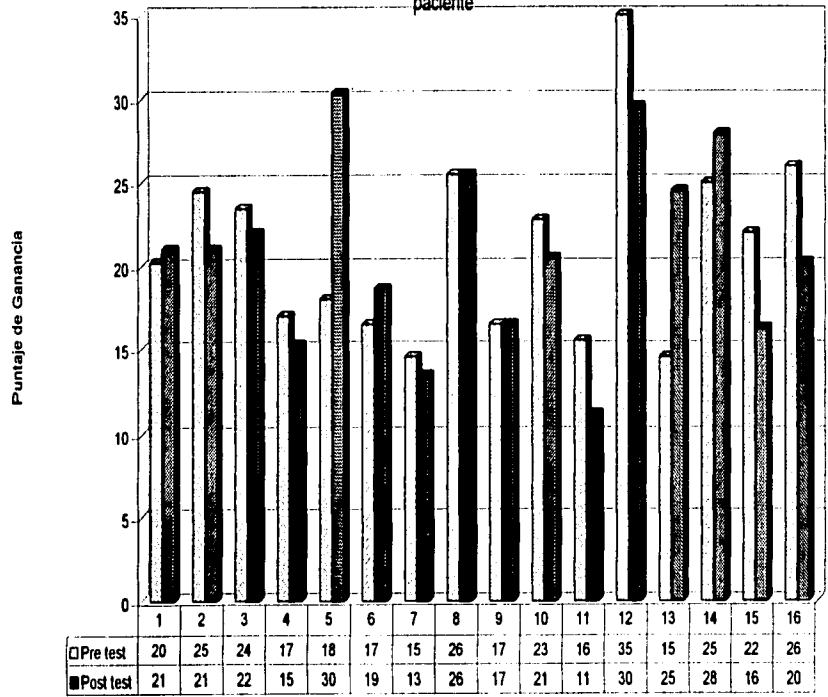
Áreas del Sistema de Autoregistro Conductual de Adherencia Terapéutica

Fig. 10. Adherencia Terapéutica en "Tomar Medicina" a partir de la intervención. Resultados por paciente



Pacientes

Fig. 11. Adherencia Terapéutica en "Alimentos" a partir de la Intervención. Resultados por paciente



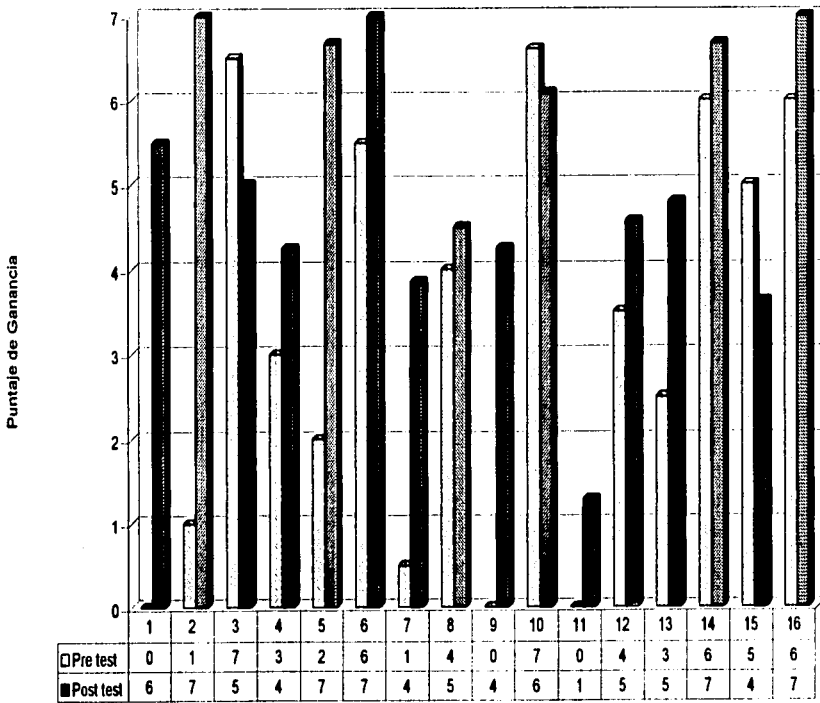
Pacientes

El área "Ejercicio" de Adherencia Terapéutica se muestra en la figura 12, el 81% de los pacientes aumentó el puntaje de ganancia de la línea base al tratamiento en más de un 15% en ejercicio a la semana. El máximo porcentaje de ganancia lo obtuvieron los pacientes nueve, uno y once con un 100% de aumento; el paciente dos con 86%, seguido del paciente siete con 75% y un 72% fue obtenido por el paciente cinco. El paciente trece mejoró obteniendo un porcentaje de ganancia de 40%, los pacientes cuatro, doce y ocho con un rango de ganancia de 20 al 29%. Un 15% lo obtuvieron los pacientes seis, catorce y dieciséis, sólo tres pacientes el tres, diez y quince redujeron la frecuencia de realizar ejercicios entre un 16% y 30%, arrojando un cambio negativo.

La reducción que se obtuvo en las "Conductas de Riesgo" de línea base a tratamiento se presentó en la figura 13; en diez pacientes (62%). Los pacientes ocho, doce, dieciséis, trece, diez y cuatro redujeron sus conductas de riesgo en más de un 50%, obteniendo así 80%, 75%, 71%, 67%, 57% y 54% respectivamente. No se presentaron cambios en los pacientes tres, siete, nueve y catorce, los tres últimos con 0 conductas de riesgo desde línea base. Sin embargo, dos pacientes, el uno y cinco aumentaron sus conductas de riesgo con una frecuencia de 0 en línea base a 1 en el tratamiento.

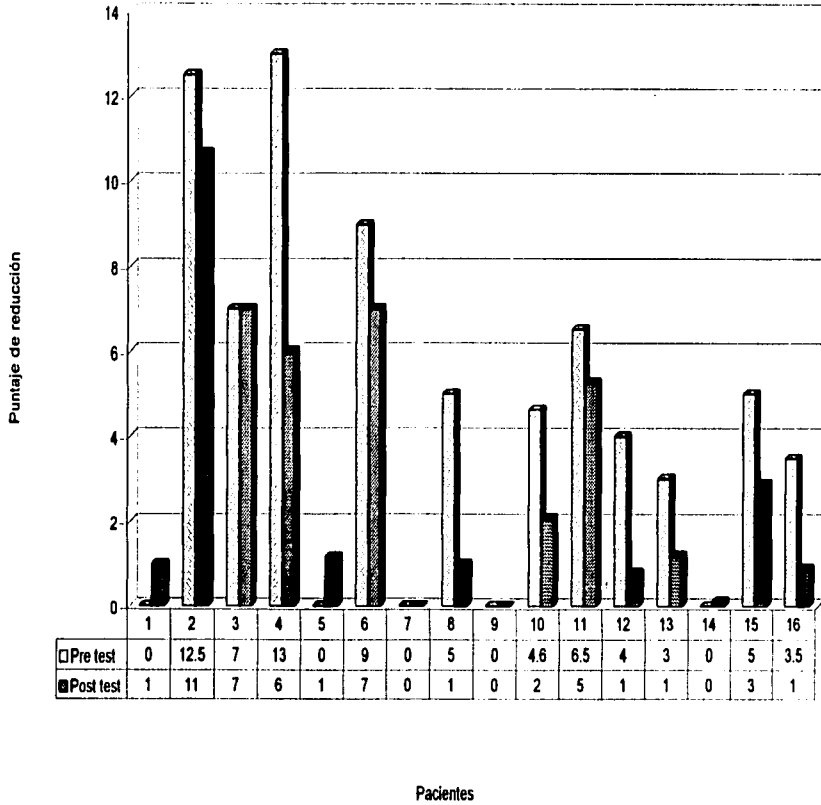
Para comparar los puntajes obtenidos en el Inventario y el Sistema de Autoregistro con cambios fisiológicos relevantes, se examinó la

Fig. 12. Adherencia Terapéutica en "Ejercicio" a partir de la Intervención. Resultados por paciente



Pacientes

Fig. 13. Reducción de "Conductas de Riesgo" a partir de la Intervención. Resultados por paciente



fluctuación con medidas de glucosa en sangre, peso y presión arterial que se muestran de las figuras 14 a la 18 y la tabla 1.

En las figuras se muestran los porcentajes de beneficio en medidas de Glucosa en sangre del grupo y por paciente antes, durante y después de la intervención. Estas medidas se obtuvieron de los expedientes médicos de los pacientes de los correspondientes registros de los resultados de los análisis de laboratorio. Se obtuvieron un máximo de 8 medidas de glucosa en algunos pacientes ya que, en los expedientes, éstas medidas ocurrían de cada mes a cada tres meses o en cada ocasión que tenían una cita con el médico.

