



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Proyecto de Tesis para la Obtención del grado de Licenciada en Psicología

Programa Adherencia Terapéutica en Pacientes Diabéticos: Factores de Abandono al
Apoyo Psicológico Vía Telefónica

Jesica López Hernández

TUTORA

MTRA. ALMA LIDIA MERTÍNEZ OLIVERA

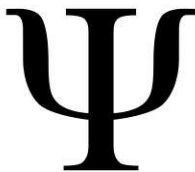
COMITÉ

MTRO. ALFONSO SERGIO CORREA REYES

MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA

MTRA. BERHA RAMOS DEL RIO

MTRA. LORENA IRAZUMA GARCÍA MIRANDA



México, Distrito Federal

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Para mi familia por su confianza y cariño

A Eduardo

Gracias a Iris, Lupita y Gabi

A Edith (La china) por estar siempre ahí

A Mirsa

A Medicina a Distancia

A Betsa, Rafa y el Lic. Ponce.

A la Mtra. Alma

Mtro Edgar

Mtra. Lorena

Por su apoyo.

ÍNDICE	Página
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1 Diabetes	9
1.1 ¿Qué es diabetes?	9
1.2. Epidemiología	11
1.3. Tratamiento médico	14
1.3.1 Fármacos hipoglucemiantes orales	14
1.3.2 Insulinoterapia	18
1.3.3 Régimen alimenticio	20
1.3.4 Ejercicio físico	21
1.3.5 Tratamiento psiquiátrico	24
CAPÍTULO 2 Tratamiento psicológico	29
2.1. Terapia Breve Cognitivo Conductual	29
2.2. Modelo de Interacción Telefónica	34
2.3. Programa de Adherencia Terapéutica	39
2.4. Abandono del Tratamiento Psicológico	45
CAPÍTULO 3 Características del paciente diabético	52
CAPÍTULO 4 Método	60
CAPÍTULO 5 Resultados	65
DISCUSION Y CONCLUSIONES	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
ANEXOS	125

RESUMEN

La Diabetes Mellitus tipo II es de las primera causas de muerte en México tanto en hombres como en mujeres, su aparición se da a edades cada vez más tempranas, convirtiéndose así en un problema de salud pública. Se han generado esfuerzos por atenderla de manera oportuna e integral dentro del sector salud, naciendo así el Programa Adherencia Terapéutica de la Secretaria de Salud Pública del Distrito Federal, donde se da apoyo psicológico vía telefónica a los pacientes diabéticos con el fin de evitar complicaciones crónicas de la enfermedad. Sin embargo, se observa un alto porcentaje de abandono al tratamiento por parte de los pacientes, siendo éste un obstáculo para alcanzar el objetivo del programa. El propósito de este estudio fue conocer los factores de la deserción de los pacientes y así buscar alternativas de solución que ayuden a disminuir este porcentaje. Se aplicó un cuestionario con el fin de responder a la pregunta ¿Qué factores determinan el abandono del apoyo psicológico vía telefónica?, obteniendo como resultados que el 60% de los pacientes que abandonaron tenían menos de 5 años de haber sido diagnosticados, el rango de edad es de 50 a 70 años, el 36% se encontraban en una etapa de motivación al cambio de precontemplación y contemplación, la satisfacción hacia el apoyo social percibido está presente en el 46% de los sujetos, el 68% presentan locus de control externo, en cuanto a factores clínicos como la depresión y la ansiedad sólo el 24% y 20% presentan algún nivel de estos trastornos y los principales factores de abandono se relacionan con el funcionamiento del orientador, es decir, éste dejó de llamar sin previo aviso y/o el paciente percibe como innecesaria la orientación.

