

01921
52



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABETICOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

JACKELINE MINERVA CORTAZAR PALAPA

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

REVISOR: MTR. CELSO SERRA PADILLA

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, y la Unión Internacional de Psicología Científica (IUPsyS.)

MEXICO, D. F.

AGOSTO DEL 2003.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

El ver un mundo en un grano de arena
Y un cielo en una flor silvestre,
Sostener el infinito en la palma de la mano
Y la eternidad en una hora.

William Blake

In memoriam

Amada Palapa Garibay (1950-1999).

*A quien recordaré y amaré
todos los días de mi vida.*

*Gracias por la dicha
de ser su hija.*

A Amada Palapa †

Ángel Cortazar

*A Victor Hugo, Mireya, Germán Manuel y
Claudia Lilia*

A Inés, Gerardo, Isabel y Gabriel

*A Ángel, Bertha, Marlene, Mirna, Carolina y
Gabrielito*

A Marco Antonio

Agradecimientos

La elaboración de este trabajo no habría sido posible sin la aprobación y apoyo provistos por la Universidad Nacional Autónoma de México, por la Jefatura del Servicio de Salud Mental del Hospital General de México O. D., conducido por el Dr. Juan José Bustamante y a su Coordinación de Psicología del Hospital, dirigida por la Dra. Amalia Maza Aguirre Sandoval y por la Unidad de Medicina Familiar No. 67 del IMSS, bajo la dirección del Dr. Fernando Alcázar Lares, anteriormente dirigida por el Dr. Claudio Morales, quien confió en nosotros desde un principio. Gracias.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, quien me ha conducido al conocimiento de la Psicología científica a través de la práctica en investigación, desarrollando en mí habilidades académicas y terapéuticas que no creí alcanzar. Gracias por su apoyo y confianza. Con respeto, admiración y cariño.

A Jorge Álvarez por haberme colocado en el lugar correcto en el momento adecuado para lograr esta meta, pero sobre todo por ser mi amigo y haberme apoyado en uno de los momentos más difíciles de mi vida.

A Mis Sinodales:

Dr. José Méndez, por ser mi maestro y por el entusiasmo que mostró con el presente trabajo.

Mtro. Leonardo Reynoso, por su comprensión y apoyo respecto a la premura de tiempo.

Mtro. Celso Serra, por su cordialidad y disponibilidad aún estando en año sabático.

A Angélica porque no encuentro palabras para agradecer el tiempo, la paciencia y las enseñanzas que me has brindado, contribuyendo enormemente a mi formación profesional ¡Mil gracias! Pero sobre todo por ser una gran amiga.

A "La Pandilla del General" (Marlette, Olga, Ricardo, Itzel y Arturo), compañeros y grandes amigos, quienes confiaron en mí y me alentaron a seguir adelante.

A Gustavo, Por tu paciencia y enseñanza. Para tí mi admiración y respeto.

A Janeth, por sembrar en mí la inquietud de continuar con una maestría.

A Gaby, Naara, Haydee y Lizet, por sus porras. Gracias, chicas.

A la Dra. Ahumada y Gerard, por su gentileza y calidez humana, pero sobre todo por honrarme con su amistad.

A mis padres, porque hicieron de mi niñez la etapa más feliz de mi vida y ahora me brindan la herencia más grande que pudiera recibir: mi carrera profesional.

A mis hermano(a)s compañero(a)s de juegos y aventuras, esperando que estos lazos de amor y fortaleza que nos unen perduren para siempre. ¡Los quiero mucho!

A todos los grupos que pertenezco y he pertenecido desde niña, porque en cada uno de ellos he aprendido el significado de amistad y lealtad.

Un agradecimiento muy especial a todos los pacientes que depositaron su confianza en nosotros para contribuir en la mejora substancial de su calidad de vida.

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo I Epidemiología	6
Capítulo II Diabetes	
Definición	8
Clasificación	9
Etiología	11
Complicaciones	12
Diagnóstico clínico	15
Métodos de laboratorio para el diagnóstico de la diabetes	16
Tratamiento de la diabetes	17
Capítulo III Calidad de vida	
Definición	19
Evaluación de la calidad de vida	20
Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida	21
Capítulo IV Intervenciones psicológicas para el control de la diabetes	22
Terapia Cognitivo-conductual	22
Método Participantes	24

Medición e instrumentos	25
Diseño	32
Procedimiento	32
Intervención	33
Resultados	38
Discusión	53
Referencias	61

Índice de figuras

Figura 1. Reducción del deterioro en la calidad de vida como efecto de la intervención. Grupo total.	42
Figura 2. Reducción del deterioro en la calidad de vida como efecto de la intervención. Paciente menos beneficiado.	43
Figura 3. Reducción del deterioro en la calidad de vida como efecto de la intervención. Paciente modal.	44
Figura 4. Reducción del deterioro en la calidad de vida como efecto de la intervención. Paciente más beneficiado.	45
Figura 5. Niveles de glucosa en sangre antes y después de la intervención por paciente.	48

Índice de cuadros

Cuadro 1. Clasificación etiológica de la diabetes mellitus.	10
Cuadro 2. Significancia estadística de las áreas del InCaViSa.	38

Cuadro 3. Índices bioquímicos del control metabólico en la diabetes mellitus.	47
Cuadro 4. Puntuaciones totales de pre-tratamiento y post-tratamiento y ganancia en porcentajes de la reducción de deterioro en calidad de vida en general por paciente.	51
Cuadro 5. Porcentajes de deterioro en calidad de vida en general de pre-tratamiento, post-tratamiento, primer y segundo seguimiento, por paciente.	52

Anexos

Anexo 1. Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).

Anexo 2. Carnet de auto-registro.

Anexo 3. Carta de consentimiento informado.

Anexo 4. Protocolo de intervención "Pasos vitales".

Anexo 5. Bitácora terapéutica.

Resumen

La diabetes mellitus es una condición crónica que impacta de manera importante la calidad de vida de las personas que la padecen y de sus allegados. La literatura de investigación aplicada de las últimas dos décadas ha documentado algunos cambios importantes en la salud de pacientes con padecimientos crónicos a partir de tratamientos derivados del enfoque de la medicina conductual. El objetivo del presente estudio es examinar el efecto de una intervención cognitiva-conductual sobre el mejoramiento de la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y los niveles de glucosa en sangre de un conjunto de pacientes diabéticos. Las principales medidas incluyeron el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), medidas conductuales de adherencia terapéutica y registros de niveles de glucosa en sangre como indicadores de cambio. La intervención incluyó procedimientos para modificar información y pensamientos disfuncionales, reacciones emocionales desadaptativas y conductas instrumentales de autocuidado. Se revisaron los resultados de 34 pacientes diabéticos del Hospital General de México y de la Unidad de Medicina Familiar No. 67 del IMSS. La mayoría de los participantes mostraron cambios positivos clínica y estadísticamente significativos tanto en las variables dependientes de tipo psicológico como en los niveles de glucosa en sangre.

Abstract

Diabetes mellitus is a chronic condition which creates an important negative impact on the quality of life of both, patients and their immediate family members. The research literature of the last few decades in the Behavioral Medicine area has revealed relevant improvement changes in the health of chronic patients as an effect of cognitive-behavioral treatments. The main purpose of the research object of the present paper included examining the effects of a cognitive-behavioral intervention on the improvement of quality of life, therapeutic adherence and blood glucose levels of 34 diabetic patients. The principal measures included the Quality of Life and Health Inventory (InCaViSa for its initials in Spanish), behavioral measures of therapeutic adherence and blood glucose levels as indicators of clinical change. The intervention included procedures to modify information and dysfunctional beliefs, maladaptive emotional reactions and self-care instrumental behaviors. Participants were patients seeking health care in Mexico City's General Hospital and the Family Medicine Unit 67 of the Mexican Institute of Social Security (IMSS). Results revealed clinically and statistically significant improvement in the vast majority of participants for all psychological dependent measures as well as blood glucose levels.

Introducción

Los padecimientos crónicos suelen implicar la pérdida fisiológica del control de mecanismos que normalmente son automáticamente regulados por el organismo. Esto demanda, en quienes las padecen, cuidar constantemente y de por vida aspectos en los que antes no tenía que poner atención, lo que puede generar, por sí mismo, malestar adicional y alterar la vida habitual del individuo.

La diabetes mellitus se caracteriza principalmente por un aumento de glucosa en sangre (hiperglucemia) y genera otros síntomas molestos en el individuo como cansancio, dolor de cabeza, hambre y sed constantes, micción frecuente y cambios repentinos del estado de ánimo.

Actualmente la diabetes mellitus se considera un serio problema de salud pública que afecta a un elevado número de personas a nivel mundial y ocupa uno de los primeros lugares de atención tanto en consulta externa como en hospitalización de prácticamente todos los sistemas de salud, además de ser una de las principales causas de insuficiencia renal, ceguera y amputaciones en miembros inferiores.

Se la ha clasificado como la primer causa de mortalidad en México (Secretaría de Salud, 2002) y es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Todo lo anterior convierte a la diabetes en un

padecimiento, cuyo estudio, prevención y tratamiento resultan de evidente importancia. Desde el punto de vista de la Medicina Conductual el tratamiento de la diabetes requiere esencialmente establecer en el paciente conductas muy específicas relativas a toma de medicamentos, dieta, actividad física y cambios en su estilo de vida tales como la modulación de reacciones emocionales (IMSS, 1999). Frecuentemente estos cambios representan esfuerzos sostenidos, prolongados, complejos, y en muchas ocasiones difíciles de llevar a cabo tanto para el paciente como para su familia.

Uno de los errores conceptuales más frecuentes en el tratamiento de la diabetes es creer que el paciente puede controlar su enfermedad con tan solo estar bien instruido sobre el cumplimiento de su tratamiento. Esto constituye una visión simplista de la enfermedad al no tomar en cuenta numerosos factores emocionales y cognitivos que interfieren con dicha adherencia terapéutica (Velasco & Sinibaldi, 2001). Esto acaba teniendo importantes costos en la salud y calidad de vida de los pacientes y malestar en las personas con las que vive.

Recientemente ha recibido especial importancia el concepto de calidad de vida, debido al creciente número de personas con algún grado de discapacidad y/o enfermedades crónicas, que padecen además de los efectos de la enfermedad, los del tratamiento (Velarde & Ávila, 2002). Algunas investigaciones recientes con intervenciones psicológicas dirigidas a mejorar la calidad de vida en pacientes con diabetes, han

mostrado ser de utilidad en lo que se refiere a mejorar elementos de la adherencia terapéutica tales como seguimiento de dieta, ejercicio y monitoreo de glucosa en sangre (Brannon & Feist, 2000), control de estrés (Henry, Wilson, Bruce, Chisholm & Rawling, 1997), habilidades de afrontamiento (Hartman, 1982) y control emocional de reacciones como la depresión (Lustman, Freedland, Griffith & Clouse, 1998).

Con base en estos estudios y en un esfuerzo por contribuir al bienestar y conocimiento sobre el papel de los aspectos cognitivo-conductuales en el proceso de salud-enfermedad de este padecimiento, se elaboró el presente trabajo. Sus propósitos principales son determinar las áreas que inciden en el deterioro de calidad de vida, y evaluar los efectos que tiene una intervención psicológica individual dirigida a mejorar la calidad de vida y la adherencia terapéutica de los participantes, con el objetivo adicional de acercar los niveles de glucosa en sangre a los parámetros normales establecidos por la Norma oficial mexicana (2000) para este tipo de pacientes.