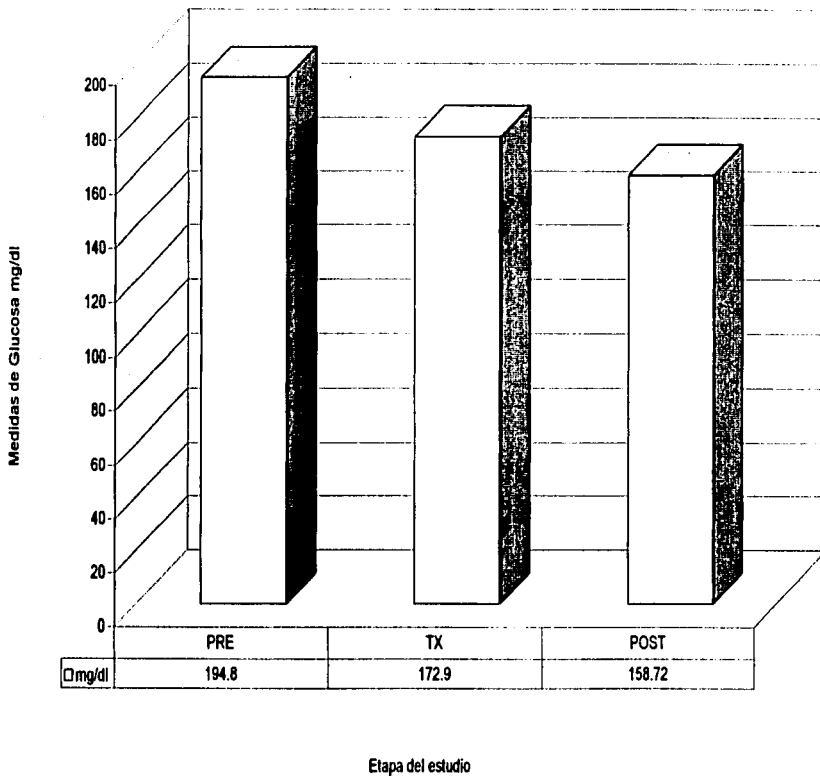
En la etapa de tratamiento (incluyendo la línea base) se obtuvieron un máximo de 7 medidas. Algunos pacientes no tuvieron medidas durante alguna etapa de tratamiento debido a varios factores: uno es que el número de sesiones mínimas en tratamiento fueron de 4 (un mes) y el otro es que algunos expedientes prácticamente se acababan de abrir cuando se inició el tratamiento con los pacientes antes de tener registro de los antecedentes de glucosa. Sólo en un caso, (paciente catorce) no se obtuvo dato alguno de estas medidas por que no se localizó el expediente. Se trata de un paciente sin teléfono para verificar el número de expediente y posiblemente esté dado de baja por inasistencia o fallecimiento.

La figura 14 representa el porcentaje de ganancia en las tres etapas en que se obtuvieron las medidas. Hubo un porcentaje de ganancia del pre tratamiento al tratamiento de 11.24% y del tratamiento al post tratamiento de 8.20% para obtener una ganancia total de 19.44% al disminuir las medidas de glucosa.

La figura 15 muestra estos cambios en glucosa por paciente. El 43% de los pacientes disminuyó sus niveles de glucosa en sangre en más de un 20%. Los pacientes trece, seis y once obtuvieron un porcentaje de ganancia de 39%, 34% y 30%, los pacientes dos, cuatro, diez y quince estuvieron en la gama de 23% a 28% de ganancia. Sólo en dos pacientes, el doce y dieciséis, este porcentaje fue menor a 10% con 2% y 9% respectivamente. En cuanto a los demás pacientes: uno, tres, cinco, seis, ocho y nueve aumentaron sus niveles de glucosa durante el tratamiento o después del tratamiento. La mayoría de los pacientes presenta niveles altos a los normales con diabetes mellitus, > a 140 mg/dl.

Los porcentajes de ganancia en las medidas de peso, se exponen en la figura 16, Los cambios incluyeron de -1.32% del pre tratamiento al tratamiento, -2.18% del tratamiento al post tratamiento y un cambio total de -3.50% al aumentar de peso los pacientes de un promedio de 59.9 kg en el pre tratamiento a un 62.03 kg de promedio grupal en el post tratamiento. Recordemos que el peso es un factor importante en

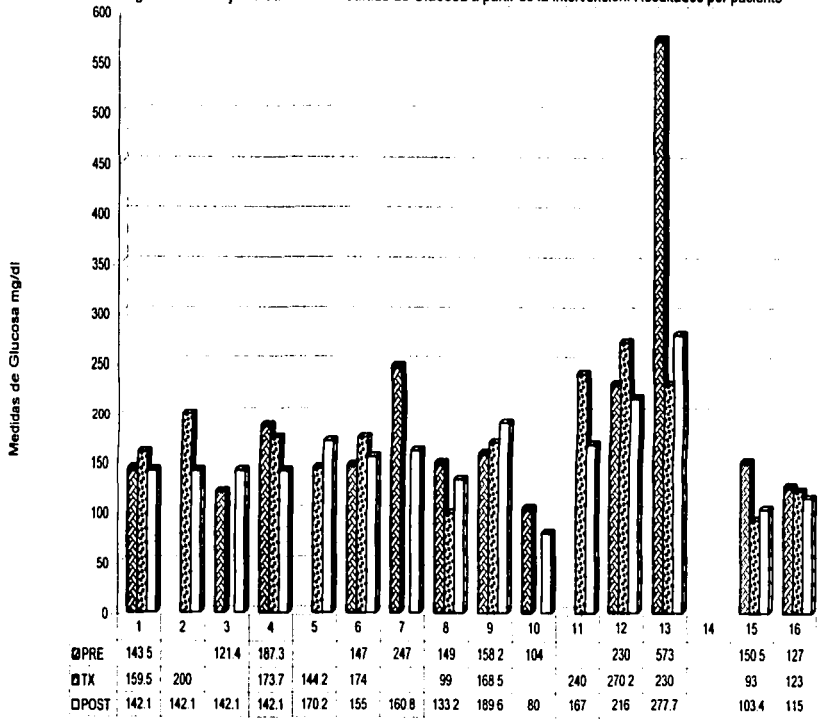
Fig. 14. Porcentaje de Ganancia en **Medidas de Glucosa** en Sangre antes, durante y después de la intervención



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

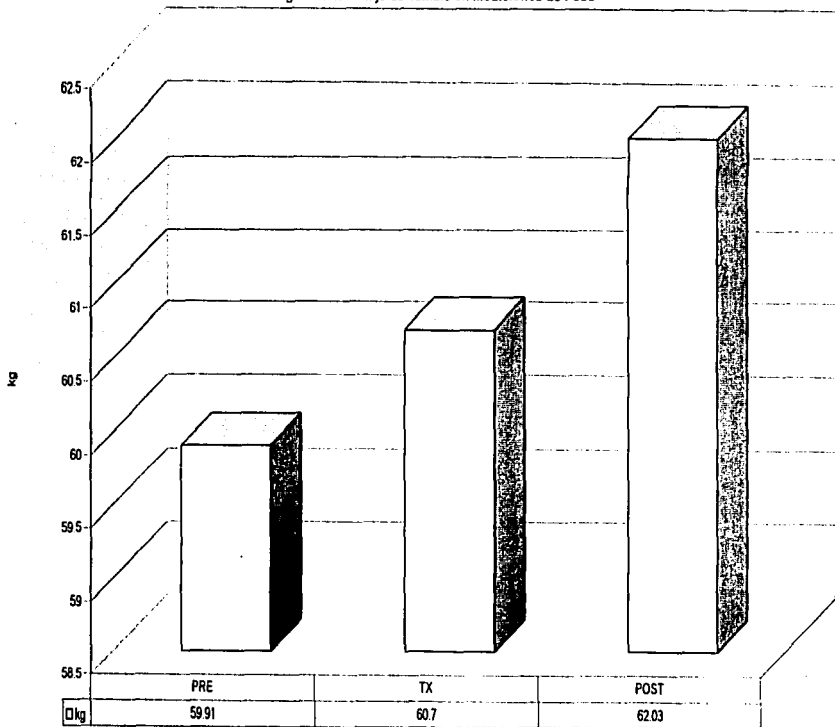
68 B

Fig. 15. Porcentaje de Cambio en **Medidas de Glucosa** a partir de la Intervención. Resultados por paciente



Pacientes

Fig. 16. Porcentaje de cambio en Mediciones de Peso



68c

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

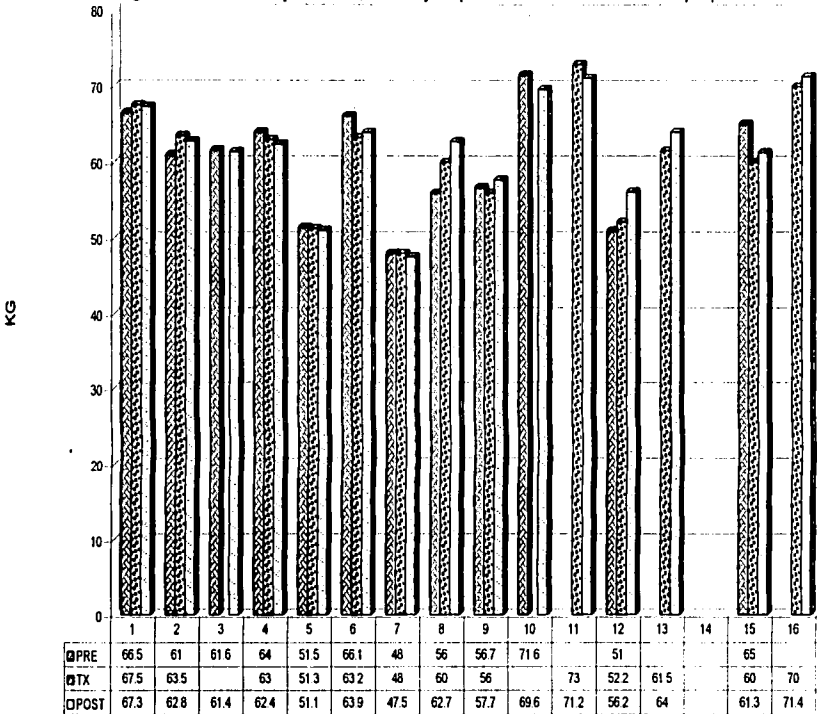
la medición de adherencia terapéutica ya que, puede facilitar la incidencia de complicaciones a corto plazo.

Las mediciones de peso, antes, durante y después del tratamiento en cada paciente se muestran en la gráfica 17. La ordenada muestra las mediciones en Kg y en la abscisa los puntajes y cambios en cada paciente. En esta figura, el 34% de los pacientes (uno, dos, ocho, nueve, diez, trece y dieciséis) muestran un aumento de peso con un cambio negativo en un rango de -0.50 a -11% . Los pacientes beneficiados por la Intervención son el tres ($.32\%$), cuatro (2%), cinco ($.78\%$), seis (3%), siete (1%), diez y once con 2% y quince con 5% .