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de cualquier padecimiento de salud es necesario hablar del proceso a seguir para evitar que ésta empeore y aparezcan complicaciones, sin embargo, la incapacidad del paciente para adherirse a un régimen de tratamiento es un problema de gran importancia a nivel mundial, en todas las especialidades y niveles de atención a la salud (Rodríguez, 1999). Dentro de estas áreas se pueden considerar las enfermedades crónico degenerativas. En México alrededor de 5.1 millones de personas sufren de Diabetes Mellitus tipo 2; por otra parte 15.1 millones de personas padecen de algún grado de Hipertensión Arterial (ENSA, 2002), lo que equivalía a un 7% de prevalencia a nivel nacional, 7.3% en mujeres, 6.5% en hombres. En el 2006 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, el nivel de prevalencia se elevó al 12.7%. En personas de 50 a 59 años, 14.2% en mujeres y 13.5 % en hombres, y en personas de 60 a 69 años de edad fue del 19.2%, 21.3% en mujeres y 16.8% en hombres.

El nivel alarmante de falta de adherencia al tratamiento médico de estas enfermedades las ha colocado dentro de las primeras causas de muerte en el país; y por lo tanto, la principal causa de descontrol en estos padecimientos. Investigaciones anteriores, como la de Labry y cols en el 2003, Tejero en el 2000, Vetter, Ramsey, Lusher, Schrey y Vetter en 1985, entre otras, han estimado que el promedio de no adherencia al tratamiento médico es del 50 por ciento, con un rango que va del 8 al 96 por ciento. Por otro lado dentro de los pacientes con diabetes se calcula que sólo el 7 por ciento sigue las indicaciones de tratamiento y en los pacientes con Hipertensión Arterial se encontró que más del 50 por ciento abandonaron su tratamiento en el primer año. De aquellos

pacientes que permanecen en seguimiento médico, sólo dos tercios consumen el medicamento adecuadamente (Rodríguez, 1999).

Lo anterior ha motivado a diversos profesionales de la salud a investigar los factores determinantes para la no adherencia, dentro de los que se encontraron los siguientes:

- Utilización excesiva de términos técnicos por parte del personal de la salud, en la información que se le brinda al paciente (Rodríguez, 1999).
- Falta de información con respecto al tratamiento por parte del médico hacia el paciente
- Insatisfacción del mismo en su relación con el personal de salud (Rodríguez, 1999).
- Subestimación del deseo del paciente por obtener información relacionada con su condición (Hansson 1986).
- Percepción del paciente a que el tiempo que le dedica el médico es poco (Geerstein, Gray y Word, 1973).

Es por eso que las instituciones encargadas de la salud realizan esfuerzos para disminuir los niveles de mortalidad causados por este padecimiento. Un ejemplo de esto, es el Programa de Adherencia Terapéutica de la Secretaría de Salud Pública del Distrito

Federal (SSPDF) que se lleva a cabo por medio de llamadas telefónicas que se realizan una vez a la semana con una duración aproximada de 40 minutos en un horario acordado con el paciente. La intervención se basa en un enfoque cognitivo conductual caracterizado por un programa de 7 módulos que se describen más adelante. Los orientadores que llevan a cabo el programa son prestadores de servicio social de diversas instituciones educativas de nivel superior.

Sin embargo, se ha observado que el 52% de los pacientes abandona el tratamiento en diferentes fases de la intervención (Estadísticas de la SSPDF sin publicar, 2009). Lo anterior se presenta aún eliminando (por la naturaleza de la intervención) factores sociodemográficos que según los investigadores del abandono al tratamiento psicológico son importantes para determinarlo, como lo son el gasto del traslado hacia el lugar de la terapia o el propio costo del tratamiento.

Debido al alto índice de bajas es de gran importancia conocer la respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores que determinan el abandono de los pacientes a las llamadas de adherencia terapéutica?. Porque el nivel de mortalidad causado por los padecimientos tratados en este programa es alto como se mencionó anteriormente, por lo que se debe aspirar al mayor número de éxitos de la intervención y así contribuir al decremento de esos índices. Han sido varias las causas de abandono encontradas en estudios anteriores, por ejemplo nivel de estudios del paciente, su estatus económico, sus redes de apoyo y su percepción del problema a tratar, así como sus expectativas, siendo éstas las menos estudiadas.