Capítulo I

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud calcula que existen alrededor de 140 millones de personas con diabetes mellitus en el mundo, y se espera que esa cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años (Alpizar & González, 2001). Se calcula que entre un 30% y un 50% de los enfermos desconoce su enfermedad, ya sea por sus características relativamente asintomáticas o porque sus signos y síntomas no se identifican como pertenecientes a un cuadro clínico (Harris, Klein, Welborn & Knudman, 1992).

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993, realizada en México por la Secretaría de Salud, calculó que alrededor de tres millones de personas (6.7%) de entre 20 y 69 años padecen DM. La mayor parte de ellas mueren antes de los 60 años o presentan alguna discapacidad antes de esa edad. A partir de estos datos se calculó que 2,408,453 derechohabientes del IMSS padecen esta enfermedad (Alpizar & González, 2001).

Actualmente la diabetes mellitus constituye la primer causa de mortalidad en nuestro país (Secretaría de Salud, 2001), seguida por enfermedades cardiovasculares las cuales son, además, más frecuentes en el diabético que en el no-diabético (Quíbrera, 1999; Rivera & Rivera

& Llata, 2000), en cuyo caso la diabetes puede ser un diagnóstico secundario en numerosos certificados de defunción (Ríos & Rull, 1999). Si se consideraran los casos de muerte por falla cardíaca como complicaciones de la DM, aumentaría considerablemente la tasa de mortalidad de la misma, de la que se registran más de 180,000 casos nuevos y 36,000 defunciones, aproximadamente, cada año (Blackburn, 1994).

La diabetes mellitus se clasifica como la primer causa de insuficiencia renal y de ceguera, además de ocupar el segundo lugar de amputaciones en miembros inferiores. Es también uno de los padecimientos de riesgo más importantes en enfermedades cardiovasculares. Los costos económicos asociados al tratamiento del padecimiento y de sus complicaciones, representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes (Kuri, Vargas, Zárate & Juárez, 2001).

Capítulo II

Diabetes mellitus

Definición

La diabetes mellitus (DM) es un síndrome clínico causado por secreción deficiente de la hormona insulina. Se considera deficiente en relación con el aumento en la demanda de la hormona cuando su acción biológica es menor a lo normal; esta deficiencia puede ser absoluta (ausencia completa de secreción de insulina) o relativa (la cantidad de insulina es insuficiente o las células son resistentes a su acción). Aunque el diagnóstico y la respuesta al tratamiento de este padecimiento se determinan a través de los niveles de glucosa en sangre (glucemia), el síndrome se caracteriza por profundas alteraciones en el metabolismo intermedio, que afectan a proteínas lípidos y carbohidratos (Ríos & Rull, 1992).

Los tipos de diabetes más frecuentes son la diabetes mellitus tipo 1 (DM1), en la no hay secreción de insulina por la destrucción de células Beta que producen la hormona en el páncreas y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), en la que la producción de insulina es deficiente, y existe resistencia física a su absorción, es el tipo de diabetes más frecuente y suele presentarse en la edad adulta (Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 1997). El exceso de

glucosa en sangre (hiperglucemia), que se considera el marcador bioquímico de la diabetes, produce los síntomas y alteraciones comunes de la diabetes mal controlada: poliuria (orinar con alta frecuencia), polifagia (aumento del apetito), polidipsia (aumento de la sensación de sed), cansancio, mal humor, alta frecuencia de padecimientos infecciosos, visión borrosa, aumento de peso (especialmente en la diabetes tipo 2) y disminución de peso (frecuentemente en la diabetes tipo 1) (Ríos & Rull, 1998).

Clasificación de la diabetes

La clasificación de la diabetes mellitus adoptada en la mayor parte del mundo fue presentada por el "National Diabetes Data Group" (1979) y avalada por la Organización Mundial de la Salud. Recientemente este esquema de diagnóstico y clasificación fue revisado por el Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (ECDCDM, 1997). El Cuadro 1 presenta las modificaciones sugeridas por el Comité.

Cuadro I. Clasificación etiológica de la diabetes mellitus

I. DIABETES TIPO 1 (destrucción de las células β , generalmente con deficiencia absoluta de insulina).

- Autoinmune
- Idiopática

II. DIABETES TIPO 2 (con componente predominante de resistencia a la insulina y deficiencia relativa de insulina o con componente predominante de deficiencia de insulina).

III. OTROS TIPOS ESPECÍFICOS

A. Defectos genéticos en células β

B. Defectos genéticos en acción de la insulina

C. Enfermedades del páncreas exocrino

D. Enfermedades endocrinas

IV. DIABETES GESTACIONAL

E. Inducida por drogas o agentes químicos

F. Infecciones

G. Formas raras de auto-inmunidad

H. Otros defectos genéticos asociados con diabetes

Dicha clasificación se realizó con el objetivo de adoptar un sistema etiológico más preciso que el tradicional, derivado de sus

implicaciones terapéuticas, como lo son los tipos insulino-dependiente (DMID) o no insulino-dependiente (DMNID) (Calles, 1999).

Los cambios más sobresalientes de la nueva clasificación de diagnóstico, propuesta por el Comité de Expertos, son: 1) que ofrece una nueva categorización de la diabetes de acuerdo con su etiología y fisiopatología, y 2) que contribuye a prevenir el descontrol crónico y las complicaciones, con intervenciones viables y oportunas en esta enfermedad (Islas, Revilla, González, Méndez & Sánchez, 1997; Alpízar & Pizaña, 2000).

Etiología

Hasta ahora, las causas de la diabetes son desconocidas, aunque se ha identificado que factores genéticos y ambientales, tales como la obesidad y la falta de ejercicio, tienen un papel importante en su desarrollo (American Diabetes Association, 2002).

La diabetes mellitus puede aparecer en edades tempranas o avanzadas; puede ser el resultado de un proceso auto-inmunitario que se relaciona con los factores antes mencionados. La diabetes también puede ser secundaria a pancreatitis o a neoplasia pancreática, a desnutrición por déficit calórico-proteico importante, a enfermedad pancreática fibrocalculosa o a diversos síndromes genéticos o trastornos endocrinos, en las cuales aumentan las concentraciones de

hormonas con acción opuesta a la de la insulina y que se denominan hormonas contra-regulatorias (Lerman, 1998).

Complicaciones

Las complicaciones de la diabetes son las principales causas de mortalidad e incapacidad en varios países, además de ser la causa de más de la mitad de las amputaciones registradas anualmente y la principal causa de ceguera adquirida en adultos de 20 a 74 años de edad (Skyler, 1992).

Por lo tanto, la diabetes no únicamente se refiere a la elevación de glucosa en sangre, sino a un síndrome complejo que es necesario enfocar desde un punto de vista integral, debido a las repercusiones crónicas y agudas de quienes la padecen (Islas, Revilla, González, Méndez & Sánchez, 1997).

Complicaciones agudas

Son complicaciones de carácter grave, aunque de corta duración (ADA, 1994), entre las que destacan por su frecuencia:

a) La cetoacidosis diabética. Se caracteriza por alteraciones severas en el metabolismo de las proteínas, grasas y carbohidratos como consecuencia de la deficiencia de insulina. Se considera que si el nivel

de glucosa en sangre aumenta hasta 240 mg/dl o más, resulta peligroso, pues puede producir daños irreversibles en órganos como riñones y páncreas; incluso puede llegar a provocar coma diabético.

b) La hipoglucemia. Es una complicación asociada con un manejo deficiente de la insulina, de la actividad física y dieta. Se caracteriza porque el nivel de glucosa en sangre desciende por niveles inferiores a los necesarios para mantener el funcionamiento adecuado del organismo (menos de 70 mg/dl). Los síntomas son: sudor frío, dolor de cabeza, visión borrosa, sensación de hambre y temblor, y si no se controla a tiempo puede provocar coma diabético.

Complicaciones crónicas

Las complicaciones crónicas de la diabetes se presentan por la exposición a factores de riesgo y estilos de vida no saludables. Se dividen en tres categorías (Islas et al, 1997):

a) Microangiopatía. Condición en la que se produce un engrosamiento de los vasos sanguíneos pequeños (capilares) debido a un exceso de glucosa. Se asocia en forma más específica con la DM y sus principales manifestaciones clínicas son en la retina (retinopatía diabética¹) y en el riñón (nefropatía diabética²).

¹ Complicación microvascular provocada por el desprendimiento de la retina y una de las principales causas de ceguera en la población económicamente activa.

² En la nefropatía diabética ocurren lesiones de los vasos sanguíneos de los riñones, disminuyendo, la capacidad de filtrar los desechos del organismo.

b) Neuropatía diabética. Es el daño del sistema nervioso central que puede afectar varios sistemas, incluyendo el cardiovascular, el gastrointestinal y el genitourinario.

c) Macroangiopatía. Se refiere a la aterosclerosis, la cual consiste en la acumulación de depósitos de colesterol en las arterias. Sus principales manifestaciones clínicas son en las arterias coronarias, cerebrales y periféricas de las extremidades inferiores, llegando a provocar infartos, principalmente.

En México, las muertes que ocurren cada año a causa de la diabetes mellitus se relacionan principalmente con sus complicaciones, entre las que destaca, por su frecuencia, la nefropatía, seguida de los trastornos de la circulación periférica. Por otra parte, se ha observado que el uso de la insulina y de los hipoglucemiantes orales han disminuido considerablemente la mortalidad por complicaciones agudas, pero a la vez aumentado la incidencia de complicaciones crónicas (Kuri, Vargas, Zárate & Juárez, 2001).

Principales complicaciones en pacientes hospitalizados

Las complicaciones que se identifican con mayor frecuencia en pacientes que asisten a las unidades hospitalarias de la SSA son: la retinopatía (con mayor frecuencia); la hiperglucemia, en

aproximadamente el 25% de los casos, seguida por la necrobiosis³, la insuficiencia renal, la cardiopatía isquémica, la enfermedad vascular cerebral, el coma y los procesos infecciosos (Kuri, Vargas, Zárata & Juárez, 2001).⁴

Diagnóstico clínico

De acuerdo con la propuesta del ECDCDM (1997), el diagnóstico de DM se aplica a los trastornos caracterizados por niveles de glucosa en sangre en ayunas por arriba de los valores de referencia, y se establece cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- Presencia de los síntomas clásicos de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable).
- Concentración plasmática de glucosa igual o mayor a 200 mg/dl en cualquier momento del día y sin ayuno previo.
- Elevación de la glucosa en ayuno igual o mayor a 126 mg/dl, en más de una ocasión.
- Glucemia en ayuno menor del valor diagnóstico, pero un valor de glucosa plasmática igual o mayor a 200 mg/dl, dos horas después de administrar por vía oral una carga de 75g de glucosa.

³ Alteración en la piel ocasionada por la enfermedad misma o por su tratamiento.

⁴ Los más comunes son la neumonía y la infección de vías urinarias.

En el adulto mayor (65 años o más), el valor recomendado para la glucemia en ayunas es de 115 ml/dl, aproximadamente (Alpízar, Pizaña & Zárate, 1999).