Finalmente, la última medida fisiológica, la Presión Arterial del grupo, se presenta en la figura 18. Para obtener los porcentajes de ganancia en ésta medida, se sumaron las medidas en mm/Hg de la sistólica y la diastólica de todos los pacientes dividiéndola entre quince, que es el número de pacientes de quien se obtuvo esta medida y se computó la fórmula para obtener el porcentaje de ganancia en las tres etapas del tratamiento.

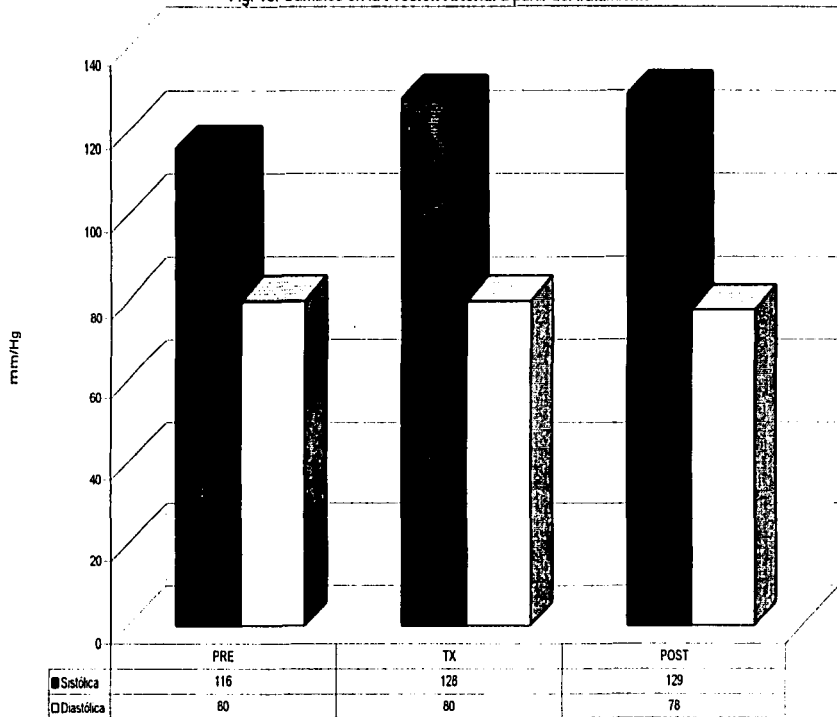
El porcentaje de ganancia del pre tratamiento al tratamiento fue de $-10/0$ es decir que en la medida sistólica aumentó un 10% y en la medida diastólica no se presentó cambio, del tratamiento al pos tratamiento se obtuvo un porcentaje de cambio de $-7/25$ representando así, que la presión sistólica aumentó un 7% y la presión diastólica disminuyó en un 25% ; en el cambio total se obtuvo $-11/2$

Fig. 17. Mediciones de peso antes, durante y después del tratamiento. Resultados por paciente



Pacientes

Fig. 18. Cambios en la **Presión Arterial** a partir del tratamiento



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

693

Etapas de la Intervención

por lo que la presión sistólica aumentó en el grupo en un 11% y sólo se obtuvo una disminución de la presión diastólica en 2%.

La Tabla 1. muestra los porcentajes de cambio en la Presión Arterial por paciente, tomando en cuenta los rangos de normalidad entre 130/80 y 100/60 mm/Hg, hipertensión con $> 140/90$ o $150/100$ mm/Hg. El 46% de los pacientes redujo su presión arterial en un rango de 3/ 4 a un máximo de 22/15, el paciente dos obtuvo un cambio total de 10/11, el cuatro de 4/8, siete 11/4, ocho 4/11, diez 8/6, trece 22/4 y quince de 3/15.

Los demás pacientes (53%) obtuvieron un porcentaje de cambio negativo en alguna de las dos medidas, sistólica y/o diastólica como sigue: el paciente uno con -18/4, paciente tres con -14/2, cinco - 29/12, seis -1/-14, un -4/4 en el paciente nueve, 0/-6 en el paciente once, -3/2 en el doce y el paciente quince con -31/-1.

Los resultados de los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Validación Social por paciente, se presentan en la tabla 2, a cuatro pacientes no se les aplicó el cuestionario por no tener teléfono, estar hospitalizado o por que no se les localizó. Los resultados se sumaron con el número de veces que los pacientes dieron una respuesta la cual se multiplicó por cien y se dividió en 12 pacientes para obtener el porcentaje de respuesta de los mismos.

Tabla 1. Porcentaje de Ganancia en **Presión Arterial**. Resultados por paciente

Paciente	Pre	Tratamiento	% ganancia	Post	% ganancia	% ganancia pre-post
1	111/82			131/78		-18/4
2	120/80	120/80	0	108/71	10/11	10/11
3	128/20			120/75	-14/2	6/6
4	140/82	114/73	18/10	130/75		4/8
5		147/85		190/96	-29/12	-29/12
6	115/65	115/70	0/-7	117/75	-1/-7	-1/-14
7	146/92	140/90	4/2	130/88	7/12	11/4
8	130/80	110/80	15/0	114/76	-3/5	4/11
9	136/90	120/80	11/11	140/85	-16/6	-4/4
10	128/86			117/80		8/6
11		120/80		120/85		0/-6
12	111/73	124/78	-11/-1	114/71	8/4	-3/2
13		150/86		117/82		22/4
14						
15	116/74	135/75	-16/-1	156/75	-15/0	-31/-1
16		145/95		140/80		3/15

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

702

Tabla 2. Cuestionario de Validación Social. Resultados por paciente

ÁREAS		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Evaluación de Salud		1	4	5	2	2	2		2	4		4	2	3	2			4	
	Tomar Medicina	2	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1			1	
Adherencia		3	2	4	1	2	3		2	0		4	2	3	4			3	
	Alimentos	4	3	3	3	3	3		3	2		4	3	4	3			3	
	Ejercicio	5	0	0	7	7	7		7	0		3	0	7	7			7	
	Conductas de Riesgo	Tortillas	6	7	0	7	7	7		7	2		7	7	7			7	2
		Dulce	7	0	0	0	2	0		0	1		0	3	1			0	2
		Grasa	8	7	0	1	0	1		0	1		1	1	0			0	0
		Alcohol	9	0	0	0	0	0		0	0		0	0	0			0	0
		Fumar	10	0	0	0	0	0		0	0		0	0	0			0	0
	Urgencias	11	4	1	4	4	3		4	1		4	4	4	4			1	
	Evaluación del Tratamiento Psicológico	Terapeuta	12	3	1	2	1	2		1	3		3	2	1	1			1
13			1	1	9	8	8		8	3		10	11	9	1			10	
14			1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1			1	
Evaluación General del Tratamiento		15	1	1	1	1	1		1	1		1	2	1	2			1	
Proceso de Tratamiento		Citas	16	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1			2
		Tiempo de citas	17	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1			1
		InCaViSa	18	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1			1
Sistema de Autoregistro Conductual	19	1	1	2	2	2		1	1		1	1	1	1			1		
Evaluación de los Resultados	Técnica más utilizada por el paciente	20	1	1	1	5	1		1	1		1	1	3	1			6	
	Aplicación de técnicas con personas	21	2	4	1	2	5		6	2		5	7	5	5			5	
	Modificación de hábitos para el mantenimiento	22	1	2	2	5	4		3	6		4	5	2	5			7	
Relevancia Social del Tratamiento	Opinión de Personas cercanas al paciente	23	2	5	5	6	2		5	5		8	3	2	2			7	
Calidad de Vida	Evaluación General de Calidad de Vida	24	1	3	1	1	1		1	1		2	2	1	1			2	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

7013

El 50% de los pacientes, evaluó su Salud como muy buena, el 33% como regular, el 8.3% como buena y 8.3% como mala. El 100% comentó que sigue tomando sus medicamentos como se los indicó el médico; el 8.3% sólo toma un medicamento, el 33% toma dos, el 25% toma entre 3 y 4 medicamentos y sólo a una paciente, el 8.3% se le retiró el medicamento por indicaciones del médico, controlándose con dieta.

En cuanto a Adherencia terapéutica, el 8.3% ingiere alimentos dos veces al día, el 75% realiza tres y el 16.6% cuatro comidas al día; el 33.3% de los pacientes no realiza ejercicio alguno, el 58.3% realiza esta actividad siete veces a la semana y el 8.3% sólo tres veces a la semana.

Las conductas de riesgo que se evaluaron fueron: comer tortillas, dulce, grasa, alcohol y fumar obteniendo que el 8.8% no come tortilla, el 16.6% come dos tortillas a la semana, 75% como tortilla 7 veces a la semana de 1 a 3 tortillas al día. 58.3% no ha ingerido dulce desde el término del tratamiento, 16.6% como dulce un promedio de dos veces a la semana y 8.3% ingiere algo dulce tres veces a la semana. El 8.3% ingiere algo con grasa siete veces a la semana, 31.2% dos veces y 50% no come alimentos con grasa. Ningún paciente indicó ingerir alcohol o fumar.

El 25% de los pacientes presentaron alguna urgencia por hiperglucemia, el 8.3% estaba hospitalizado y el 66% no presentó alguna emergencia después del tratamiento.

En la evaluación del terapeuta, el 50% respondió que la atención proporcionada por el (la) psicólogo (a) fue excelente, el 25 % lo consideró muy bueno y el 25% restante como bueno. Lo que más agradó de la atención del terapeuta fue la amabilidad con un 25% y sus consejos, la forma cómo explicaba las cosas. La amabilidad del terapeuta, sus consejos y que lo escucharon obtuvo un 16.6% (por parte de otros pacientes) también, en la manera de ser del terapeuta, los consejos y que lo escucharon.

Un 8.3% estuvo expresamente dirigido a dos evaluaciones: que lo escuchó y amabilidad, cómo explicaba las cosas, el tiempo que le dedicaba y la conversación que tenían. Un 100% contestó que no hubo algo que le desagradara del trato del terapeuta.