Hay que considerar que estos se basan específicamente en los tratamientos de persona a persona, donde el paciente tiene que trasladarse al lugar donde se llevan a cabo las sesiones, así como pagar por el servicio, además de ser el paciente quien demanda la atención. No se han encontrado estudios donde se contemplen las variables de intervención vía telefónica gratuita, además de que se debe considerar que el paciente es invitado a integrarse al programa de intervención.

Es importante conocer los factores que determinan el abandono de los pacientes del programa de Adherencia Terapéutica, pues esto permitirá crear estrategias para su disminución y así tener mayor número de pacientes que se apeguen a su tratamiento médico y aprendan a identificar y manejar situaciones cotidianas que les puedan perjudicar. Los beneficios para el programa se verán reflejados en el mejor aprovechamiento del tiempo invertido para la orientación telefónica y en el número de pacientes que se darán de alta mejorando así su calidad de vida.

Así que el principal objetivo de esta investigación consistió en identificar y describir los factores que influyen en el abandono al tratamiento psicológico vía telefónica, por eso que se pretendió explorar las causas bajo las circunstancias de intervención, conocer si los mismos factores que determinan el abandono en el tratamiento persona a persona influyen en éste o si existen algunos otros.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 Diabetes

Es imprescindible entender el problema al que se enfrentan los pacientes tratados en el Programa de Adherencia Terapéutica, el presente capítulo explica lo qué es la diabetes, síntomas y complicaciones, así como el tratamiento médico y psicológico que, seguido adecuadamente permite al paciente mantener una calidad de vida satisfactoria.

1.1 ¿Qué es diabetes?

La diabetes es un síndrome clínico que resulta de la secreción deficiente de insulina. Esta deficiencia puede ser absoluta o relativa. La primera es cuando la secreción de insulina es menor de lo normal y la segunda cuando no se satisface el aumento de la demanda de insulina en condiciones en que la acción de la hormona está disminuida (Lerman, 2003).

Los mecanismos patógenos que producen diabetes van desde la destrucción autoinmunitaria de las células beta en el caso de la deficiencia absoluta de insulina, hasta situaciones en que se observa resistencia a la insulina, en el caso de la deficiencia relativa. Dentro del concepto de Diabetes Mellitus, se muestran cuadros clínicos bien diferenciados que parten de un mismo fundamento: los que se muestran como Diabetes Mellitus tipo 1 o insulino dependiente y Diabetes Mellitus tipo 2 o no insulino dependiente (Buceta y Bueno, 1996).

Como todo padecimiento, éste muestra una sintomatología que lo caracteriza:

- *Polidipsia*, la que se refiere a sed en exceso.
- *Polifagia*, donde el paciente muestra mucha hambre a pesar de ya haber ingerido alimentos.
- *Poliuria*, referente a las ganas de orinar más frecuentemente de lo normal.
- En ocasiones el paciente puede llegar a presentar glucosuria, lo que hace referencia a la presencia de glucosa en la orina.

Estos signos pueden dar señal de que el paciente está padeciendo de diabetes, sin embargo, su diagnóstico se basa en estudios de laboratorio como son: análisis de glucosa en la orina, la determinación de la glucosa plasmática en ayunas, prueba de tolerancia de la glucosa y análisis de la hemoglobina glucosilada, que permite la evaluación más rigurosa de la glucosa en la sangre a través del tiempo (Buceta y Bueno, 1996).

Este último, además, ayuda a conocer el estado del diabético con respecto a su control, que permite identificar si se está logrando el objetivo del tratamiento médico, que es mantener un nivel de glucosa adecuado, para así retardar o evitar la aparición de las principales complicaciones crónicas de la enfermedad que son:

- *Neuropatías*: alteración de las ramificaciones neuronales periféricas, sobre todo en extremidades.
- *Nefropatías*: alteración de las células renales.
- *Retinopatías*: alteración de las conexiones nerviosas ópticas.
- *Síndrome metabólico*: que implica alteraciones del metabolismo como por ejemplo la tensión arterial.