Métodos de laboratorio para el diagnóstico de la diabetes

Debido a que el diagnóstico de la diabetes mellitus depende en gran parte de la medición de glucosa sanguínea, los métodos de laboratorio son los ideales para la estimación cuantitativa de glucosa en los líquidos corporales, por lo tanto, se requiere que éstos no sean peligrosos, y que sean técnicamente simples, baratos, sensibles, precisos y exactos (Verduzco, 1993).

Procedimientos más utilizados para la medición de glucosa

El método enzimático de laboratorio determina los niveles de glucosa en sangre en condiciones de ayuno o dos horas después de haber ingerido alimentos. Es uno de los estudios más utilizados y se encuentra dentro de los métodos más sensibles y exactos (Verduzco, 1993).

La hemoglobina glucosilada es un estudio de laboratorio que permite identificar el grado de control metabólico del paciente diabético e indica lo que sucede con la glucosa en un periodo de ocho a doce semanas antes de la toma de la muestra (Revilla & Islas, 1999).

La prueba de tolerancia a la glucosa se utiliza cuando los valores de glucosa en ayunas no son suficientes para establecer un diagnóstico, pero persiste la sospecha de diabetes y el examen general de orina se utiliza principalmente como una guía satisfactoria rutinaria para el control del paciente diabético (Krupp, Tierney, Jawetz & Camargo, 1986).

Tratamiento de la diabetes

En la corriente actual de la promoción de la salud se han desarrollado programas educativos en la población, con el objetivo fundamental de mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma (Morales & Alpizar, 2001).

En el caso de la diabetes y debido a que existen personas de todas las edades con esta enfermedad que muestran una falta de información sobre su enfermedad y tratamiento (Fairchough, Clements, Filer, & Bell, 1983), se han desarrollado numerosos programas educativos, los cuales incluyen desde métodos informales que se ofrecen a pacientes en la consulta externa, como carteles y pósters en las salas de espera, hasta cursos formales o pláticas y talleres que se imparten a pacientes y familiares.

El objetivo principal de todo programa educativo es promover el apego al tratamiento en todas sus áreas: a) farmacológico, b) plan alimenticio y c) actividad física, mediante un contrato terapéutico entre el paciente (y de ser posible su familia) y el equipo de salud, que contenga información completa, tendiente a prevenir complicaciones agudas y crónicas, con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida (Instituto Mexicano del Seguro Social 1999).

Para establecer en el paciente un esquema de tratamiento óptimo, se propone realizar un registro detallado del tipo de diabetes, edad, sexo, tiempo de evolución, control metabólico, actitud del paciente hacia la enfermedad, capacidad económica, nivel sociocultural e intelectual y metas del tratamiento (Gómez & Rull, 1997).

Capítulo III

Calidad de vida

Definición

Recientemente se ha puesto especial interés sobre el concepto calidad de vida, debido al creciente número de personas con algún grado de discapacidad y enfermedades crónicas, que padecen los efectos de la enfermedad y del mismo tratamiento (Velarde & Ávila, 2002).

Rubin (2000), ha definido la calidad de vida como un constructo multidimensional y hace referencia a la percepción subjetiva que tienen los individuos respecto a su bienestar físico, emocional y social.

La OMS la ha definido como la percepción que tiene el individuo dentro de un contexto cultural, social y ambiental y los sistemas de valores en los que vive (Harper y Power, 1998).

Jacobson y colaboradores (1995) relacionan la calidad de vida con la salud y se refieren a la manera en que la salud, la enfermedad y el tratamiento médico influyen en la percepción de funcionalidad y bienestar de una persona.

Puesto que la calidad de vida difícilmente se puede mejorar si ignoramos sus componentes, un objetivo primordial en todo estudio debe consistir en analizarlos, examinando la contribución relativa de esos componentes al bienestar del paciente con trastornos crónico-degenerativos

Evaluación de la calidad de vida

Durante los últimos años se han diseñado múltiples instrumentos para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud y calidad de vida con los propósitos de: 1) conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones y 2) evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas para modificar los síntomas y función física a través del tiempo (Velarde & Ávila, 2002).

Para poder evaluar la calidad de vida, es necesario reconocerla en su concepto multidimensional, el cual incluye áreas como: a) estado físico, b) función de roles, c) percepción del dolor, d) estado emocional y e) satisfacción con el tratamiento (Jacobson, Groot & Samson, 1995).

Debido a que las mediciones de la calidad de vida se basan en variables subjetivas, se han diseñado métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables, los cuales permiten incorporar instrumentos en la evaluación integral de las personas (Velarde & Ávila, 2002).

Instrumentos para medir la calidad de vida

Los instrumentos útiles para evaluar la calidad de vida se clasifican en: genéricos y específicos. Los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, aunque tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es descriptiva. Los específicos permiten medir el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas, sobre todo para evaluar los efectos de un determinado tratamiento a través del tiempo. Muestran mayor capacidad de discriminación y predicción, particularmente útiles en ensayos clínicos (Patrick & Deyo, 1989; Velarde & Ávila, 2002).

Capítulo IV

Intervenciones psicológicas para el control de la diabetes

Actualmente los miembros del equipo de salud que se dedican al tratamiento de esta enfermedad consideran los numerosos factores psicológicos que influyen e interfieren en el cumplimiento de su tratamiento, principalmente la depresión, la ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía; que son los síntomas psicológicos más frecuentes en este padecimiento (Velasco & Sinibaldi, 2001).

Los objetivos principales de las intervenciones psicológicas diseñadas para el tratamiento integral de pacientes con DM pretenden desarrollar en los pacientes son: a) una buena adherencia al tratamiento, b) la disminución del peso corporal (en caso de sobrepeso), d) la optimización del monitoreo de glucosa en sangre y e) el control y manejo del estrés, así como la disminución de síntomas depresivos y ansiosos (Robles, 2002).

Terapia cognitivo-conductual

La terapia basada en el modelo cognitivo-conductual tiene como propósito modificar las cogniciones y conductas que contribuyen a los

problemas del paciente a través de técnicas basadas en la investigación científica (Trull & Phares, 2003).

Las investigaciones con intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales en pacientes con DM han demostrado ser de gran utilidad en lo que se refiere a mejorar la adherencia terapéutica (dieta, ejercicio y monitoreo de glucosa en sangre) (Brannon & Feist, 2000), control de estrés y ansiedad (Henry, Wilson, Bruce, Chisholm & Rawling, 1997), habilidades de afrontamiento (Hartman, 1982) y control de la depresión (Lustman, Freedland, Griffith & Clouse, 1998).

MÉTODO

Participantes

Se integró un grupo de carácter accidental, no probabilístico, con un total de 34 pacientes, del Hospital General de México O. D. y de la Unidad de Medicina Familiar N° 67 del IMSS, de ambos sexos, con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus. Cada paciente se asignó aleatoriamente a una condición de intervención inmediata o a una de intervención diferida.

Las características sociodemográficas de los participantes fueron las siguientes: 70.6% mujeres y 29.4% hombres, con un rango de edad de 39 y 70 años. El 67.7% tenían pareja, 32.3% no tenían pareja, pacientes con diabetes mellitus 79.4% y diabetes comórbida con hipertensión 20.6%, respecto a su ocupación; trabajaban fuera de casa 32.3%, pensionados 11.8%, amas de casa 55.9%, referente a la escolaridad; no tenía ningún grado de estudios 8.8%, con primaria 64.8%, secundaria 23.5% y con estudios de nivel medio superior 2.9%.

Criterios de inclusión. Participaron en este estudio pacientes que: a) no participaran en otras investigaciones con intervenciones cognitivo-conductuales; b) tuvieran edades entre los 18 y los 70 años; c) contaran con diagnóstico confirmado por el médico familiar, con un tiempo de evolución no menor de seis meses, y d) otorgaran su consentimiento informado de participación.

Criterios de exclusión. Se excluyó a los pacientes que: a) no tuvieran la capacidad de hacerse responsables de su enfermedad en virtud de alguna condición (psicosis o retraso mental); b) se encontraran en fase terminal extrema, o c) abandonaran el estudio.

MEDICIÓN E INSTRUMENTOS

La variable independiente fue la intervención psicológica cognitivo-conductual, incluyendo el protocolo de adherencia terapéutica "Pasos Vitales" (Safren, 1999), dirigida a mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus.

Las variables dependientes fueron los puntajes de calidad de vida medida a través del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) y las medidas de glucosa en sangre (resultados de los índices de glucosa en sangre, a través del método enzimático colorimétrico en forma manual).

Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)

Este inventario es una escala que consta de 69 reactivos diseñada a partir de la revisión de diversas escalas de calidad de vida para padecimientos crónicos, en la que se seleccionaron aquellos reactivos

que se enumeraban reiteradamente, considerados como los más relevantes para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes crónicos (véase el Anexo 1). El inventario original fue la Escala de Calidad de Vida para pacientes Sero-positivos (EsCaViPS), estandarizada para la población mexicana (González-Puente y Sánchez-Sosa, 2001).

La aplicación de este inventario se complementó con reactivos de las siguientes escalas: Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC) (Sánchez Sosa & Hernández Guzmán, 1993) de la Multiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL) (Vickrey, Hays, Marooni, Myers & Ellison, 1995), del Obesity Related Well-Being Questionary (ORWELL 97) (Mannucci, Ricca, Barciulli, Di Bernardo, Travaglini, Cabra & Rotella, 1999), del Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS) (Goodwin, Boggs, & Graham-Pole, 1994), del Cuestionario de Calidad de Vida Postinfarto del Miocardio (MacNew QLMI) (Brotons, Ribera, Permyer, Cascant, Moral, Pinar & Oldridge, 2001) y el Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC) (Fernández, Rancano & Hernández, 1999).

Posteriormente se incluyeron las versiones estandarizadas y confiabilizadas para la población mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Varela & Villegas, 1990), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela,

1998) y la Escala de Salud y Vida Cotidiana (Forma B) de Moos (Moos, Cronkite, Billings & Finney, 1986).

Los diferentes instrumentos contenidos en el presente inventario cuentan con diversos niveles de estandarización y establecimiento de propiedades psicométricas.

Validación

La validación de este instrumento se realizó a través de la aplicación interjueces. Fungieron como jueces psicólogos expertos en el área de la salud. Este tipo de validación permite obtener una predicción razonable de las variables relevantes al objetivo del instrumento, considerando las precauciones metodológicas instrumentadas para reducir la posibilidad de sesgo en los jueces; por ejemplo, la estandarización de las instrucciones y definiciones y la forma de trabajo independiente (sin comunicación entre ellos) durante la validación (Judd, Smitt & Kidder, 1997).

Una vez redactado cada reactivo en una tarjeta separada se "barajaban" para distribuir las al azar y se le entregaban a cada juez pidiéndole que asignara cada tarjeta a una pila sobre una mesa, junto a un tarjetón conteniendo el nombre de la categoría. Si un reactivo no resultaba asignado a la misma categoría un mínimo de 80% de las ocasiones su contenido y redacción se revisaba y se volvía a introducir en el

procedimiento de jueceo. Si en una segunda vuelta no reunía aún el criterio mínimo de 80% el reactivo se descartaba del análisis inferencial.