La evaluación general del Tratamiento Psicológico fue de 83% como excelente y 16.6% como muy bueno. Las preguntas 16 a 19 evalúan el proceso del tratamiento en donde el 91% de los pacientes evaluó el número de sesiones como adecuadas o que estuvieron bien y el 8.3% (una paciente) contestó que le faltaron sesiones.

El 100% dijo estar "a gusto" con el tiempo que se le dedicó en cada sesión (máximo una hora) y, consideran que la aplicación del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) fue adecuada, es decir, no largo, entendible y con preguntas muy interesantes que hacían reflexionar.

En la evaluación del Sistema de Autoregistro Conductual de Adherencia Terapéutica, el 75% de los pacientes comenta que se le hizo adecuado, le funcionó el estar registrando lo que hacía y el 16.6% comenta que en un principio le costó un poco de trabajo el estar registrando todo lo que hacía durante el día, incluso, pidieron apoyo a los familiares.

Para evaluar los resultados obtenidos de la Intervención, se les preguntó a los pacientes sobre la técnica más utilizada y algunas modificaciones de hábitos que se han mantenido. Los pacientes comentan que la técnica que más les ayudó (y por eso la aplican) son: todas (75%), un 8.3% comenta que fue la relajación, otro 8.3% la relajación y los recordatorios. Las personas con quien aplican las técnicas son principalmente con la familia (esposo e hijos) en un 41.6%, el 25% lo ha aplicado sólo con los hijos y un 8.3% tuvo cuatro respuestas: con el esposo, a ella misma, con los hijos y en el trabajo y no lo ha aplicado a alguien más.

Los cambios que los pacientes tuvieron que hacer fueron principalmente en la comida y el trato con la familia, el carácter para controlarse y la comida en un 25% respectivamente. El trato con la familia, modificar su carácter para controlarse, hacer cosas nuevas y la comida, y, todo con un 8.3%; sólo un 16.6% estuvo en hacer cosas nuevas.

Otra área del Cuestionario de Validación Social es la relevancia social que el tratamiento tuvo en algún cambio que alguien cercano al paciente haya percibido. El 33.3% comenta que familiares, amigos y vecinos le hicieron algún comentario sobre los cambios que ha tenido, el 8.3% fueron comentarios de vecinos, amigos o no le han hecho algún comentario.

Finalmente, se evaluó la Calidad de Vida en general, éste reactivo se obtuvo del InCaViSa del área Estimación General de Calidad de Vida donde el 66.6% respondió que la evalúa como la mejor calidad de vida posible y 33% como una calidad de vida buena.

Discusión.

El presente estudio tuvo como propósito explorar las áreas de Calidad de Vida y Adherencia Terapéutica que se ven afectadas por la evolución propia de la Diabetes Mellitus con o sin comorbilidad con cuadros clínicos como la Hipertensión Arterial. Un segundo propósito consistió en analizar los efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre cambios en dichas variables y en medidas tales como la glucosa en sangre, el peso y la presión arterial.

Los principales hallazgos del presente estudio señalan, por una parte que, en la diabetes mellitus, la calidad de vida y la adherencia terapéutica tienen normalmente valores por debajo de lo esperado, generando sufrimiento innecesario o riesgo de lentitud en la recuperación o de complicaciones que pueden llegar a ser muy graves. Los resultados sobre los cambios generados en calidad de vida, adherencia terapéutica y en variables relevantes de tipo fisiológico muestran que los procedimientos de la intervención cognitiva conductual instrumentada durante el presente estudio produjeron mejoría en la gran mayoría de las variables relevantes, para la gran mayoría de pacientes participantes.

La naturaleza del esquema de comparaciones o diseño empleado genera un grado razonable de confianza en que los cambios observados de antes a después de la intervención son atribuibles a ésta, más que a otros factores que puedan haber fluctuado a lo largo del estudio. El hecho de que se cuente con más de quince réplicas

independientes de los principales efectos clínicos, en momentos diferentes tanto de inicio del tratamiento como de inicio de la evolución del padecimiento, permiten concluir que el paso del tiempo per se no genera mejoría en prácticamente ninguna de las variables y por tanto difícilmente podría explicar los hallazgos del presente estudio.

El monto y permanencia de los cambios sugiere, adicionalmente, que además de una mejoría significativa tanto en sentido estadístico como clínico, es probable que las áreas modificadas puedan haber caído bajo el control de variables extra-experimentales como sería de esperarse en una intervención que busca reducir a un mínimo posible los casos de recaída. En efecto, la intervención y el apoyo provisto por los familiares de los participantes bien podría explicar, al menos parcialmente, el mantenimiento de los efectos a tres y seis meses.

Estos hallazgos confirman y extienden los de estudios similares encontrados en la literatura de investigación internacional. Quizá una contribución específica del presente caso consiste en haber podido documentar cambios relativamente específicos en las tres esferas generales que componen la interacción entre comportamiento humano y salud referidas probablemente a la especificidad de las intervenciones mismas. En efecto, la intervención buscó afectar expresamente aspectos en tres áreas: la cognitiva, la emocional y la instrumental, a fin de asegurar algún nivel de congruencia en los efectos mutuos de mantenimiento individual (Sánchez Sosa, 2002a).

El hecho de que en Calidad de Vida, las áreas que presentaron los niveles de deterioro más severos antes del tratamiento fueron Percepción de Salud y Bienestar, Funciones Cognitivas, Relaciones Interpersonales y Ansiedad, añade peso a los argumentos que señalan la importancia de las intervenciones psicológicas para facilitar la recuperación de la salud (Sánchez Sosa, 2002b). Estos propósitos son congruentes con las propuestas de la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional en la Declaración San Vicente en hacer énfasis en la prevención de las complicaciones al restaurar la salud y establecer estilos de vida higiénicos con un tratamiento de patrones establecidos e individualizados para cada paciente (Lerman, 1998).

El hecho de que en un máximo de tres meses de tratamiento se haya podido aumentar Calidad de Vida, Adherencia Terapéutica y reducir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con antigüedades de evolución que oscilan entre seis y catorce años añaden un componente de relación costo-beneficio positiva para intervenciones de esta naturaleza. Tan sólo algunos de los efectos que apuntan en esta dirección incluyen el hecho de que la toma de medicamentos mejoró en un 24% en los pacientes y la congruencia alimenticia entre lo recomendado por el equipo de salud y lo realizado por los pacientes se incrementó de manera notoria. Tal es el caso de la frecuencia de ingestión de alimentos al día, la disminuyó a tres o cuatro veces. Las conductas de riesgo que fueron ingerir algo dulce, comer tortilla, pan, algo con grasa disminuyeron en un 50%. Este efecto se observa tanto en los autoregistros directos como en el Cuestionario de Validación social aplicado por teléfono meses después de terminado el

tratamiento. A pesar de no ingerir alimentos con la frecuencia específica con la que se recomienda (cinco veces al día) los pacientes, y probablemente sus familiares sí pusieron más cuidado en lo que ingirieron, conducta que se estableció durante el tratamiento y que se mantuvo después de él.

La mayoría de las medidas de glucosa en sangre antes del tratamiento en la mayoría de los pacientes se encontraban >140 mg/dl, y disminuyeron durante y después de la intervención obteniéndose mejorías promedio cercanas al 19.4%. De igual modo, las conductas de riesgo se redujeron hasta en un 50%, y el ejercicio aumentó entre 24% a 30%. Esto señala que los pacientes durante el tratamiento pudieron adquirir algunas habilidades y conocimiento de las que carecían y que les permitieron ejercer mejor control metabólico.

Posiblemente otra razón de la mejoría en los niveles de glucosa se deba al aumento en la frecuencia del ejercicio medidos por el Sistema de Autoregistro de Adherencia Terapéutica y al Cuestionario de Validación Social en donde el 81% de los pacientes aumentó la frecuencia de ejercicio a siete veces por semana. El ejercicio determina la disminución de concentración de glucosa basal y posprandial, aumenta el gasto de energía al reducir el peso, mejora la presión arterial y la sensación de bienestar (Mayer-Davis, D'Agostino, Carter, Affner, Rewers, Saad & Bergman, 1998).

Habría que revisar el hallazgo de que el peso y la hipertensión, factores de riesgo en la diabetes, aumentaron muy levemente (dos kg y -11/ 2 mm/Hg) y buscar en futuros estudios si se trata de un efecto atribuible al tratamiento. El hallazgo secundario de que se redujeron las situaciones conflictivas con los familiares y se recibió mayor apoyo de éstos sugiere que los componentes psicoterapéuticos de la intervención probablemente ayudan a consolidar los efectos de los procedimientos más directamente relacionados con el ámbito clásico de la medicina conductual (los cambios médicos) mediante la mejoría de sus relaciones interpersonales, el inicio de nuevas actividades, un control emocional más eficaz y una disminución de la ansiedad y la depresión, entre otras quejas.

Uno de los factores que pudo influir en la mejora de la adherencia terapéutica y calidad de vida de los pacientes es la relación terapeuta paciente que como se comenta en la literatura, al haber mayor satisfacción del paciente en la relación con su terapeuta, existe mayor y mejor cumplimiento a los programas de tratamiento y menor probabilidad de deserción. Este tema puede cotejarse examinando los datos del Cuestionario de Validación Social. En éste el paciente evaluó la atención del terapeuta como excelente en una alta proporción, con la amabilidad, los consejos del terapeuta y la forma como daba las explicaciones lo que más agradó del trato del terapeuta.

Estudios posteriores en esta línea de investigación se beneficiarían de la adición de algunas precauciones metodológicas complementarias tales como la video-grabación de las sesiones a fin de ponderar en mayor detalle la integridad del tratamiento (validez de la variable independiente) y quizá intentar un análisis de componentes que conduzca a aislar la contribución relativa de los diversos procedimientos específicos de la intervención a la mejoría. Esto debería incluir tanto el funcionamiento psicológico como el establecimiento de factores que faciliten la recuperación de la salud o, al menos, su control más eficaz.