Es imprescindible conocer en qué grado la aparición de estas complicaciones son causa de la mortalidad o la degradación de la vida de la persona que la padece, sobre todo en el país, y su repercusión en los diferentes sectores, para tomar en cuenta la importancia de realizar estrategias eficaces para su decremento. En el siguiente apartado se describen las estadísticas de las consecuencias que acarrea el pobre control de la Diabetes Mellitus Tipo 2.

1.2 Epidemiología

La diabetes en México es considerada uno de los principales problemas de salud, ya que se han registrado numerosos casos, de los más altos a nivel mundial. De acuerdo con la información disponible, el país ocupaba el décimo lugar mundial en 1995, con 4 millones de enfermos, y se estima que para el 2025, ocupará el séptimo con 12 millones, por otra parte, la Universidad Nacional Autónoma de México y su Facultad de Medicina (2001), afirman lo anterior con la diferencia de que sus estimaciones se elevan a los 472 millones de diabéticos . Esta afirmación se confirma al observar el siguiente dato: en el

territorio nacional, al año se registran 40 mil defunciones causadas por la diabetes (Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud ,2001).

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas realizada en 1993 señaló varios datos de interés sobre el comportamiento de esta enfermedad en el país: un tercio de las personas que presentan diabetes desconoce que la padece. Por otra parte, la prevalencia de 7.2 por ciento de los enfermos detectados por medio del estudio de glicemia venosa¹, se incrementó hasta 8.2 por ciento con la estimación de la curva de tolerancia a la glucosa.

Estadísticas de la Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal, realizadas en 2007, colocan a la Diabetes Mellitus como la segunda causa de muerte en el país, tanto en hombres como en mujeres, siendo en un nivel del 66.7 por ciento a nivel nacional y del 76.2 por ciento en la capital del país. En cuanto a la distribución del padecimiento por grupo de edad, se estima que dentro de la población en edad productiva, que va de los 16 a los 54 años, es la diabetes de las principales causas de muerte.

El promedio de edad por muerte prematura a causa de diabetes en México es de 57.1 años, lo que representa la pérdida de 12.9 años potenciales de vida es decir, los que en promedio faltan con respecto a la longevidad promedio de la población mexicana, y al menos siete de vida productiva por individuo, con lo que se estima una pérdida global de aproximadamente 516 mil años desaprovechados o perdidos Sin embargo, se considera

¹ Nivel de glucosa en sangre

que estas muertes pueden prevenirse, ya que ocurren por factores modificables, como son la tardanza o la falta de diagnóstico, la falta de tratamiento y controles efectivos por parte de los servicios de salud, así como la carencia de apoyo familiar y social para la atención oportuna y regular del enfermo. En 2004 murieron 15 mil personas más que en el año 2000 a consecuencia de las complicaciones de la diabetes (Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, 2001).

Los problemas de tipo económico e institucional que implica la enfermedad, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) estima que el gasto anual por diabetes es de más de 3 mil millones de pesos. También, el costo anual por diabetes equivale a 4.7% para la Secretaría de Salud lo que corresponde a 360 millones de pesos. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) calcula que en el año 2000 los costos indirectos por incapacidad y muerte anticipada fueron de más de 13 mil millones de pesos para México.

En el país, la diabetes es la primera causa de ceguera adquirida en edad productiva; también es la primera causa de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores y de insuficiencia renal crónica, cuestiones que además de reducir la calidad de vida de los pacientes, también implica el incremento en el gasto del sector salud del país.

Para describir el problema antes mencionado, es necesario conocer lo que la diabetes implica a nivel orgánico, social y emocional en las personas que la padecen, por lo que estos aspectos se explican a continuación.

1.3 Tratamiento médico

El tratamiento médico para la diabetes, conlleva además de la prescripción medicamentosa, sugerencias de cambio en el estilo de vida del paciente sobre todo en la alimentación y en el inicio de una rutina de ejercicio. En el sentido farmacológico, se han desarrollado diversos tipos de medicamentos orales para el control de la diabetes, cada uno con diferentes efectos, de acuerdo a las necesidades de cada paciente, los que se explican a continuación.