Las áreas que integraron este instrumento en su versión final fueron: percepción de salud y bienestar (28 reactivos), relaciones interpersonales (23 reactivos), funciones cognitivas (3 reactivos), síntomas (14 reactivos) y un indicador general de calidad de vida (1 reactivo)⁵; los reactivos utilizados para la versión final obtuvieron una consistencia interjueces del 85.5 % (Riveros, 2002) y una consistencia interna de .9023, a través del coeficiente Alpha de Cronbach (Rodríguez, 2002).

Sistema de auto-registro conductual

Se trata de un cuadernillo portátil de fácil comprensión y manejo, el cual incluye dibujos que ilustran las variables más importantes para el control del tratamiento (vease el anexo 2). También se incluyeron cuadrículas en las que el paciente "palomeaba" las actividades que realizaba cada día de la semana (este registro se realizaba, según la condición de tratamiento dos o cuatro semanas antes de la intervención para la obtención de la línea base), durante la intervención (con un tiempo de duración de acuerdo a las necesidades de cada paciente), en el primer seguimiento (tres meses después de

concluida la intervención) y en el segundo seguimiento (seis meses después de la intervención).

Las primeras tres variables se refieren a: "toma de medicamentos" (Sabran, Hardy & Feline, 1995; Durán, Rivera & Franco, 2001), "dieta" (Schalch, Ybarra, Adler, Deletraz, Lehmann & Golay, 2001) y "ejercicio" (Blanchard, Rodgers, Courneya, Daub & Knapik, 2002; Duran, Castro, Castillo & Alpizar, 1999), a las cuales se les da mayor énfasis para su control, debido a que fueron aquellas a las que reiteradamente se hace referencia en la literatura de investigación como las que presentan mayores problemas de adherencia al tratamiento.

En los espacios correspondientes a "alimentos" y "ejercicio" se pidió a los pacientes que describieran detalladamente todos los alimentos que consumían y el tipo de ejercicio que realizaban, así como frecuencia y su duración.

Las variables referentes a desempeño laboral ("trabajo") (Bardieri, Drehmer, Taylor & Darre, 1997), sueño ("dormir bien") (Manocchia, Sèller & Ware, 2001), "actividad sexual" (Schneider, Borgardus & Horton, 1990), "interacción social" (estar con amigos o conocidos 30 minutos o más) (Henry, 1982) y "diversión" (distracción) (Caldwell,

* Se trata de viñetas con expresiones faciales en "caritas" que reflejan el nivel de satisfacción que tienen los pacientes sobre su calidad de vida en general.

Finkelstein & Demers, 2000), se incluyeron como indicadores de bienestar del paciente.

En la parte posterior del carnet el terapeuta anotaba el plan terapéutico o tareas asignadas al paciente para sesiones posteriores, además del registro del programa “pasos vitales” que se trabajaba en cada sesión.

Validación

La validación del sistema de registro conductual se obtuvo también por jueces para asegurar que la forma de registro fuera comprensible, y las viñetas reflejarán la variable en cuestión. Funcionaron como jueces 15 psicólogos titulados expertos en el área de la salud, quienes trabajaron de manera independiente e individual. Los resultados de la validación arrojaron un 100% de consistencia interjueces respecto a la asignación de viñetas y registros a las categorías pertinentes mediante el procedimiento descrito anteriormente (Lobato, 2002).

Carta de consentimiento informado

De acuerdo a lo prescrito por los lineamientos éticos de la investigación con humanos se trata de un documento mediante el cual se informó al paciente los objetivos del estudio, los posibles beneficios de la intervención, la duración de ésta, y las tareas que deberá llevar a cabo como autoregistro, el llenado de cuestionarios y la asistencia a sus

citas, se le explicó la posible influencia conductual respecto a su padecimiento, los beneficios potenciales que obtendría a través del tratamiento, las repercusiones en el ámbito familiar y social, y sobre todo la disposición reiterada de que su participación sería voluntaria y que, en caso de que decidiera retirarse del programa, no tendría ninguna consecuencia como usuario del instituto ni de cualquier otra índole. Dicho documento se elaboró conforme a los preceptos éticos estipulados en el Artículo 118 del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2002). (véase el Anexo 3).

Protocolo de intervención "Pasos vitales"

Se trata de una intervención elaborada específicamente para mejorar la adherencia terapéutica a través de indicaciones de fácil comprensión para el paciente, en el que se mejoran considerablemente diversos aspectos de su tratamiento (véase el Anexo 4). Las dimensiones incluyen el régimen medicamentoso, relaciones con el equipo de salud, disciplina en los horarios para ingerir los medicamentos, afrontamiento de efectos colaterales, control de olvidos y un ejercicio de imaginación guiada para el cumplimiento del tratamiento prescrito por el equipo de salud (Safren, 1999).

Bitácora terapéutica

Este registro que lleva a cabo el terapeuta consiste en una hoja donde anota datos generales del paciente, el tiempo de evolución del padecimiento, las enfermedades asociadas con el mismo, complicaciones, el monitoreo de la glucosa y el avance y desarrollo del plan terapéutico (véase el Anexo 5).

Biometría hemática

Es una prueba de laboratorio que señala los niveles de glucosa en sangre. Se realizó en condiciones de ayuno una vez al mes antes y después de la intervención. Las muestras se analizaron través del método enzimático colorimétrico en forma manual. Dichos análisis se realizaron en los laboratorios de las instituciones participantes.

DISEÑO

El presente estudio constituye un ensayo clínico aleatorizado con comparaciones longitudinales y transversales, la primera respecto a cambios antes y después de la intervención y la segunda entre las medidas de los pacientes antes de ser expuestos a la intervención. Esta comparación incluyó sólo el lapso transcurrido entre el inicio de la intervención a los pacientes de tratamiento inmediato o diferido.

PROCEDIMIENTO

Se elaboró una intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual para las personas con diabetes y sus familiares, con el objetivo de mejorar la calidad de vida dentro del proceso de enfermedad, además de incrementar la adherencia terapéutica del paciente. Se presentaron los objetivos de la intervención a los médicos, enfermeras, recepcionistas y trabajadores sociales, para solicitar su apoyo en cuanto a la canalización de pacientes con diabetes mellitus candidatos a recibir dicha intervención.

Intervención

Fase inicial: Consistía de una o dos entrevistas (dependió de cada caso), en las que se familiarizaba al paciente con el propósito del estudio y los aspectos específicos de la intervención con modelo cognitivo-conductual. Una vez que se aclaraba cualquier duda respecto al tratamiento, se le solicitaba la firma del consentimiento informado, a través del cual aceptaba participar voluntariamente en la investigación. Durante esta(s) primera(s) entrevista(s) se aplicaba el InCaViSa y se le explicaba e instruía respecto al llenado del carnet de adherencia terapéutica. Este procedimiento se llevaba a cabo con cada paciente y un familiar en caso necesario.

Fase media: Se revisaban, con el paciente y con su familiar, los principales problemas en cuanto a la adherencia al tratamiento, los posibles factores desencadenados por la enfermedad en el deterioro de su bienestar y las probables causas de inestabilidad en las mediciones de glucosa. Posteriormente se aplicaba el programa de adherencia "Pasos Vitales" y, dependiendo de la principal problemática del paciente al momento de la intervención, los procedimientos de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de problemas de comportamiento que interfirieran con su adherencia terapéutica y su calidad de vida.

Fase final: Se revisaban las metas obtenidas y se preparaba al paciente para la terminación y mantenimiento del tratamiento. Finalmente se aplicaba el InCaViSa y se acordaba la siguiente cita del primer seguimiento a tres meses, así como la planeación de fechas y horarios para el seguimiento vía telefónica. Al término de este periodo se revisaba que se mantuvieran los cambios obtenidos durante el tratamiento y nuevamente se aplicaba el InCaViSa y se entregaban los carnets para el último seguimiento, al término del cual se procedía a la cuarta y última aplicación del inventario y se daba por terminado el tratamiento, agradeciendo al paciente su participación en el estudio.

Intervención terapéutica

En función de los resultados obtenidos en la primera aplicación del InCaViSa y en el carnet de adherencia terapéutica, se obtenían las necesidades de la intervención cognitivo-conductual. Dicha intervención se llevó a cabo en sesiones semanales de una hora, de cuatro a diez sesiones promedio, dependiendo de las necesidades de cada paciente.

Para la intervención psicológica con enfoque cognitivo-conductual, se utilizaron básicamente las siguientes técnicas:

Reestructuración cognitiva

En esta técnica el terapeuta ayuda al paciente a modificar pensamientos o creencias que le ocasionan sensaciones de malestar como sentimientos de tristeza y ansiedad, o le impiden responder o funcionar adecuadamente a las demandas de su ambiente, a partir del análisis lógico y real de sus problemas (Hollon & Beck, 1994; Meichenbaum, 1998).

Técnicas de auto-regulación

El propósito fundamental de estos procedimientos consiste en que los pacientes distingan las sensaciones opuestas de un estado de

relajación y otro de tensión, a través de instrucciones comprensibles y fáciles de llevar a cabo, que conduzcan al paciente a identificar sus cambios fisiológicos como el cambio de temperatura periférica⁶. Las técnicas utilizadas en esta intervención fueron: a) respiración diafragmática, b) frases de entrenamiento autógeno, c) relajación muscular progresiva y d) escritura emocional auto-reflexiva (Domínguez, Olvera & Cruz, 1999).

Desensibilización sistemática

Técnica utilizada principalmente para reacciones de ansiedad que consiste en entrenar al paciente para mantener un estado de relajación mientras experimenta o imagina las situaciones que suelen provocarle estados de tensión (Goldfried & Davison, 1994).

Solución de problemas

Se adaptó la propuesta de Nezu (2001) para pacientes con cáncer, que desarrolla en el paciente habilidades para generar alternativas efectivas para afrontar con mayor efectividad diferentes situaciones que percibe como estresantes, tales como problemas médicos, económicos, psicosociales e interpersonales relacionados con el

⁶ Cuando las personas están tranquilas, sus manos están tibias o calientes, y cuando se sienten intranquilas o nerviosas su temperatura periférica tiende a bajar. Por lo que manos y pies pueden sentirse fríos.

diagnóstico y tratamiento, se utilizó el mismo modelo para otros problemas como familiares, laborales, etc.

Asignación, seguimiento de tareas y consolidación

Al finalizar el tratamiento, el terapeuta y el paciente evaluaban juntos las metas obtenidas planteadas al inicio de la intervención. Se preparó además al paciente para la generalización y mantenimiento (prevención de recaídas) de las habilidades adquiridas durante la intervención, así como para la finalización de la misma (Kanfer & Goldstein, 1993).

RESULTADOS

Para calcular la significancia estadística de los efectos de la intervención en los puntajes del InCaViSa, se utilizó la prueba estadística de rangos con signo de Wilcoxon, alternativa no paramétrica a la prueba *t* de Student para muestras relacionadas donde cada sujeto es su propio control. Se aplica esta prueba cuando las medidas pueden corresponder a dos condiciones diferentes, una experimental y otra control, o un pre-test y un pos-test (Siegel, 1991). Las áreas del InCaViSa que se analizaron fueron: Percepción de salud y bienestar, Relaciones interpersonales, Funciones cognitivas, Síntomas y el Estimador general de calidad de vida.

Cuadro 2. Significancia estadística de las áreas del InCaViSa.