REFERENCIAS

- Alvaradejo, G., C. (1996). Estudio preliminar a la construcción de una escala de Calidad de Vida para pacientes que sobreviven a padecimiento oncológico, *Tesis de Licenciatura*, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alpizar, S.M. (2001). *Guía del manejo integral del paciente diabético* (pp.333). México:El Manual Moderno.
- Ayala, H., Oropeza, R., Pedroza, F., Galan, S., y Martínez, K. (2002). Evaluación del Cambio Clínico en las Intervenciones Psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 73-84.
- Berkow, R., Beers, M., Fletcher, A. (1997) Manual Merck de Información Médica para el Hogar. España: Océano.
- Blackwell B. (1983). Medical intelligence. *The New England Journal of Medicine* 289 (5), 249-252. En F. Puente- Silva, Puente-Silva. *Adherencia Terapéutica, Implicaciones para México* (pp. 134). México:UNAM.
- Blackwell B. (1976) Treatment adherence. *British Journal of Psychiatry* 129, 513- 531. (citado en Puente- Silva, 1984)
- Buela-Casal, A. y Caballo, V. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 113). España: Siglo XXI.

Casanueva, E., Kaufer. Horwitz, M., Pérez- Luzaur, A.B., Arroyo, P. (2001) *Nutriología Médica* (1ª. Reimp.). México: Fundación Mexicana para la Salud & Editorial Médica Panamericana

Cella & Tross (1986) Psychological Adjustment to Survival from Hodgkins's Disease. *Journal or Consulting and Clinical Psychology*, 54 (5), 616- 622. En G.C. Alvaradejo. Estudio preliminar a la construcción de una escala de Calidad de Vida para pacientes que sobreviven a padecimiento oncológico, *Tesis de Licenciatura*, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Domínguez, B., Valderrama, P., Cruz, A. Olvera, V. y Pérez, S.(1998). *Manual para el taller teórico-práctico "Manejo del Estrés"* (pp. 28). México: Facultad de Psicología, UNAM.

Domínguez TB. (1994) El alivio del dolor crónico asociado con el cáncer. Aportaciones de la Psicología, *Revista Mexicana de Psicología*, 11, 2, 163- 173. En S. J. Martínez. Disminución de la percepción del dolor en pacientes con cáncer cervico- uterino con técnicas psicológicas, *Tesis de Licenciatura*, UNAM, Facultad de Psicología.

Dunbar, J.M., Stunkard, A.J. (1979) Adherence to medial regime. *Nutrition lipids and Coronary Heart Disease*. Ed. Levy, Dennis, Nueva York

Duran, L., Bravo, P., Hernández, M. y Becerra, J. (1977). *El diabético optimista, Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la Salud* (pp. 256). México: Trillas.

Fawzy, F. I. (1988) Group therapy in the cancer setting. *Psychotherapy Research*, 45 (3), 191- 200.

Feist, J. & Brawon, L. (1988). *Health Psychology: an Introduction to Behavior and Health*. New York: Word Sworth Publishing Company.

Festinger, Carlsmith. (1959) Cognitive consequences of forced compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 58, 203- 210. (citado en Puente- Silva, 1984)

Fiester A R y Cols.(1974) Shaping a clinic population: The dropout problem reconsidered. *Community Mental Health Journal* 10 (2), 173-179. En F Puente-Silva, F. (2001). *Adherencia Terapéutica, Implicaciones para México* (pp. 134). México:UNAM.

Frazer, G. H. (1998) Assesment of quality of life indicators among selected patients in a community cancer center. *Issues in Mental Health Nuersing* 19 (3), 241- 262.

González- Puente, Sánchez- Sosa (2001) Systematic assessment of the quality of life in HIV- positive patients at three clinical stafes of the infection. *International Journal of Healt and Clinical Psychology*. En prensa

Griffiths & Murray, (1988) *Oncología básica: fisiopatología, Evaluación y tratamiento*, México, La Prensa Médica Mexicana. En G. C. Alvarado. Estudio preliminar a la construcción de una escala de Calidad de Vida para pacientes que sobreviven a padecimiento oncológico, *Tesis de Licenciatura*, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Instituto Nacional de Geografía e Informática. (2001). *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social*. México:INEGI

Knight, S.J. (1998) *Oncology and hematology. Clinical handbook of health psychology: A practical guide to effective interventions*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers, 389- 438.

Johnson D. A. (1983) The discontinuance of maintenance in neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: Drug and social consequences. *Acta Psychiatrica Scandinava* 5, mayo, 339- 352. (citado en Puente- Silva, 1984)

Labrador, F. y Cruzado, J.A. (1997). *Manual de técnica de modificación y terapia de conducta* (4ta. ed.). Madrid: Pirámide.

Lerman, I. (Eds). (1998). *Atención Integral del Paciente Diabético* (2a. ed.). México: Interamericana.

López, o. y Pineda, C.(2001). Adherencia terapéutica y afrontamiento en pacientes hipertensos. *Tesis de Licenciatura*, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Martínez S., J. (2000) Disminución de la percepción del dolor en pacientes con cáncer cervico-uterino con técnicas psicológicas, Tesis de Licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología.

Mayer-Davis, E.J., D'Agostino, R. Jr., Karter, A.J., Haffner, S.M., Rewers, M.J., Saad, M. & Bergman, R.N. (1998). Intensity and amount of physical activity in relation to insulin sensitivity: the Insulin Resistance Atherosclerosis Study. *Journal of American Medical Association*. 271 (9): 669-674.

Maynes, Sackett. (1976). UIT Therapeutic Regimens. Ed. Johns Hopkins University Press, 193- 279. (citado en Puente- Silva, 1984)

Mc Dill M., S. (1978) Compliance in health- seeking behaviour. The Behavioral and Social Sciences and the Practice of Medicine. Ed. Balis, 465- 477. (citado en Puente- Silva, 1984)

Meichenbaum, D. (1979). *Cognitive-Behavior Modification an Integrative Approach* (2a. ed.). New York: Plenum Press.

Murguía, P.C. (2001). La adherencia al tratamiento en personas con diabetes Mellitus tipo 2 bajo la óptica del model transteórico. *Tesis de Licenciatura*, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Nicassi, . & Smith, . (1995). *Managing Chronic Illness*. Washington: American Psychological Association.

Pardo, H.C. (2000). *¿Diabético? Conoce tu enfermedad* (pp. 174). México:Trillas.

Pizzo & Poplack (1989) *Principles and Practice of Pediatric Oncology*, Philadelphia, Lippincott Company (citado en Alvaradejo, 1996)

Prokop, Ch. & Bradley, L. (1981). *Medical Psychology Contributions to Behavioral Medicine*. Washington:American Psychological Association.

Puente-Silva, F. (2001). *Adherencia Terapéutica, Implicaciones para México* (pp. 134). México:UNAM.

Rivera, L. (1994) *Diagnóstico del niño con cáncer*, Madrid, Mosby /Doyma Libros (citado en Alvaradejo, 1996)

Rivera y Martínez (1987) *Protocolos de quimioterapia en hematología pediátrica*, México, Farmitalia Carlo Erba (citado en Alvaradejo, 1996)

Riveros, A. (2002). Calidad de vida en padecimientos crónicos: Un estudio en pacientes hipertensos. *Tesis de Licenciatura*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez, M. y Montiel, M. (1986). El autoregistro como factor determinante en el incremento de la adherencia terapéutica dentro de los programas de salud implementados en el Hospital general de la Secretaría de Salud de México, D.F. *Tesis de Licenciatura*, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez, O.E. (2002). Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes crónicos. *Tesis de Licenciatura*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Rubens & Knight, (1983) Ocmpendio de oncología clínica. México. Ediciones PLM (citado en Alvaradejo, 1996)

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. La Psicología de la salud en América Latina. Porrúa, 33- 44.

Sanchez-Sosa, J.J. (2002a). Health Psychology: Prevention of Disease and Illness; Maintenance of Health. In: *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*, Psychology. Oxford, UK, <http://www.eolss.net>

Sánchez-Sosa, J.J. (2002b). Treatment adherence: The role of behavioral Mechanisms and some Implications for Health Care Interventions. *Revista Mexicana de Psicología*. 19 (1), 85-92.

Secretaría de Salud. (2001). *Programa de acción Diabetes Mellitus*. México: SSA.

Serafino, E. *Health Psychology* (2a. ed.). New York: John Wiley & Sons.

Shwartz y Cols (1962) Medication errors made by elderly, chronically ill patients. *American Journal of Public Health* 52, 2018- 2029. (citado en Puentes- Silva,

Sousa, M. A. (1987). Aproximaciones psicológicas para la promoción de la adherencia terapéutica. *Tesis de Licenciatura*, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México

Touchette, N. (2001). *Todo y más sobre la Diabetes* (pp.480). México: Pearson Education.

ANEXOS

Anexo 1
Consentimiento Informado

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

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

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

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

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

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

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

Testigo 1

Fecha _____

Entrevistador _____

Testigo 2

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

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 interfieren 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 síntase en absoluta libertad de contactarme, Dr. Fernando Alcazar Lares, o a Juan José Sánchez Sosa.