1.3.1 Fármacos hipoglucemiantes orales

Dentro de los medicamentos orales para el control de la diabetes existen diversas categorías, la primera de ellas consiste en los *Insulinosensibilizadores*, como lo son las *Biguanidas*. La única actualmente disponible es la *metformina* (la fenformina fue retirada del mercado en 1955 por producir acidosis láctica). No estimula la secreción de insulina y su efecto principal es reducir la producción hepática de glucosa en presencia de insulina (aumenta la sensibilidad del tejido hepático a la insulina). Su efectividad en reducir la hemoglobina glucosilada (Hb A1c) es semejante a la de las sulfonilureas, pero a diferencia de éstos la incidencia de hipoglucemias es mucho menor y no produce aumento del peso corporal (Trinajstic, sin año).

El efecto colateral más frecuente son las molestias digestivas, que consisten en dolor epigástrico, náuseas, anorexia y mal sabor de boca, que se presenta hasta en 30 por ciento de los pacientes y conforme se incrementa la dosis. Se han dado casos aislados de mala absorción de vitaminas hidrosolubles, en especial la vitamina B12, y vasculitis y neumonitis por Biguanidas. El efecto más grave es la acidosis láctica, complicación que puede ser fatal y que resulta posible evitar al suspender o no indicar el medicamento en pacientes contraindicados, aquellos que presenten una infección grave, un infarto, necesidad de quimioterapia e insuficiencia renal, hepática o cardíaca (Lerman, 2003).

Introducidas en el mercado en 1997, las *Tiazolidinedionas son otro medicamento posible*. La primera de ellas fue la *troglitazona*, pero fue retirada del mercado debido a las reacciones hepáticas graves de tipo idiosincrático. Actualmente se cuenta con *rosiglitazona* y *pioglitazona*, las cuales actúan a nivel de un receptor nuclear denominado PPAR- γ (sigla en inglés de receptor gamma proliferador de peroxisomas activado) (*Trinajstic, sin año*).

Según Lerman. (2003), la troglitazona es un medicamento bien tolerado y con pocos efectos adversos, suelen ser menores y se revierten con rapidez al suspender la administración. La mayor parte de éstos corresponden a quejas somáticas inespecíficas que pueden ocurrir hasta en 10 por ciento de los pacientes, éstos consisten en el aumento de aminotransferasa aspártica, de aminotransferasa de alanina y de la deshidrogenasa láctica, que provocan una anomalía en la función hepática.

Los *Secretagogos*, grupo al que pertenecen las *Sulfonilureas* (SU), son drogas disponibles desde los 50 y aún continúan siendo efectivas en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Una primera generación de estas sustancias incluye la *clorpropamida* y la *tolbutamida* (actualmente no disponible en el mercado). Las SU de segunda generación son la glibenclamida o gliburida, gliclazida, glipizida y glimepirida y presentan una mayor potencia farmacológica y un mayor perfil de seguridad. Su mecanismo de acción consiste en la unión a un receptor de SU presente en la superficie de la célula beta. Dicho receptor forma parte del canal de potasio ATP dependientes, por lo que se produce su cierre; esta situación lleva finalmente a un incremento en la secreción de insulina con el consiguiente aumento de sus niveles plasmáticos (Trinajstic y Lerman 2003).

Las *Meglitinidas* son secretagogos no sulfonilureicos. Se dispone de repaglinida (un derivado del ácido benzoico) y nateglinida (un derivado de la fenilalanina). En forma semejante a las SU, se unen a los canales de potasio ATP dependientes, pero debido a su vida media de absorción², estimulan la secreción de insulina sólo en el período post prandial³. Esto resulta en una menor excursión glucémica con las comidas sin la hiperinsulinemia interprandial que producen las sulfonilureas. Debido a esto, la incidencia de hipoglucemias es menor y producen menos aumento de peso. También su efecto sobre la glucemia en ayunas es marcadamente menor que el que producen las

² Vida media de absorción: tiempo que tarda en reducirse a la mitad, la cantidad de fármaco disponible para absorberse.