	Salud bienestar	Relaciones interpersonales	Funciones cognitivas	Síntomas	Calidad de vida
P =	.000**	.000**	.006*	.000**	.000**

* $p < .01$

** $p < .001$

En la figura 1 se observa la reducción del deterioro en la calidad de vida como efecto de la intervención del grupo total (34 pacientes). La

ordenada muestra el porcentaje de deterioro en las áreas de calidad de vida. El nivel máximo posible de deterioro o 100% se computó sumando los máximos puntajes posibles por área para los 34 casos. La abscisa muestra cada una de las áreas analizadas que integran el InCaViSa: Salud y bienestar, Relaciones interpersonales, Funciones cognitivas, Calidad de vida y Síntomas.

Los porcentajes de deterioro se calcularon sumando los puntajes de todos los pacientes por cada área, multiplicándolos por 100 y dividiéndolos entre el máximo de deterioro posible, obteniendo así el porcentaje de deterioro total de los 34 pacientes.

En todas las áreas se obtuvo una reducción significativa en el porcentaje de deterioro en la calidad de vida. Dicha reducción se estimó restando el porcentaje de deterioro del pre-test menos el porcentaje de deterioro del post-test. La mayor ganancia en la reducción del deterioro fue en el estimador general de calidad de vida (18%), seguido por Salud y bienestar (17%), Relaciones interpersonales (16%), Funciones cognitivas (12%) y Síntomas (8%). En esta última se obtuvo una menor reducción en el deterioro de la calidad de vida.

Las figuras 2 a 4 muestran tres ejemplos de reducción de deterioro en la calidad de vida como efecto de la intervención. Las figuras muestran los datos del paciente menos beneficiado, del paciente modal y el paciente más beneficiado. La ordenada muestra el porcentaje de

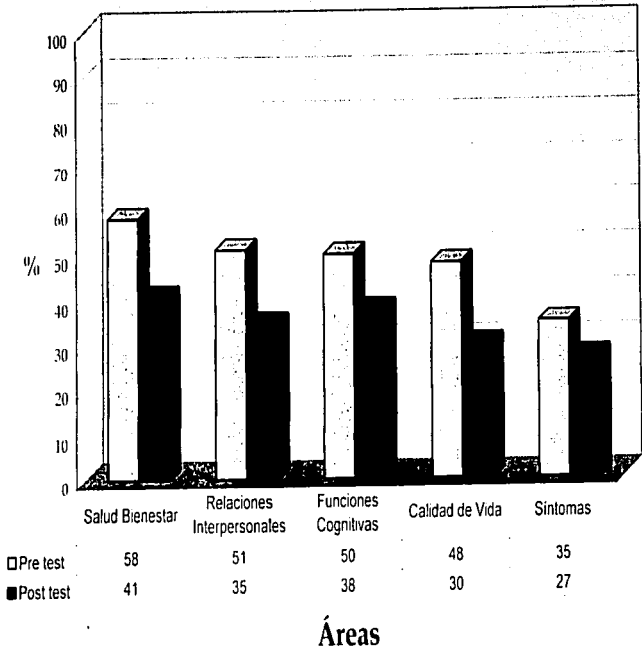
deterioro en las áreas de calidad de vida. El máximo deterioro (100%) se estimó sumando los máximos puntajes posibles por área, multiplicados por el número de pacientes. La abscisa muestra cada una de las áreas analizadas que integran el InCaViSa: Salud y bienestar, Relaciones interpersonales, Funciones cognitivas, Calidad de vida y síntomas. Los datos que aparecen debajo de cada una de las gráficas muestran el porcentaje de deterioro medido en el pre-test, el post-test, el primer seguimiento y el segundo seguimiento.

La figura 2 muestra los resultados del paciente que obtuvo menos beneficio en la reducción de deterioro de calidad de vida. La mayor ganancia en la reducción del deterioro fue en el área de Salud y bienestar (30%) de pre-test a segundo seguimiento, seguida de Síntomas (28%), Relaciones interpersonales (23%), estimador general de calidad de vida (16%). El área de Funciones cognitivas registró un aumento en el deterioro del 22%.

En la figura 3 se observan los resultados obtenidos del paciente modal (que representa a la mayoría de los participantes) respecto de la reducción de deterioro de calidad de vida. El área que obtuvo mayor ganancia en la reducción del deterioro fue la de Relaciones interpersonales (45%) del pre-test al segundo seguimiento, seguida por las de Funciones cognitivas (44%), Salud y bienestar (26%), estimador general de calidad de vida (17%) y síntomas (11%).

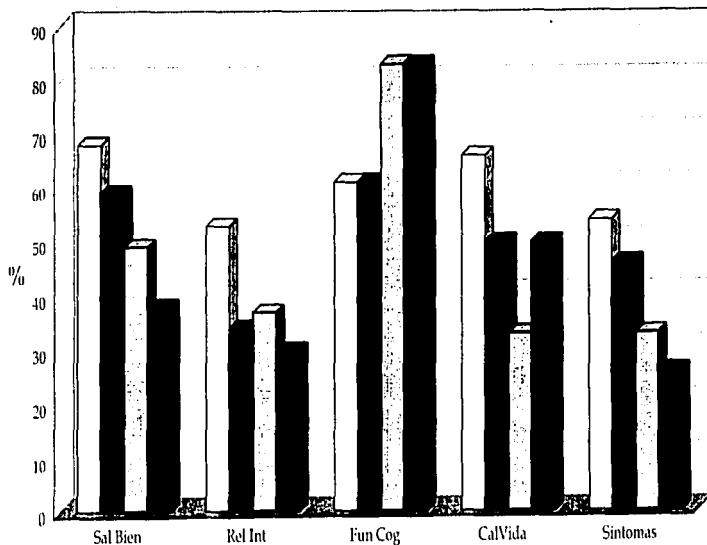
La figura 4 muestra los resultados obtenidos del paciente que más se benefició respecto a la reducción de deterioro de calidad de vida. La mayor ganancia en la reducción se registró en el área de Funciones cognitivas (61%) del pre-test al segundo seguimiento, seguida por el estimador general de calidad de vida (50%), Relaciones interpersonales (45%), Salud y bienestar (33%) y síntomas (1%).

Figura 1. Reducción del Deterioro en calidad de vida como efecto de la intervención. Grupo total.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

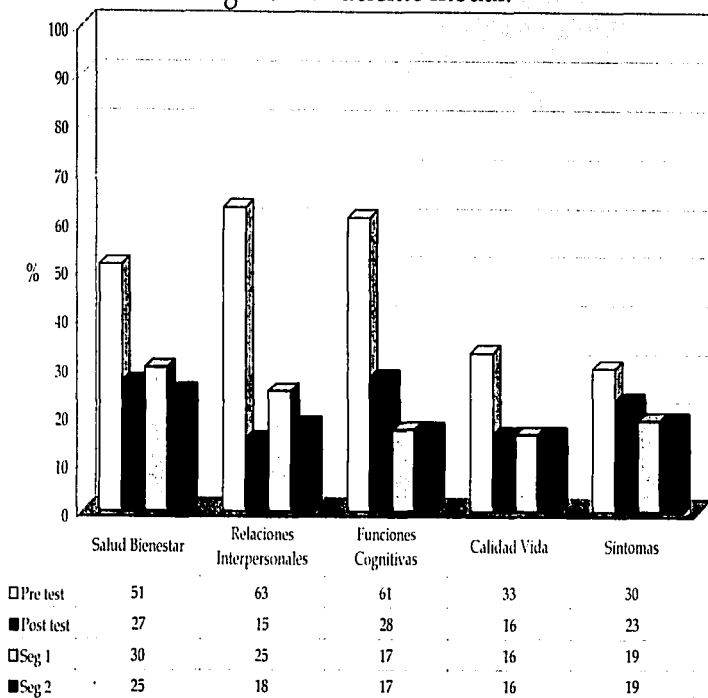
Fig. Reducción del deterioro en la Calidad de Vida en general. Paciente menos Beneficiado.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

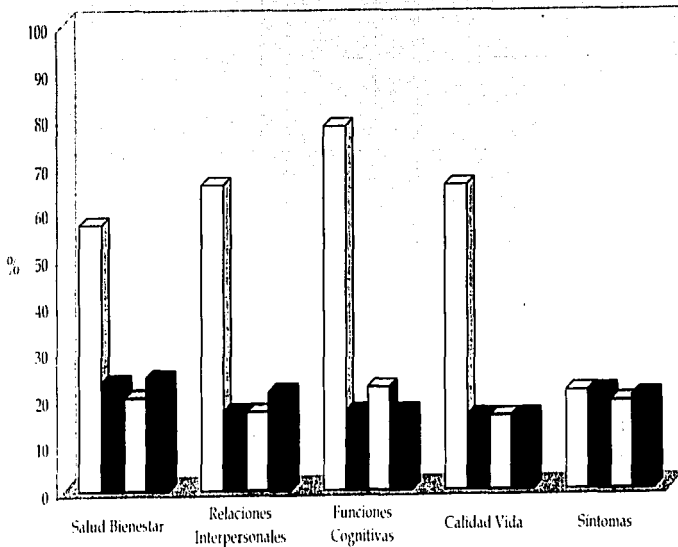
□ Pre test	68	53	61	66	54
■ Post test	59	34	61	50	46
□ Seg 1	49	37	83	33	33
■ Seg 2	38	30	83	50	26

Fig. Reducción del deterioro de la Calidad de Vida en general. Paciente modal.



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Fig. Reducción del deterioro de la Calidad de Vida en general. Paciente más beneficiado.



□ Pre test	57	60	78	60	21
■ Post test	23	17	17	16	21
□ Seg 1	20	17	22	16	19
■ Seg 2	24	21	17	16	20

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Correlatos fisiológicos

Para obtener la significancia estadística de los efectos de la intervención en las mediciones de glucosa en sangre del pre-tratamiento y post-tratamiento, se utilizó la prueba estadística *t* de Student (para muestras relacionadas) que compara dos conjuntos de observaciones en una sola muestra y cada sujeto puede ser su propio control. Estos cambios arrojaron una significancia estadística de $p < .001$

La figura 5 muestra los cambios de glucosa en sangre de los 34 pacientes antes y después de la intervención. Estas mediciones se obtuvieron a través de las órdenes de laboratorio para medir la química sanguínea, solicitadas mensualmente por el médico familiar.

La ordenada muestra los miligramos por decilitros (ml/dl) de glucosa en sangre y la abscisa muestra el número que identifica a cada paciente, las barras claras representan los niveles de glucosa antes de la intervención y las barras oscuras los de después de la intervención.

El cuadro 3 muestra los valores de glucosa que se tomaron como referencia para indicar el grado de control glucémico de pre-tratamiento y post-tratamiento.

Cuadro 3. Índices bioquímicos de control metabólico en la diabetes mellitus.