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

Dr. Juan José Sánchez
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
Fecha _____
Entrevistador _____

Testigo 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

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			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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			

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

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

SEGUIMIENTO: (1) (2)
SI / NO POR QUÉ:

FECHA: _____

CARNET DE SEGUIMIENTO

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERÍODO	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:

SI / NO POR QUÉ:
SEGUIMIENTO: (1) (2)

FECHA:

CARNET DE SEGUIMIENTO

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERÍODO	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: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 3

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

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

O
 A B C D E F

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

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

O
 A B C D E F

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

<u>Durante las últimas 2 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)
3. Creo que si me curdo 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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

100

Durante las últimas 2 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)
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
---	---	---	---	---	---	---

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

101

Durante las últimas <u>2</u> 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

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

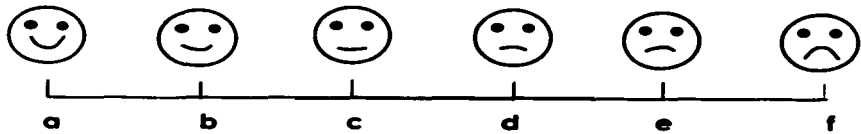
Durante las últimas <u>2</u> semanas...	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces sí, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuente- mente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
59. Hacer ejercicio me debilita	a	b	c	d	e	f
60. Puedo realizar actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados.	a	b	c	d	e	f
61. Puedo realizar actividades moderadas, como mover una mesa, barrer, pasear, o flexionarme	a	b	c	d	e	f
62. Puedo valerme por mi mismo(a) para vestirme o bañarme	a	b	c	d	e	f

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

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

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

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



**La Mejor
Calidad de Vida
Posible**

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

104

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, rellinando 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	Modera- damente	Mucho	Muchí- simo
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*, rellorando en su hoja de respuestas el circulito de la letra correspondiente a la intensidad de la molestia*

SÍNTOMA	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
80. Entumecimiento, hormigueo	a	b	c	d
81. Sentir oleadas de calor (bochorno)	a	b	c	d
82. Debilitamiento de las piernas	a	b	c	d
83. Dificultad para relajarse	a	b	c	d
84. Miedo a que pase lo peor	a	b	c	d
85. Sensación de mareo	a	b	c	d
86. Opresión en el pecho, o latidos acelerados	a	b	c	d
87. Inseguridad	a	b	c	d
88. Terror	a	b	c	d
89. Nerviosismo	a	b	c	d
Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas				
90. Manos temblorosas	a	b	c	d
91. Cuerpo tembloroso	a	b	c	d
92. Miedo a perder el control	a	b	c	d
93. Dificultad para respirar	a	b	c	d
94. Miedo a morir	a	b	c	d
95. Asustado	a	b	c	d
96. Indigestión o malestar estomacal	a	b	c	d
97. Debilidad	a	b	c	d
98. Ruborizarse, sonrojamiento	a	b	c	d
99. Sudoración (no debida al calor)	a	b	c	d

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

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

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

	a	b	c	d
100.	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
101.	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado(a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
102.	No me siento fracasado(a)	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
103.	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y asediado(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 crítico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
108.	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
109.	No lloro más de lo usual	Ahora lloro más que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar pero no puedo

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

	a	b	c	d
110.	No estoy más irritable de lo usual	Me enoja o irrita más fácilmente que antes	Me siento irritado(a) todo el tiempo	Ya no me irrita de las cosas por las que solía hacerlo
111.	No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado(a) en la	He perdido en gran medida el interés en la	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	Requero 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 círculo correspondiente.***

Cuando tengo problemas actué de las siguientes formas	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces sí, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuente-mente (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. Actuó precipitadamente	a	b	c	d	e	f
134. Me digo cosas a mí	a	b	c	d	e	f

mismo(a) para sentirme mejor						
Cuando tengo problemas actué de las siguientes formas	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces sí, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuentemente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
135. Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que salgan bien las cosas	a	b	c	d	e	f
136. Prefiero estar alejado de la gente	a	b	c	d	e	f
137. Me cuesta trabajo creer lo que está pasando	a	b	c	d	e	f
138. Como no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen	a	b	c	d	e	f
139. Trato de sacar ventaja del problema	a	b	c	d	e	f

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

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

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

¡Muchas gracias por su cooperación y paciencia!

Fuentes Consultadas:

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

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

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

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

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

Mannucci, E; Ricca, V; Barciullli, 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 4

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

Conducta	L	M	M	J	V	S	D
 Dulce							
 Fumar							
 Alcohol							



Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

DIVERSIÓN

Anexo 5

Pasos Vitales: Protocolo para promoción de adherencia terapéutica¹

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

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

1. Bienvenida/psicoeducación

Al término de la exhibición del video

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

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

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

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

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

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

Revisión del video:

Asegúrese de que el paciente entienda los siguientes puntos:

- 1) Si no hay suficiente concentración de medicamento en su sangre es posible que haya suficientes virus (bacterias, etc.) para reproducirse, incluso en formas que sean resistentes a los medicamentos.
- 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 pareceros que requiere mucho esfuerzo pero, con la práctica se puede volver parte de sus rutinas diarias.

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.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

114

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 reciproca 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, recomíéndele 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 alterno 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 márcuele el ritmo con su propia respiración (del terapeuta) exagerando el sonido con nariz y garganta para hacérselo obvio.

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

Imaginación para uso de medicamentos

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

Ahora quiero pedirle que se vea a usted mismo (o se visualice) en su cama al despertar por la mañana ¿qué ve? Piense en cómo se siente al despertar. Véase levantándose, yendo por un vaso de agua, sacando la píldora del frasco o sobre y tomándosela en la mañana. Véase tomándola, sienta la textura o el sabor en la boca y tragándosela y en ese momento piense: "acabo de hacer algo para ayudarme a estar mejor" ó "mi salud va a mejorar por haber tomado esta dosis (pausa). Recuerde, antes al tomar la píldora usted pensaba (refiérase a lo que el paciente dijo al principio de la intervención). Ahora, en vez de eso imagínese pensando "acabo de hacer algo que va a ayudar a mi salud".

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

Segunda dosis o medicamento

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

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

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

Palabras y frases señal

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

Paso 9: El paciente completa su imaginación guiada []

10. Manejo de olvidos

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

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

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

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

11. Repaso final de “Pasos Vitales”

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

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

TERMINE

Programa horario de seguimiento telefónico

Plan “B” (de repuesto) del seguimiento

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

REGISTRO DEL PROTOCOLO "PASOS VITALES"

Paciente: _____ No. _____
Fecha: _____

Paso 1

Inicio de conversación:

a) ¿Qué ideas tiene acerca de seguir el tratamiento para _____?

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?

Fecha: _____ Paso 2

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:

¿Otros problemas que puedan surgir? Estos posibles problemas serían _____

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

Fecha: _____ Paso 3

Dificultades para preguntar o problemas de comunicación: _____

Cosas que no ha preguntado sobre su tratamiento:

Fecha: _____ Paso 4

Los medicamentos que está tomando tienen algunos efectos colaterales, incluyendo

Fecha: _____ Paso 5

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.... ¿Tiene usted alguno de éstos?

Éstos se abordarán (cómo)

Fecha: _____ Paso 6

Horario de medicamentos considerando su interacción entre ellos y con alimentos, (hacerlo junto con el del Carnet)

Fecha: _____ Paso 7

El paciente conservará las medicinas en

Posibles problemas al guardarlas serían

Esos problemas se resolverán (cómo)

¿Deben refrigerarse algunas medicinas?

¿Si está fuera de casa cómo transportará sus medicinas?

Lugares alternos para refrigeración

Fecha: _____ Paso 8

El paciente colocará las etiquetas-recordatorios en:

Otras señales que usará el paciente son:

Fecha: _____ Paso 9

Fecha: _____ Paso 10

Fecha: _____ Paso 11

Horario de seguimiento telefónico: Lun _____, Mar _____,

Mier _____,

Juev _____, Vier _____, Sab _____,

Dom _____

**Anexo 6
CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN SOCIAL**

NOMBRE

FECHA

1. **¿CÓMO EVALUARÍA SU SALUD EN GENERAL?**
EXCELENTE MUY BUENA BUENA REGULAR MALA MUY MALA

2. **¿Actualmente sigue tomando sus medicamentos como se lo indicó el médico? (todos los días y todos los medicamentos)**
SI NO
3. **¿Cuántos medicamentos toma, en qué horario y qué dosis?**

4. **¿Cuántas comidas realiza al día?**
1 2 3 4 5
5. **¿Cuántas veces a la semana continúa haciendo ejercicio?**
1 2 3 4 5 6 7
6. **En la última semana, ¿cuántas veces ha comido tortilla y qué cantidad?**
1 2 3 4 5 6 7
7. **En la última semana, ¿cuántas veces ha ingerido algo dulce?, ¿qué?**
1 2 3 4 5 6 7
8. **En la última semana cuántas veces ha comido algo con grasa?, ¿qué?**
1 2 3 4 5 6 7
9. **En la última semana, ¿cuántas veces ha ingerido algo de alcohol?**
1 2 3 4 5 6 7
10. **En la última semana, ¿cuántas veces ha fumado?**
1 2 3 4 5 6 7

- 11 **Después del tratamiento ha estado:**
Urgencias Si No ¿motivo?
Operación Si No ¿motivo?
Hospitalizada Si No ¿motivo?

CON RESPECTO AL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO QUE SE LE PROPORCIONÓ:

12 **¿Cómo evaluaría la atención proporcionada por el (la) psicólogo (a)**
EXCELENTE MUY BUENA BUENA REGULAR MALA MUY MALA
¿por qué?

13 **¿qué le agradó del trato del (la) psicólogo (a)?**

14 **¿qué le desagradó del trato del (la) psicólogo (a)?**

15 ¿cómo evaluaría el tratamiento psicológico?

EXCELENTE MUY BUENA BUENA REGULAR MALA MUY MALA
¿por qué?

16 ¿Cómo evaluaría el número de Citas que tuvo?

17 ¿Cómo evaluaría el tiempo de cada cita?

18 ¿Cómo evaluaría el Cuestionario que se le aplicó?

19 ¿Cómo evaluaría los Carnets que tuvo que llenar?

20 Especifique ¿qué parte del tratamiento le ha ayudado más?, ¿por qué?

21 ¿Con qué personas ha aplicado lo aprendido en el tratamiento psicológico?

22 ¿Qué ha modificado en sus hábitos como efecto del tratamiento psicológico?