³ Prandial: estado del metabolismo con respecto al consumo de alimentos antes (pre) o después (post). Cuando decimos glucemia postprandial se hace referencia al nivel de glucosa en sangre después de haber ingerido un alimento que la contenga

SU, pero en términos de hemoglobina glucosilada su efectividad es semejante (*Trinajstic, sin año*).

Otro tipo de medicamentos orales son *los Inhibidores de la alpha-glucosidasa* como la *acarbosa*. La enzima inhibida se encuentra en el ribete del cepillo correspondiente al intestino proximal, y es la encargada de desdoblar disacáridos y polisacáridos. Retrasa así la absorción gastrointestinal de los hidratos de carbono y reduce la absorción glucémica post prandial. Su efectividad es menor que la de otros hipoglucemiantes orales, por su mecanismo de acción no produce hipoglucemias cuando es utilizada como mono terapia (*Trinajstic, sin año*).

La mayor parte de los efectos colaterales que se presentan son gastrointestinales, ya que la presencia de oligosacáridos al nivel del colon ocasiona su metabolismo por la flora bacteriana local. Los síntomas más frecuentes son flatulencia, diarrea e incomodidad abdominal. Una manera de evitarlo es comenzar con una pequeña dosis y aumentar de manera gradual hasta obtener los niveles recomendados. No es recomendado para los pacientes que reporten muchos problemas digestivos pues la posibilidad de tolerancia es muy baja (*Lerman, 2003*).

Por último, *las Incretinas, mismas* que constituyen una nueva clase de fármacos hipoglucemiantes, disponibles desde el año 2007. Están relacionados con el GLP-1 (péptido similar glucagón 1), polipéptido producido por las células L del intestino. El GLP-1 incrementa la síntesis y secreción pancreática de insulina estimulada por glucosa,

reduce la secreción de glucagón, retrasa el vaciamiento gástrico y reduce el apetito, todo contribuye a su efecto hipoglucemiante. Su vida media es de 2 a 3 minutos, ya que es rápidamente degradado por la dipeptidilpeptidasa IV DPP-IV (*Trinajstic, sin año*).

1.3.2 Insulinoterapia

La administración de insulina es un tratamiento efectivo y seguro en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de acuerdo con un análisis detallado de las características farmacodinámicas se hace una clasificación de ésta de acuerdo a su acción y su origen, es auxiliar en pacientes para los que los medicamentos orales no son suficientes o que se encuentren en situaciones especiales como tener una infección grave, durante el periodo post operatorio, cuando la nutrición es vía parenteral⁴ y en algunas situaciones de estrés (Lerman, 2003). La insulina que se utiliza para el tratamiento de la diabetes es de varios tipos debido a las siguientes características:

Fuente de origen: puede obtenerse por extracción del páncreas de diferentes animales, de obtención humana por medio del DNA o por la conversión enzimática de la insulina porcina en humana.

Duración de la acción: la insulina R o regular es de inicio rápido y de corta duración; la insulina N o NPH es de acción intermedia; la insulina L, que se obtiene por medio de la re cristalización del zinc, también es de acción intermedia; la insulina PZI tiene una

⁴ Vía intravenosa

concentración alta de protamina por lo que su efecto es prolongado y la ultra rápida que tiene una vida media de dos horas. Las premezcladas: la mezcla de la N y la R en proporción de 70 a 30, 80 a 20 o 90 a 10 por ciento respectivamente.

Las metas del tratamiento con insulina son suprimir los síntomas de hiperglucemia y tratar de obtener los niveles de glucosa en sangre más adecuados; sin embargo, el segundo punto es más controvertido debido a que depende de varios factores (Lerman,, 2003).

La hipoglucemia es la complicación más frecuente del tratamiento con insulina. Clínicamente se describe como el nivel de glucosa en sangre de 50mg/ml o inferior, donde la causa es siempre un exceso de insulina que puede deberse a la aplicación de una dosis mayor a la necesaria, a la ingestión de insuficiente comida, al retardo en la ingestión de ésta, a un exceso de ejercicio no planeado o al abuso de alcohol.