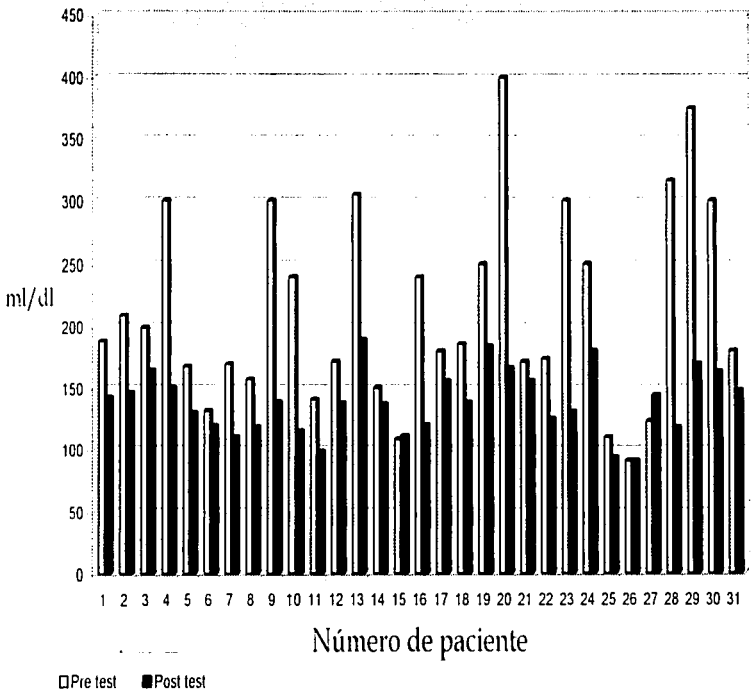
Índice	Normal	Aceptable	Deficiente
Glucosa en plasma en ayunas	80 a 110ml/dL	111 a 140 ml/dL	>140 ml/dL

*Criterios establecidos por la Norma Oficial Mexicana (SSA, 2000).

En las mediciones de glucosa de pre-tratamiento se observa que tres pacientes registraron índices normales (≤ 110), 3 pacientes registraron índices de glucosa señalados como aceptables (< 140 ml/dl) y que en la mayoría (25 pacientes) se observó un control modesto de la glucosa (> 140), de acuerdo con los criterios antes mencionados, después de la intervención.

En las mediciones de post-tratamiento, cuatro pacientes obtuvieron mediciones dentro de los niveles normales, 13 pacientes registraron índices aceptables y 14 pacientes se clasificaron en la categoría de un control metabólico poco satisfactorio. Cabe señalar que ningún paciente registró índices de glucosa mayores de los 200 ml/dl después de la intervención.

Figura 5. Niveles de glucosa en sangre antes y después de la intervención por paciente.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El cuadro 4 muestra las puntuaciones totales de pre-tratamiento, post-tratamiento y la reducción de deterioro de la calidad de vida como porcentaje. Se observan porcentajes de ganancia mayores al 35% en seis pacientes. Se observaron ganancias entre 10% y 33% en 15 pacientes, entre 3% y 8% en ocho pacientes y sólo en cinco pacientes se vieron porcentajes de 2% o menores. Sólo en el caso del paciente 26 se observa que no hay cambios entre las medidas de pre-tratamiento a post-tratamiento.

En el cuadro 5 muestra los porcentajes de deterioro de la calidad de vida en general, de pre-tratamiento a post-tratamiento. Los porcentajes obtenidos se calcularon en cada paciente multiplicando por cien la puntuación de deterioro que obtuvo en cada área y dividiéndola entre las puntuaciones del máximo deterioro posible en el InCaViSa.

En los porcentajes de pre-tratamiento, cinco pacientes cuantificaron de 73% a 83% de deterioro en el InCaViSa. 13 pacientes de 61% a 70% y 15 pacientes de 50% a 60%.

En el registro de post-tratamiento se observó que cuatro pacientes obtuvieron de 63% a 60% de deterioro en el InCaViSa, ocho pacientes de 58% a 50%, siete pacientes de 49% a 42%, once pacientes de 36% a 31% y cuatro pacientes de 28% a 25%.

Hasta el momento de preparar el presente trabajo, se calculó el porcentaje de reducción de deterioro en calidad de vida del primer seguimiento (tres meses después del post-tratamiento) de 12 pacientes. Los pacientes 23 y 31 mostraron considerables cambios del post-tratamiento al primer seguimiento, con ganancias en la reducción del deterioro de 27% y 29%, respectivamente.

En el segundo seguimiento se registraron porcentajes de deterioro de calidad de vida de seis pacientes, en los que el paciente 8 muestra una constante reducción de deterioro en cada aplicación del InCaViSa: de pre-tratamiento a post-tratamiento 17%, de post-tratamiento a primer seguimiento 5% y del primer seguimiento al segundo seguimiento 10%. En el paciente 1 se observa una ganancia de 1% entre el primer y el segundo seguimientos y en los cuatro pacientes restantes no se observaron ganancias notorias respecto al primer seguimiento. Ninguno de los porcentajes obtenidos en el segundo seguimiento fue igual al obtenido en el pre-tratamiento.

Cuadro 4. Puntuaciones totales de pre-tratamiento y post-tratamiento y ganancia en porcentajes de la reducción de deterioro en Calidad de vida en general por paciente.

PACIENTE	Puntuación		% de cambio de
	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Pre a pos-tratamiento
7	227	84	41%
12	283	143	41%
5	249	121	38%
1	214	91	36%
4	231	113	35%
33	208	90	35%
2	226	113	33%
20	235	124	33%
6	213	108	31%
16	255	151	31%
34	201	96	31%
9	226	124	30%
17	207	109	29%
3	190	114	23%
14	195	128	20%
11	182	117	19%
8	253	195	17%
13	176	120	16%
29	260	209	15%
32	184	143	12%
10	191	158	10%
22	191	166	8%
30	240	214	8%
15	224	197	7%
31	230	205	7%
19	190	169	6%
27	204	186	6%
18	183	172	3%
28	178	168	3%
21	180	175	2%
23	178	173	2%
24	203	199	1%
25	220	216	1%
26	185	185	0%

Cuadro 5. Porcentajes de Deterioro en calidad de vida en general de pre-tratamiento, post-tratamiento, primer y segundo seguimiento, por paciente.

PACIENTE	% de deterioro pre test	% de deterioro Post test	% de deterioro 1er Seg	% de deterioro 2º Seg.
25	64	63		
30	70	62		
29	76	61		
31	67	60	31	
15	65	58		
24	59	58		
8	74	57	52	42
27	60	54		
26	54	54		
21	53	51		
18	53	50	23	25
23	52	50		
19	55	49		
28	52	49		
22	56	48		
10	56	46		
16	75	44	47	
12	83	42	37	
32	54	42		
14	57	37	38	
20	69	36		
9	66	36		
5	73	35		
13	51	35		
11	53	34	31	33
4	68	33	26	29
2	66	33	41	
3	56	33	34	
17	61	32		
6	62	31		
34	59	28		
1	63	27	30	29
33	61	26		
7	66	25	23	26

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito determinar las áreas que inciden en el deterioro de calidad de vida y evaluar los efectos de una intervención psicológica de administración individual dirigida a mejorar la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus.

Las áreas del InCaViSa que puntuaron con mayor deterioro antes de la intervención fueron Salud y bienestar, Relaciones interpersonales y Funciones cognitivas con porcentajes mayores al 50%. Las áreas que puntuaron con menor deterioro fueron Estimación de Calidad de vida y Síntomas. Esto respalda los hallazgos de Davis y colaboradores (1998), que afirman que el estado psicológico del paciente juega un importante papel respecto a la mortalidad y es uno de los mejores predictores de entre muchas variables de adherencia al tratamiento.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el post-tratamiento el área que más se benefició de la intervención fue el indicador de Calidad de Vida. Es importante considerar que dicho indicador se compone de sólo un reactivo y que cualquier cambio mínimo en la respuesta representaba un 16% de modificación en el puntaje resultante.

El área de Salud y Bienestar fue la segunda más beneficiada, se considera que ello se debió en parte a que uno de los componentes de la intervención consistió en invitar a los familiares del paciente a

participar en el estudio para explicarles el curso del padecimiento, los efectos colaterales y los cambios repentinos en el estado de ánimo. Estos hallazgos extienden lo mencionado por Rodríguez y Guerrero (1997), respecto a la importancia que tiene el apoyo familiar en la adherencia terapéutica y bienestar del paciente diabético.

El área de funciones cognitivas fue una de las que presentó mayor beneficio. Algunos de los componentes de la intervención consistió en el manejo de técnicas para el control y manejo de olvidos, tanto para adherencia terapéutica como para otros aspectos relacionados con la vida cotidiana, lo que a su vez pudo relacionarse con el área de salud y bienestar al coadyuvar en la eficacia con que el paciente se percibía: algunos pacientes refirieron tener ideas erróneas (por ejemplo: "Para mi familia sólo soy un estorbo", etc.).

El área de síntomas fue una de las que presentó menos cambios estadísticamente significativos, aunque clínicamente los pacientes informaban tener los mismos síntomas, ahora podían funcionar mucho mejor en sus actividades cotidianas. Es importante resaltar que los pacientes desarrollaron habilidades para identificar sus síntomas, mismas que les permitían saber qué hacer para controlarlos o instrumentar acciones para controlar los síntomas agudos del padecimiento.

Respecto al paciente aparentemente menos beneficiado por la intervención, como ya se mencionó, todas las áreas del inventario mostraron una disminución de deterioro, excepto el área de funciones cognitivas. Este incremento quizá se debe a que esta área se compone únicamente por tres reactivos referentes a funciones de memoria y concentración, y por ello cualquier modificación en el paciente por mínimo que sea, se aprecia como un cambio notorio en el deterioro.

Los cambios del InCaViSa del paciente que representa a la mayoría del grupo denotan disminuciones de deterioro en todas las áreas. El hecho de que el área de relaciones interpersonales haya sido la de mayor porcentaje de deterioro (45%), nos habla de la gran importancia del trabajo del psicólogo en el área de las relaciones familiares del paciente.

Los registros del paciente más beneficiado de la intervención mostraron prácticamente el mismo deterioro del 21% del pre-tratamiento al post-tratamiento. Muy probablemente esto se explica por la naturaleza de los síntomas propios de la enfermedad. Cabe señalar que este paciente entró al tratamiento con mucho menor porcentaje de deterioro en el área de síntomas en comparación con los demás.

Es importante mencionar que los cambios que se registraron en las evaluaciones efectuadas en el primer y segundo seguimientos del

InCaViSa (evaluaciones que se llevaron a cabo sólo en algunos pacientes, pues los demás aún se encuentran en tratamiento) se mantuvieron cerca de los puntajes obtenidos en el post-tratamiento, sin mostrar regresión a los niveles obtenidos en el pre tratamiento.

Algunos pacientes que terminaron su tratamiento y que continuaron con los seguimientos de tres y seis meses, mencionaron que, debido a que mejoraron la adherencia terapéutica en toma de medicamentos, dieta y ejercicio principalmente, el médico redujo las dosis de medicamentos y una paciente reportó que se le retirará el medicamento para controlar su padecimiento sólo con dieta y ejercicio, lo cual motivó a otros pacientes a continuar con su tratamiento.

Otro objetivo de la intervención fue contribuir a la estabilización en los pacientes de niveles de glucosa en sangre lo más cercano posible a los normales, a través de las diferentes técnicas para promover la adherencia terapéutica, ya que la mayoría de pacientes antes del tratamiento cursaban altos índices de hiperglucemia, y hubo quienes ya tenían varios años sin registrar índices de glucosa cercanos a los normales.