23 ¿Otros miembros de su familia o amigos le han comentado algún cambio que hayan notado después del tratamiento psicológico?

24 Actualmente cómo evaluaría su calidad de vida?

a

b

c

d

e

f

La mejor calidad
de vida posible

la peor calidad de vida

Procedimientos de reestructuración cognoscitiva de Meichenbaum

Traducción y adaptación: Angélica Riveros y J. J. Sánchez Sosa

I Identificación de Pensamientos Automáticos

-Explique qué son los pensamientos automáticos, pida ejemplos para usarlos en la sesión o durante la conducta de pre-sesión.

"¿Qué pensamientos, si los tuvo, tenía en su cabeza antes de venir a verme?"

"¿Qué tipo de sentimientos y pensamientos tiene en este momento?"

-Utilice procedimientos de reconstrucción imaginaria. Note que los pensamientos automáticos pueden ser imágenes, metáforas preventivas.

-Use ejemplos de los sentimientos y pensamientos que podría tener alguien más en una situación similar (como ejemplo utilícese a sí mismo o alguna otra persona imaginaria).

-Explore otras situaciones en las que el cliente(s) tenga sentimientos y pensamientos similares.

"¿Tiene sentimientos o pensamientos parecidos en otras situaciones?" Utilice los propios ejemplos del cliente, metáforas, imágenes. Reconstruya la experiencia emocional.

En vez de preguntar "por qué" dirija sus preguntas al "cómo" y "qué".

¿Qué hace para provocarse ansiedad?

¿Qué está pensando?

-Fomente el registro de pensamientos automáticos "pescar pensamientos".

Explique la forma de conducir cada auto-monitoreo (observe o analice con él la hoja de auto-monitoreo).

"En esta sesión hablaremos sobre varios incidentes recientes en los que se sintió estresado y preocupado. También observaremos qué tipo de pensamientos cruzaron por su mente y el impacto que tuvieron en sus sentimientos y conducta. (El terapeuta dará ejemplos específicos y los revisará con el cliente). De hecho, es poco común la persona que siente estrés sin algún pensamiento previo. En la próxima semana me gustaría que pruebe si esto es así para usted, le pediré que le siga la pista a los pensamientos automáticos que tiene cuando se estresa."

-Utilice la metáfora del ABC.

-Plante la semilla para futuros análisis situacionales. Transmita esperanza y la necesidad de trabajar en colaboración para entender "¿qué está pasando y qué puede hacer?". Evalúe y diríjase a los resultados y a la autoperfección personal.

II Modificación de Pensamientos Automáticos

-El objetivo es enseñar al cliente a evaluar la precisión o racionalidad de sus pensamientos contrastándolos con los "hechos", y a considerar diferentes opciones más que cuestionar las creencias que subyacen a dichos pensamientos

-Alíentelo a considerar sus pensamientos (temores, expectativas, atribuciones, auto-afirmaciones, imágenes, argumentos personales) como hipótesis dignas de probarse más que como sentencias Divinas. Ayúdelo a reconocer que los eventos están abiertos a interpretaciones alternativas.

-Puede utilizar múltiples procedimientos de reestructuración cognoscitiva. Estos incluyen:

1. Evaluación de pensamientos y creencias.
2. Elicitación de predicciones
3. Exploración de alternativas.
4. Entrenamiento en reatribuciones
5. Enfatizar los pensamientos absolutistas
6. Descatastrofizar
7. Considerar y corregir errores del pensamiento

Para promover lo anterior, estimule al cliente a examinar la contribución que hace su proceso de pensamiento a forma en que siente y actúa.

- ¿Y, qué fundamenta este pensamiento?
- ¿Qué piensa que podría hacer con ese tipo de pensamiento si se le metiera a la cabeza?
- ¿Qué es lo peor que podría pasar y como podría ser una catástrofe?
- ¿Cuáles son los pensamientos que sustentan esa creencia?
- ¿Cuáles son los mejores argumentos que contradicen este pensamiento?
- ¿Cómo sería este problema en el futuro? Diga en seis meses (12 meses) a partir de ahora.

El procedimiento de entrenamiento y el modelamiento del terapeuta están diseñados para alentar al cliente a verificar el significado de aquellos eventos que sostienen el pensamiento o las conclusiones que provoca. Como resultado de cada entrenamiento se capacita y estimula al cliente a emplear las siguientes auto-afirmaciones (auto-cuestionamientos).

- ¿Qué me estoy diciendo en este momento?
- ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de este pensamiento o conclusión?
- ¿Cuál es exactamente el riesgo?
- ¿Este pensamiento es producto de mis hábitos de pensamiento o concuerda con otros datos?
- ¿Existen explicaciones o interpretaciones alternativas para la forma en que me siento?
- ¿Existen datos que contradicen esta conclusión?
- ¿Cuál es la evidencia?
- ¿Qué otras formas hay de ver esta situación?
- ¿Soy (el cliente) totalmente culpable por esta situación?
- ¿Esta situación refleja una amenaza identificable como potencialmente perjudicial, o un campo identificable como oportunidad?
- ¿Tengo recursos para manejar esta situación?
- ¿Cómo sé que esto pasará?
- ¿Hay otras formas de ver esta situación?

-Hay momentos en que no lo hago tan bien como quisiera, pero en otros momentos sí lo hago, ¿cuál es la diferencia?

-¿He tenido fallas en el pasado o entonces lo hacía todo bien?

-¿Y qué si la interpretación negativa es adecuada, por qué es eso tan horrible?

-¿Y qué si pasa?

Yost et al. (1986) resumen estas cuestiones de la siguiente forma:

- (1) ¿Cómo puede alguien ver o interpretar la situación o cómo podría otro verla?
- (2) ¿Pueden las posibles consecuencias anticipadas ser tan malas como parecen?
- (3) ¿Existe otra explicación para la situación?
- (4) ¿Qué tan probable es que ocurran las consecuencias anticipadas?
- (5) ¿Es una verdad asumida o podría no ser cierto alguna vez?

-El cambio del cliente dependerá de si usa realmente estos procedimientos. Utilice procedimientos de control actitudinal. Solicite una declaración de compromisos. Anticipe la no adherencia usando procedimientos de prevención de recaídas en todos los aspectos.

"¿Me está diciendo que realmente puede descubrirse a sí mismo y empezar a contrarrestar sus pensamientos automáticos? ¿Podría empezar a razonar consigo mismo?... ¿Podría mantenerse firme y empezar a contrarrestarlo, preguntándose cómo ve las cosas?"

"¿Piensa que cuando está muy deprimido (enojado, angustiado etc. -dé ejemplos específicos) será capaz de argumentar (dé ejemplos) y funcionar bien? (dé ejemplos).

4. El terapeuta debe ofrecer suposiciones tácticas como hipótesis tentativas. Es necesario verificarlas con el cliente.

Ejemplos de suposiciones tácticas del cliente que pueden involucrar temas sobre competencia, control, aceptación, equidad etc. Note que cada regla personal es totalmente idiosincrásica.

"Para ser feliz debo tener éxito en todo lo que emprenda"

"Si cometo un error significa que soy inepto o incompetente"

"Mi valor como persona depende de lo que los otros piensen de mí".

(Beck et al. 1979, p. 241).

Nota precautona, al usar esto en terapia: La importancia de la adaptabilidad y utilidad no es exactamente "racional".

Comprobación de Hipótesis

-Establezca pruebas - pautas en la formulación de experimentos personales (siguiendo la misma pauta que en el auto-monitoreo). Enfátice la colaboración, razonamiento, alternativas, compromiso, prevención de recaídas, adherencia, resultados, y perspectiva de constancia.

-Utilice experimentos conductuales graduales. El cliente tiene que escribir predicciones.

-Inténtelo durante la sesión. Use el ensayo cognoscitivo, role playing, e inversión de roles, donde el terapeuta piensa en voz alta, modelando la enfermedad.

-Aliente, elogie; promueva el esfuerzo anticipándose e incluyendo la no adherencia.

¿Existe algo más que p...ada hacer?

¿Es tan malo como parece?

Inténtelo y vea qué tan lejos puede llegar

¿Por qué no se sorprende a sí mismo y ve que está pasando?

En el pasado tenía tendencia a distraerse con las preocupaciones de otros ¿Podría estar pasando ahora?

Utilice otros imaginarios.

Utilice las reacciones del cliente para experimentos personales como medio para conectar los sup subyacentes.

Considere el desempeño del cliente en experimentos personales específicos para poder descubrir los sup subyacentes (por ejemplo si procede contra lo natural en él o ella en sus "podrías" y "deberías").

Observe las ventajas o desventajas considerables que tiene el cliente al renunciar a sus supuestos tácitos

- Dirija sus preguntas a los "principios organizadores esenciales".

¿Qué pasaría si su peor miedo se hiciera realidad (dé un ejemplo)? Entonces surgirán pre adicionales. "¿Podría terminar su carrera? ¿Podría repudiarlo su familia", y demás."

Utilice actividades específicas dependiendo del problema clínico del cliente. Por ejemplo, con depresivos usar la colaboración explícita en el programa de actividades, técnicas de dominio y placer.

Anime al cliente a obtener datos

"Me preguntaba si estaría dispuesto a observar cuántas veces en una semana su esposa le comentarios para estimularlo. Simplemente cuente el número de veces en que ella le expresa a afecto."

En todo momento fomente las auto-atruciones

-Utilice el estilo "Columbino" (del personaje "Columbo").

-Pida al cliente que compare sus resultados con sus expectativas previas, cómo habría manejado la situación pasado. Considere otros ejemplos donde el cliente muestre habilidad

-Pregunte: "¿Qué implica esto sobre su capacidad para controlar la forma en que se siente, piensa, o a ¿Qué significa esto sobre usted como persona?"

Evaluación de pensamientos y creencias.

- Defina y operacionalize (por ejemplo "¿madre terrible?")

- Considere hechos que apoyen o se opongan a la etiqueta.

(por ejemplo, "¿Esto siempre ha sido verdad?", "Estoy un poco confundido; ¿cómo es que X implica Y?")

- Alíentelo a recolectar más información.

- Considere desde otra perspectiva y comparación social

(por ejemplo compare con experiencias más estresantes).

Fomente predicciones.

- ¿Qué cree que pasará?
- ¿Cómo visualiza lo que está pasando?
- ¿Qué se dice a sí mismo sobre esta situación?
- ¿Qué se dice a sí mismo cuando está en la situación?
- ¿Y entonces qué?
- ¿Cómo sabe que eso realmente pasará?
- ¿Cuál es la evidencia de que eso será una amenaza?
- ¿Exactamente qué tan serio es?
- ¿Qué puede hacer al respecto?

Explore alternativas.

Pregunte si existen otras formas de ver la situación (por ejemplo, "¿existe alguna otra explicación?")

"¿Podría pensar en un ejemplo reciente donde se sorprendió a sí mismo saltando a una conclusión negativa que después resultó un apreciación incorrecta o una interpretación equivocada?"

- ¿Qué evidencia tiene de que éso pasará?
- ¿Existen otras formas igualmente probables de ver la situación?
- Aún si fuera verdad, ¿es tan malo como parece?!
- Con precisión, ¿qué tan serio es?
- ¿Cuál sería el grado de perjuicio si usted ?
- ¿Existe otra forma de ver éso?
- ¿Qué evidencia tiene para sus conclusiones?

Reatribución -preguntas en las que el cliente asume totalmente su responsabilidad

- ¿Qué tanta responsabilidad realmente tiene por _____?
- ¿Podría haber alguna otra razón para _____?
- "Bien, supongamos por un momento que lo siguiente realmente ocurrió (el terapeuta ofrece ejemplos los miedos del cliente). ¿Qué podría pasar entonces?"
- Con precisión, ¿qué tanta responsabilidad realmente tiene de esta convicción?
- ¿Podría haber otras razones para X?
- ¿Cómo podría saber que ésa es la forma en que (él/ella) lo ve?
- ¿Es posible que existan otras razones para lo que está pasando?

¿Cómo es que esta situación, le provoca estrés?

¿Cómo sabe que (ella / él) estaba X (por ejemplo enojada) cuando hizo esto? (De ejemplos). ¿Es posible que existan otras razones para la forma en que (ella/él) se comportó, que no tuvieran nada que ver con usted?, ¿Cómo sabe que este enojo se dirige a usted?

Identifique con la colaboración del cliente, aquellos aspectos de las situaciones donde tiene poco o ningún control individual.

Pensamientos absolutistas.

-Enliste las frases clave... "siempre, nunca, necesito, debe, tener"

-Cambie el enfoque: de "siempre" a "a menudo"; de nunca a rara vez; de yo necesito y yo tengo que, a yo prefiero de yo debo a yo quiero; de no puedo a no quiero o podría ser difícil.

-Utilice la imaginación racional emotiva a la Maultsby. Visualice experiencias displacenteras, inquietas, desconcertantes. Cambie el estado emocional (p.e., ansiedad, depresión, hostilidad, culpa) por otra emoción menos intensa (p.e., decepción, lamento, incomodidad, irritación). ¿Qué ha hecho el cliente para lograr esto?

Catastrofización o "¿y qué tal si...?"

"Supongamos por un momento que pasan las peores cosas posibles. ¿Qué pasaría entonces? Su peor reacción es que eso sería nefasto o terrible. (De ejemplos: "Mi vida, carrera, matrimonio, están arruinados.") Si lo analizamos más allá ¿es posible que pudiera tener una interpretación diferente?"

"Se que es difícil pensar sobre la situación, pero si le damos una segunda mirada... ¿algún cambio?"

Cuestione la lógica de la culpa. -no sea didáctico- (no sermonéese ni "de clase") utilice ejemplos específicos

"Hemos encontrado personas que a menudo cometen cierto tipo de errores en la forma en que interpretan alguna situación, y esos errores en su razonamiento pueden contribuir a que lleguen a conclusiones prematuras o incorrectas. Es natural que fácilmente lleguemos a esas conclusiones sin ser imparciales de ellas".

"Siempre que se encuentre a sí mismo haciendo predicciones negativas sobre su habilidad para manejar algunas situaciones futuras, debería preguntarse. ¿En el pasado sólo tuvo fallas en esta situación, o en otros momentos en que realmente lo hizo bien?"

"Parece haber momentos en que no lo hace tan bien como quisiera, pero en otros momentos lo hace bien. Entonces ¿no es el tipo de sobregeneralización que usted mismo llama falla?"

Ejemplos de errores de lógica - note que no se limitan a la población clínica.

1. Pensamiento de todo o nada. -equipara un error con una falla total.
2. Cambie las posibilidades por certezas -pregunte ¿cual es la ventaja de lo que está pasando?
3. Pensamiento dicotómico. "blanco/negro" (por ejemplo "soy un fracaso total").
4. Personalización -culparse de los eventos negativos sin considerar la influencia de factores externos
5. Sobregeneralización. -el evento negativo se ve como el principio de una cadena interminable.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

III. Exploración e Influencia en los Supuestos Disfuncionales
 ("Principios Organizadores Esenciales")

1- Busque en el cliente los esquemas, reglas, suposiciones táctas, paradigmas personales, constructos personales, "principios organizadores esenciales", que ayuden a formar en el cliente el sentido de mundo fenomenológico. Estas son las reglas y principios que gobiernan la interpretación que da el cliente a sus experiencias. Las creencias y actitudes matizan sus procesos de valoración.

2- Se pueden usar varios procedimientos

a) Observe los temas que son comunes en el pensamiento automático.

b) Utilice cogniciones afecto-relacionado sobre sí. Enliste pensamientos específicos del cliente (por ejemplo, "Estoy solo" "Nadie me quiere" "Siempre estaré solo"). Comente sobre la invención de conclusiones que lo arrastran. Evalúe el grado en el que cree cada pensamiento. Pregunta: ¿Qué significa ésto sobre usted como persona? ¿Qué significa para usted ser la hija terrible? (Recuerde que esas preguntas pueden plantar la semilla y no es necesario que sean respondidas en el momento).

c) Escuche cuidadosamente la "preocupación actual" que lastima a través de las situaciones y del tiempo. ("¿Cómo es el manejo del pasado ayuda a crear problemas en el presente?")

d) Enliste las palabras globales (condenatorias, generalizadoras) que el cliente utiliza "Simplemente soy estúpido", "soy un perdedor".

e) Utilice el procedimiento de completamiento de la oración

"Para poder ser feliz yo tengo que..." !

"Resultar rechazado significaría..." "

"Hacerme tonto a mí mismo significaría..."

3- Utilice el esfuerzo estilo "Columbo". Diga al paciente que está tratando de hacer y por qué. Haga la búsqueda de esas suposiciones en colaboración.

"He notado que en la situación X, Y, y Z. (Dé ejemplos específicos) usted se desconcierta totalmente: y estoy tratando de entender, y tal vez pueda ayudarme, ¿hay algo que esas situaciones tengan en común?... ¿Qué pasa si cualquier cosa lleva a una persona a molestarse en tal situación?... ¿Que debería uno de querer (sentir, pensar) en cada una de las situaciones que lo desconciertan tanto?."

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 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 emplee 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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 9

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN****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

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 entraña 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.

(A) NUNCA



(B) CASI NUNCA (menos del 20% del tiempo)



(C) POCAS VECES (20 a 40% del tiempo)



(D) A VECES SI, A VECES NO (40 a 60% del tiempo)



(E) FRECUENTEMENTE (60 a 80% del tiempo)



(F) SIEMPRE O CASI SIEMPRE (más del 80% del tiempo)



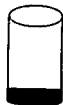
Anexo 10

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(A) NO TUVO



(B) UN POCO



(C) MODERADAMENTE



(D) MUCHO



(E) MUCHÍSIMO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(A) POCO O NADA



(B) MÁS O MENOS



(C) MODERADAMENTE



(D) SEVERAMENTE



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

143

Anexo 11 IMPRESIÓN CLÍNICA: INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Exp. _____ No. _____ Tx.: TI / TD Hospital: _____ Terapeuta: _____
Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F / M Estado Civil: _____
Fecha _____

PERCEPCIÓN DE SALUD Reactivos 1-5

Observaciones: _____

ÁREA INTERPERSONAL/SOCIAL Reactivos 6-11

Observaciones: _____

ÁREA FAMILIAR Reactivos 12-19

Observaciones: _____

RELACIÓN DE PAREJA Reactivo 20

Observaciones: _____

ÁREA SEXUAL Reactivos 21-22

Observaciones: _____

ÁREA LABORAL Reactivos 23-28

Observaciones: _____

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD Reactivos 29, 37

Observaciones: _____

FUNCIONES COGNOSCITIVAS Reactivos 30-32

Observaciones: _____

BIENESTAR EMOCIONAL Reactivos 33-36,38-39

Observaciones:

IMAGEN CORPORAL Reactivos 40-41, 49

Observaciones:

AREA RECREATIVA Reactivos 42-44

Observaciones:

REACTIVIDAD 45-46, 57

Observaciones:

DIETA Reactivos 47-48

Observaciones:

INTERACCIÓN CON PERSONAL DE SALUD Reactivos 50-54

Observaciones:

ADHERENCIA TERAPÉUTICA Reactivos 55-56

Observaciones:

LIMITACIONES POR PROBLEMAS FÍSICOS Reactivos 58-62

Observaciones:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SUCESOS IMPORTANTES Reactivos 63-64

Observaciones:

CALIDAD DE VIDA Reactivo 65

Observaciones:

SÍNTOMAS FÍSICOS Reactivos 66-79

Observaciones:

B.A.I. Reactivos (80-99)

Observaciones:

B.D.I. Reactivos (100-109)

Observaciones:

MOSS Reactivos (110-133)

Observaciones:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**