Se obtuvieron cambios significativos en el control de glucosa posteriores a la intervención en 13 pacientes quienes, en pre-tratamiento registraron índices de aceptable y deficiente control metabólico, algunos de ellos mayores a los 200 mg/dl. Aún cuando los

demás pacientes puntuaron en el criterio de control metabólico deficiente, ninguno de ellos observó índices mayores a los 200 mg/dL de glucosa sanguínea. En el caso de los pacientes con seguimientos, estos cambios se mantuvieron.

Los pacientes que desde pre-tratamiento registraron niveles de glucosa en sangre normales, continuaron con su control, disminuyendo además su deterioro en Calidad de Vida. Tanto los puntajes obtenidos en el InCaViSa y el control de la glucosa en sangre evaluados en el post-tratamiento reflejan cambios clínica y estadísticamente significativos.

Puede concluirse que los pacientes con diabetes mellitus tienen factores de riesgo cognitivo-conductuales medibles y modificables a través de una intervención psicológica como la diseñada para este propósito en el presente estudio.

Los resultados obtenidos, mostraron que el tratamiento psicológico individual es un complemento importante en la atención integral del paciente para mejorar su bienestar y calidad de vida.

La terapia basada en el modelo cognitivo-conductual ha mostrado ser de gran utilidad en el cambio tanto de creencias como de conductas de los pacientes respecto al cumplimiento de las prescripciones médicas (toma de medicamentos, ejercicio, plan alimenticio), además de

desarrollar habilidades para el manejo de emociones, solución de problemas y conductas de auto-cuidado.

A pesar de no contar con el espacio ni con las condiciones adecuadas según diversos autores (Kanfer & Goldstein, 1993) para llevar a cabo el proceso psicoterapéutico en una de las instituciones participantes (privacidad, un espacio dedicado a éste propósito, comodidad, etc.), al evaluar los puntajes de las variables se observó que ésto no parece haber interferido con el mejoramiento en la calidad de vida y en el control de glucosa en sangre de los pacientes pues se presentaron cambios importantes en el post-tratamiento. Sin embargo, sí hubo otras diferencias importantes, aun cuando se permitió el acceso a la población de pacientes en el Hospital General de México, fue difícil establecer comunicación con los médicos de los pacientes para intercambiar opiniones acerca de su tratamiento, esto apoya lo señalado por Denelsky (1996) sobre la renuencia que aún tienen algunos médicos a aceptar el trabajo de otros profesionales que tradicionalmente no se ocupaban del cuidado de la salud. Sin embargo en la unidad de medicina familiar, se logró una coparticipación importante con los médicos, lo que permitió que se generará una demanda de la acción conjunta de médicos y psicólogos. Adicionalmente, la mayoría de los pacientes atendidos provenientes de esta institución tenían un nivel socio-educativo superior a los de los servicios hospitalarios de acceso abierto. Hubo otros factores que coadyuvaron, como la flexibilidad de horario obtenida en la unidad, en

la que designaron dos cubículos para el trabajo de los psicólogos, así como que, por tratarse de una unidad de segundo nivel de atención, los pacientes vivían a distancias relativamente cortas de la misma.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio sobre el efecto notado por la intervención de los familiares de los pacientes se propone diseñar intervenciones dirigidas específicamente a éstos, a fin de mejorar las relaciones familiares y resolver las áreas de conflicto, ya sean generadas por la enfermedad o por otras variables (interpersonales) independientes al padecimiento. Lo anterior en virtud de las repercusiones de estos cambios sobre la evolución del padecimiento.

También se recomienda desarrollar programas de prevención primaria a la población en general debido a que este padecimiento tiende a incrementar sus índices de morbi-mortalidad en el país.

El presente estudio forma parte del proyecto de investigación "Valoración y mejoramiento de la adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes con padecimiento crónicos", en el que se agruparán los resultados obtenidos de pacientes con diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares y se están considerando otras variables que inciden en el curso de estos padecimientos entre las que destacan por su frecuencia la sintomatología ansiosa, depresiva, régimen medicamentoso, valores de presión arterial e índice de masa corporal.

Por otra parte, se encuentra en validación una nueva versión del InCaViSa, que permitirá abreviarlo manteniendo la sensibilidad del instrumento, a la vez que se homogenizaron las áreas en cuanto al número de reactivos que las componen y se diseñó en formato autoaplicable.

REFERENCIAS

Alpizar, S. M. & González, J. J. (2001). Guía para el manejo integral del paciente diabético (pp. 1-5). México: Manual Moderno.

Alpizar, S. M. & Pizaña, J. A. (2000). Criterios actuales para el diagnóstico de la diabetes mellitus. *Gerontología y Geriatria IMSS*, 2(3), 29-30.

Alpizar, S. M., Pizaña, J. A. & Zárate, A. A. (1999). La diabetes mellitus en el adulto mayor. *Revista Médica del IMSS*, 37(2), 117-125.

American Diabetes Association. (1994). *Manejo médico de la diabetes insulino dependiente (tipo 1)* (pp. 107-117, Clinical Education Series).

American Diabetes Association (2002). Basic diabetes information.

Recuperado el 19 de junio de 2002, de

<http://www.diabetes.org/main/application/commercewf>

Bardieri, J. E., Drehmer, D. E. & Taylor, D. W. (1997). Work life for employees with disabilities: Recommendations for promotion. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40, 181-191.

Blackburn, H. (1994). El concepto de riesgo. En: *Compendio de Cardiología Preventiva*. (pp. 25-41). American Heart Association.

Blanchard, C. M., Rodgers, W. M., Cournela, K. S., Daub, B. & Knapik, G. (2002). Does barrier efficacy mediate the gender-exercise adherence relationship during phase II cardiac? *Rehabilitation Psychology*, 47, 106-120.

Brannon, L. & Feist, J. (2000). *Health Psychology* (pp. 293-328). Australia: Brooks/Cole.

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

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

Calles, E. J. (1999). Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. En: P. F. Gómez, *Avances en diabetes* (pp. 25-35). México: Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología.

Denelsky, G. Y. (1996). Collaborative practice: psychologists and internist. En: Resnick & Rozenzky, R. H. (Eds.). *Health psychology through the lifespan: Practice and research opportunities* (pp. 101-107). Washington: American Psychological Association.

Domínguez, T. B., Olvera, L. Y., & Cruz, M. A. (2001). Manual para el taller teórico-práctico "Manejo del estrés" (pp. 9-59). México: Plaza & Valdez.

Durán, H. G., Castro, R. M., Castillo, M. F. & Alpízar, S. M. (1999). La actividad física como parte del tratamiento no farmacológico en la prevención y control de la diabetes mellitus. *Salud Comunitaria IMSS*, 3(1), 19-23.

Durán, V. B., Rivera, C. B., & Franco, G. E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 43(3), 233-236.

Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. (1997). Etiologic classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. Recuperado el 16 de enero de 2003. De:

<http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/26/suppl1/s5/T1>

Fairchough, P. K., Clements, R. S., Filer, D. V. & Bell, D. S. (1983). An evaluation of patient performance and their satisfaction with various rapid blood glucose measurement systems. *Diabetes Care*, 6, 45-49.

Fernández, J. A., Rancano, I. & Hernández, R. (1999). Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de perfil de calidad de vida en enfermos crónicos. *Psicothema*, 11(2), 293-330.

Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1994). Clinical behavior therapy. Expanded edition. New York: Wiley.

Gómez, P. J. & Rull, J. (1997). Principios generales de tratamiento del paciente diabético. En: Gómez, P. J., *Tratado de diabetología* (pp. 375-383). México: Instituto Nacional de la Nutrición.

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

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

Harper, A. & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Harris, M. L., Klein, R., Welborn, T. A., & Knudman, M. W. (1992). Onset of NIDDM occurs at least 4-7 years before clinical diagnosis. *Diabetes Care*, 15, 815-819.

Hartman, P. Y. (1982). The effects of relaxation therapy and cognitive coping skills training on the control of diabetes mellitus. *Dissertation Abstracts International*, 43(3-B), 871-872.

Henry, J. L., Wilson, P. H., Bruce, D. G., Chisholm, D. J., & Rawling, P. J. (1997). Cognitive-behavioural stress management for patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology Health & Medicine*, 2(2), 109-118.

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

Hollon, S. D. & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En: A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4a. ed., pp. 428-466). New York: Wiley.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (1999). Guías de diagnóstico terapéuticas para el médico familiar: Medicina de familia (pp. 53-73). Boletín interno. Médicos familiares de la H. G. R. 25.

Islas, S. (1999). *Complicaciones crónicas* (2a. ed., pp. 205-207). México: McGraw-Hill Interamericana.

Islas, A. S., Revilla, M. M., González, V. C., Méndez, F. J., & Sánchez, P. S. (1997). Diabetes mellitus, ventajas de la nueva clasificación. *Revista Médica del IMSS*, 35(4), 319-321.

Jacobson, A. M., de Groot, M., & Samson, J. (1995). Quality of life research in patients with diabetes mellitus. En: J. Dimsdale y A. Baum (Eds.), *Quality of Life in Behavior Medicine Research* (pp. 241-263). Lawrence Erlbaum Associates.

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

Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1981). La estandarización del Inventario de Depresión Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 345-357.

Kanfer, F. & Goldstein, A. (1993). *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. (4a. ed., pp. 31-76.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Krupp, M., Tierney, I., Jawetz, E., & Camargo, C. (1986). *Diagnóstico clínico y de laboratorio* (8a. ed., pp. 179-217). México: Manual Moderno.

Kuri, M. P., Vargas C. M., Zárate H. M., & Juárez V. P. (2001). Investigación y desarrollo. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. Recuperado el 18 de enero de 2003. En: <http://www.invdes.com.mx/suplemento/anteriores/junio2001/html/diabem.html>

Lerman, G. I. (1998). *Atención integral del paciente diabético* (2a. ed., pp. 3-5). México: McGraw Hill Interamericana.

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

Lustman, P. J., Freedland, K. E., Griffith, L. S. & Clouse, R. E. (1998). Predicting response to cognitive behavior therapy of depression in type 2 diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 20(5), 302-306.

Mannucci, E., Ricca, V., Barciulli, E., Di Bernardo, M., Trabaglioni, R., Cabras, P., & Rotella, C. (1999). Quality of life and overweight: The

Obesity-Related Well-Being (ORWELL 97) Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 24(3), 345-357.

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

Meichenbaum, D. (1998). *Cognitive Behavioral Treatment of Depression*. En: *Psychiatric Practice: Everyday Solutions*. Course. Boston: Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School.

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

Morales, T. M. & Alpizar, S. M. (2001). Fomento y educación para la salud en diabetes mellitus. En: S. M. Alpizar (Ed.), *Guía para el manejo integral del paciente diabético* (pp. 285-299). México: Manual Moderno.

Nezu, M. A. (2001). Terapia de solución de problemas para pacientes con cancer. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 185-192.

Patrick, D. L. & Deyo, R. A. (1989). Generic and disease specific measures in assessing health status and quality of life. *Medicine Care*, 27, 217-232.

Quibrera, I. R. (1999). Principios generales del tratamiento de la diabetes. En: P. F. Gómez, *Avances en diabetes* (pp. 101-103). México: Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología.

Revilla, M. M. & Islas, A. S. (1999). El laboratorio clínico: Su utilidad en el paciente con diabetes mellitus. En: A. S. Islas y G. A. Lifshitz (Eds.), *Diabetes mellitus* (2a. ed., pp. 139-161). México: McGraw-Hill Interamericana.

Ríos, T. J. & Rull, R. J. (1999). Epidemiología de la diabetes tipo 2 en México. En: G. F. Pérez (Ed.), *Avances en diabetes* (pp. 37-55). México: Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología.

Ríos, J. & Rull, J. (1998). Clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. En: G. I. Lerman (Ed.), *Atención integral del paciente diabético* (2a. ed., pp. 7-24). México: McGraw Hill Interamericana.

Ríos, J. & Rull, J. (1992). El síndrome clínico de la diabetes mellitus. En: R. Zorrilla y S. Jadzinsky (Eds.), *Diabetes mellitus: Complicaciones crónicas* (pp. 3-16). México: McGraw-Hill Interamericana.

Rivera, A. J. & de la Llata, R. M. (2000). Enfermedad arterial coronaria y diabetes mellitus. *Revista Médica del IMSS*, 38(1), 17-22.

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

Robles, G. R. (2002). Evaluación y modificación de la calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo II. Tesis doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez, O. (2002). Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes crónicos. Tesis de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Rubin, R. (2000). Diabetes and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*. Recuperado el 7 de julio de 2003. En: <http://www.diabetes.org>

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

Safren, S. (1999). Cognitive-behavioral interventions to increase medication adherence. En: *Psychiatric Practice: Everyday Solutions*

(Course, pp. 191-213). Boston, MA: General Hospital and Harvard Medical School. Boston.

Sánchez-Sosa, J. J. & Hernández-Guzmán, L. (1993). *Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (S.E.Vi.C.)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

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

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

Secretaría de Salud. (2000). Proyecto de modificación a la Norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. *Revista Médica del IMSS*, 38(6), 477-495.

Secretaría de Salud. (2001). *Principales causas de mortalidad general*. Recuperado el 7 de julio de 2003. En: <http://www.salud.gob.mx/inder.html>

Siegel, S. (1991). *Estadística no paramétrica* (3a. ed., pp. 84-121). México: Trillas.

Skyler, J. (1992). Complicaciones de la diabetes en los noventa. En: Zorrilla, R. y Jadzinsky, S. *Diabetes mellitus: Complicaciones crónicas* (pp. 3-16). México: Interamericana McGraw-Hill.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2002). *Código ético del psicólogo* (pp. 82-85). México: Trillas.

Trull, T. & Phares, J. (2003). *Psicología clínica* (6a. ed., pp. 373-404). México: Thomson.

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

Velarde, J. E. & Ávila, F. C. (2002). Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.

Velasco, C. L. & Sinibaldi, G. J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia* (pp. 195-203). México: Manual Moderno.

Verduzco, R. (1993). Métodos de laboratorio útiles para el diagnóstico y el control de la diabetes mellitus. En: C. Ariza y A. Frati (Eds.), *Temas de medicina interna: Diabetes Mellitus* (pp. 739-746). México: Interamericana McGraw-Hill.

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

Anexo 1

Inventario de:

Calidad de Vida y Salud

2001

34579 - H

Inventario de Calidad de Vida y Salud

Versiones adaptadas :

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

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

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

Obesity Related Well-Being Questionnaire (ORWELL 97)
Mannucci, E; Ricca, V; Bareiulli, 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 QLM1)
Brotans, C; Ribera, A; Permanyer, G; Cascant, P; Moral, I; et al. (2001)

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

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

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

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

EJEMPLO

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

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

O A B C D E F

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

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

O A B C D E F

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

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

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

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

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

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

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

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

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. Temó que me despidan por mi enfermedad	a	b	c	d	e	f
25. Soy un(a) buen(a) trabajador(a)	a	b	c	d	e	f
26. Mantengo mis metas	a	b	c	d	e	f
27. Mis compañeros de trabajo me han aislado	a	b	c	d	e	f
28. Por mi enfermedad, me presionan en el trabajo	a	b	c	d	e	f
29. Pienso que mi vida cambió desde que me diagnosticaron	a	b	c	d	e	f

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

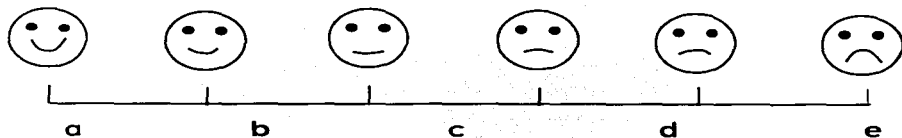
semanas...		20% del tiempo)	del tiempo)	(40 a 60% del tiempo)	(60 a 80% del tiempo)	(más del 80% del tiempo)
59. Hacer ejercicio me debilita	a	b	c	d	e	f
60. Puedo realizar actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados.	a	b	c	d	e	f
61. Puedo realizar actividades moderadas, como mover una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



f
La Mejor
Calidad de Vida
Posible

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

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

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

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

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

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

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

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

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

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

* Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada de la estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Eneida 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 circuito de la letra correspondiente en su hoja de respuestas. Si varias oraciones de un grupo de aplican a su caso, rellene el círculo de cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección. **

	a	b	c	d
100.	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
101.	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado(a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
102.	No me siento fracasado(a)	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
103.	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y astiado(a) de todo
104.	En realidad no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
105.	No me siento castigado(a)	Siento que tal vez seré castigado(a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado(a)
106.	No me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy fastidiado(a) conmigo mismo(a)	Yo no me soporto
107.	No creo ser peor que otras personas	Me 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

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

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

¡Muchas gracias por su cooperación y paciencia!

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuentes Consultadas:

Montes, C.; Ribera, A.; Permanyer, G.; Cascant, P.; Moral, I.; et al. (2000) Adaptación del cuestionario de Calidad de Vida Post-Infarto MacNEW QLM1 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.

Hernández, 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. *Cochema*, 11:2, 293-330

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

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

Ordoñez, 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. *Revista de Psicología Clínica y Salud*, 21:3, 26-31

DiMatteo, M.R.; Sherbourne, C.D.; Hays, R.D.; et al. (1999) Quality of Life and Health-Related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 22:12, 1923-1930

Paykel, T.S.; Uhlenhuth, E.H.; Prusoff, B.B. & Uhlenhuth, E.H. (1986). Health and Daily Living Inventory Manual. Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Science, Veterans Administration and Stanford University Medical Center, Palo Alto: California.

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

McKoy, 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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 2

PLAN TERAPÉUTICO

"PASOS VITALES":

CARNET DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Del _____ al _____

Exp. _____ No. _____

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____

Dx _____ Antigüedad _____

Teléfono _____

Recados _____

Médico _____

Terapeuta _____

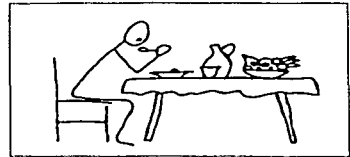
SU PRÓXIMA CITA

Fecha	Hora	Observaciones



TOMAR MEDICINA

Hora	Ejemplo	L	M	M	J	V	S	D



ALIMENTOS

Dieta Especial ()

HORA	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



EJERCICIO

Lun Mar Mier Juev

Vier Sab Dom

Tx:



DORMIR BIEN

Lun Mar Mier Juev

Vier Sab Dom



TRABAJO

Lun Mar Mier Juev

Vier Sab Dom



ACTIVIDAD SEXUAL

Lun Mar Mier Juev

Vier Sab Dom



ESTAR CON AMIGOS O CONOCIDOS 30 MINUTOS APROXIMADAMENTE O MÁS

Lun Mar Mier Juev

Vier Sab Dom



CONDUCTAS DE RIESGO

Conducta	L	M	M	J	V	S	D
Dulce							
Fumar							
Alcohol							



DIVERSION

Lun Mar Mier Juev

Vier Sab Dom

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 3

Consentimiento Informado

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

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

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

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

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

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

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

Testigo 1

Testigo 2

Fecha _____
Entrevistador _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 4

Pasos Vitales: Protocolo para promoción de adherencia terapéutica¹

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

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

1. Bienvenida/psicoeducación

Al término de la exhibición del video

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

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

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

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

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

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

Revisión del vídeo:

Asegúrese de que el paciente entienda los siguientes puntos:

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PAGINACIÓN DISCONTINUA

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

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

Después de pasar el video explique:

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

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

2. Acudir a consulta

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

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

El paciente se transportará a sus citas por medio de _____

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

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

Estos posibles problemas serían _____

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

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

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

3. Comunicación con el médico o la enfermera

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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, recomiéndele 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.

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

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

8. Señales adicionales

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

Los recordatorios o señales tienen diferentes propósitos:

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Saque las etiquetas y la tarjeta de registro de medicación, dieta, ejercicio, etc. Refiérase al principio, cuando le preguntó "¿qué piensa (o le pasa por la cabeza) cuando mira esta pildora?".

Significado de la pildora

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

- * Las pildoras dan vida (no son recordatorios de que estoy mal)
- * Tomar la pildora significa que estoy cuidando mi salud

Recordatorios para tomar las pildoras

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

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

Dele instrucciones al paciente para colocar la tarjeta donde la pueda ver constantemente. Instrúyalo para pegar las etiquetas de recordatorio en lugares en los que suele estar cuando le toca tomar cada medicina, ajustarse a su dieta o realizar actividad física.

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

Si hay riesgo de que el paciente olvide sus medicamentos cuando salga, asegúrese de que coloque señales y recordatorios en otros sitios visibles (por ejemplo, la computadora, el espejo, el frasco de agua de colonia u otro objeto que 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

Describe 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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cerca de las orejas y en el mentón (o barbilla) para no cortarse, enjuagando el rastrillo a cada rato y finalmente ir sintiendo o buscando lugares de la cara donde no hubiera quedado la barba bien corta, etc.

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

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

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

Introducción a la imaginación guiada

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

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

Ejercicio de imaginación guiada

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

En seguida vea que el paciente practique alternadamente tensar y relajar los siguientes grupos musculares (secuencia cefalocaudal): 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).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

Segunda dosis o medicamento

Ahora pasemos a la siguiente pildora (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 pildora 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 pildoras me están ayudando a proteger mi salud"
- * "Esta dieta (o ejercicio) va a hacer que esté mejor"

Paso 9: El paciente completa su imaginación guiada []

10 Manejo de olvidos

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

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

11. Repaso final de "Pasos Vitales"

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

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

TERMINIE

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!

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 5
BITACORA TERAPEUTICA

Exp. _____ No. _____

Tx.: TI / TD Hospital: _____

TERAPEUTA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: F / M

EDO. CIVIL: _____

DIRECCIÓN: _____

TÉLEFONO: _____ RÉCADOS: _____

DX: _____ ANTIGÜEDAD: _____

MÉDICO: _____

TRATAMIENTOS ESPECIFICOS

DIETA () EJERCICIO () EST LABORATORIO () RESTRICCIÓN DE ACT. () OTROS ()

DESCRIPCIÓN: _____

FECHA INICIO: _____ PPOX CITA: _____ HORA: _____

RECEPCIÓN DEL PACIENTE E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: _____

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

SI / NO POR QUÉ: _____

SI / NO POR QUÉ: _____

CARNET

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERÍODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

FAMILIAR

FECHA: _____

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

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON EL: SI / NO

¿PARTICIPARÁN OTROS FAMILIARES? SI / NO

SI ES EL CASO: NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON EL: SI / NO

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON EL: SI / NO

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON EL: SI / NO

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON EL: 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
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			