Es importante tomar en cuenta que además del tratamiento farmacológico es necesario tener cambios relevantes en el estilo de vida, sobre todo a lo que corresponde al plan de alimentación adecuado para el padecimiento de la diabetes y el inicio de una rutina de ejercicio físico.

1.3.3. Plan de Alimentación

La dieta o plan de alimentación es importante en el control de la diabetes, sobre todo el hecho de sincronizar la secreción de insulina de acuerdo con los alimentos que se ingieren. Dentro de los conceptos que los expertos en nutrición utilizan para el trato con el paciente diabético está el de plan de alimentación para toda la familia, puesto que el tipo de alimentación recomendado es la indicada para la población en general. Se aplica mayor énfasis en la selección de alimentos más saludables, es decir, aquellos con más contenido de carbohidratos complejos y fibra, menor contenido de grasa total, grasa saturada de origen animal, colesterol, azúcares, sal y calorías (Lerman, 2003).

Se destaca el mejoramiento del estilo de vida, lo que abarca la prevención de la obesidad y el sedentarismo, así como el abuso en el consumo de alcohol y tabaco, ya que esto permite evitar la macroangiopatía y la aterosclerosis prematura. Por otra parte el exceso de proteína en la dieta incrementa el filtrado glomerular renal, que es potencialmente tóxico al riñón.

Con base en lo descrito, se deben considerar las necesidades individuales para establecer la cantidad de calorías necesarias para el buen funcionamiento. Dentro de las metas de la alimentación adecuada se encuentra el buen control de la glucemia, y cifras de hemoglobina glucosilada como máximo 1% arriba del normal más alto. El objetivo principal es reducir los riesgos a corto y largo plazo que se derivan del descontrol crónico de la diabetes (Lerman, 2003).

Es de gran importancia que el equipo de salud encargado de acompañar al paciente diabético en el control de su padecimiento refuerce constantemente el aspecto de la alimentación y el ejercicio, pues son pilares fundamentales para su bienestar. Por eso que hay que conocer cómo colabora el ejercicio físico en el control glucémico del paciente.

1.3.4. Ejercicio físico

El ejercicio y la alimentación han sido siempre los elementos básicos en el tratamiento de la Diabetes Mellitus. El ejercicio no sólo es benéfico para los pacientes con diabetes, también es recomendable que lo practique la población general, ya que están ampliamente comprobados sus efectos positivos sobre la función cardiovascular, la tensión arterial y la concentración de lípidos, así como la sensación de bienestar en las personas que lo efectúan de manera regular.

En condiciones normales el músculo utiliza dos fuentes de energía para cubrir la demanda de las fibras que se contraen para realizar el movimiento: la glucosa y los ácidos grasos libres. Ambas las genera un sistema integrado por respuestas nerviosas y hormonales. La glucosa proviene del hígado y los músculos, así que al iniciar el ejercicio, ésta se obtiene del plasma en poca cantidad y de los depósitos de glucógeno del mismo músculo por un proceso llamado glucogenólisis, que es la degradación de glucógeno para obtener glucosa.

Si el ejercicio dura más de 15 minutos, la glucosa proviene del hígado mediante la glucogenólisis y la gluconogenesis, que es la formación de glucosa a partir del glicerol, lactato y alanina, este último proceso está bajo el control de varias hormonas contrarreguladoras, entre las que destaca el glucagón (Lerman, 2003). Después de 30 minutos de ejercicio constante, el tejido muscular empieza a utilizar como energético principal los ácidos grasos libres, los cuales provienen sobre todo de la lipólisis, que es el desdoblamiento de triglicéridos para formar ácidos grasos libres y glicerol. Los beneficios para pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 son:

- Disminución de la glucemia durante y después del ejercicio, traducido a un descenso de la hemoglobina glucosilada, indicadora del control metabólico de glucosa.
- Disminución de los niveles de insulina en ayunas, por un aumento de la sensibilidad a su acción depresora de la glucemia en los tejidos periféricos.
- Disminución de las lipoproteínas de baja densidad (VLDL) y leve descenso de las transportadoras de colesterol (LDL), e incremento de las HDL2. Parece ser que esta mejoría de los lípidos plasmáticos, que disminuyen el riesgo coronario se obtiene con un entrenamiento de 12 a 16 km semanales de trote y no con menos.
- Descenso de la tensión arterial elevada, gracias a la reducción de los niveles plasmáticos de insulina y triglicéridos.
- Aumento del gasto energético, que contribuye a la pérdida de peso y su mantenimiento.

- Mejoría en el transporte de oxígeno.

El efecto del ejercicio en personas con Diabetes Mellitus depende de:

- Tipo de ejercicio.
- Cantidad de insulina disponible.
- Grado de control de la enfermedad.
- Estado de hidratación

En teoría, en un paciente diabético cuyo control físico es excelente y por tanto su balance entre hormonas y sustratos energéticos es normal, la actividad física produce los mismos cambios que en una persona que no padece la enfermedad. Sin embargo, si el control es deficiente, los cambios que produce el ejercicio pueden ser adversos y hasta ocasionar algunas de las siguientes complicaciones:

- Aparición de hipoglucemias inmediatas o tardías, luego de ejercicios intensos y prolongados, en especial en aquellas personas tratadas con insulina.
- Agravamiento de la hiperglucemia y aparición de cetosis en aquellas personas insulino dependientes.
- Precipitación o empeoramiento de la enfermedad cardíaca, con la aparición de angina de pecho, arritmias o infarto.
- Complicaciones específicas: aumento del riesgo a hemorragias en presencia de nefropatías, cuando el ejercicio es intenso; neuropatía periférica que puede predisponer a lesionar los miembros inferiores, tanto articulaciones como tejidos

blandos; neuropatía autonómica, que aumenta la frecuencia cardíaca en reposo y disminuye la capacidad aeróbica máxima y la respuesta a la deshidratación o desprendimiento de la retina.

Todas estas complicaciones hacen que al recomendar actividad física a cualquier individuo que padezca diabetes, se deberán tomar muchísimos cuidados, dependiendo magnitud y tipo de diabetes, el tratamiento recetado, la edad y estado o condición de la persona, para esto es necesario que el médico realice una evaluación profunda al paciente y recomendar el tipo ejercicio conveniente a cada persona.

Las precauciones la evaluación del grado de control metabólico y la realización de automonitoreo de glucosa capilar antes, durante su después del ejercicio, en especial a aquellos que reciben insulina; un examen cardiovascular completo (tensión arterial, pulsos, soplos, análisis de sangre, electrocardiogramas, ergometrías para los mayores de 35 años), exámenes neurológicos, oftalmológicos y determinación de la capacidad de trabajo.

1.3.6 Tratamiento psiquiátrico

Se hace necesario hacer una diferenciación entre los trastornos psicológicos y psiquiátricos en el paciente diabético, ya que pueden estar asociados directamente a su enfermedad y aquellos que tienen una relativa independencia de ésta. Entre estos

últimos se incluyen trastornos de la personalidad y la conducta, neurosis y otras entidades psiquiátricas.

En relación con los trastornos asociados a la enfermedad hay que considerar que la Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, cuyo tratamiento requiere llevar una dieta rigurosa, automonitoreo de los niveles de glicemia 4 veces al día, ejercicio físico y medicamento (insulina e hipoglucemiantes orales); esto requiere un reajuste en el estilo de vida del paciente. Las actividades y hábitos que hasta el momento caracterizaban su vida cotidiana, deben ser variadas en función de las demandas de la enfermedad (Portilla, Romero y Román, 1991).

Lo anterior conlleva, en la mayoría de los casos, reacciones de inadaptación psicológica y social (más o menos duraderas) que son tributarias de atención especializada ya que pueden afectar el control metabólico. Por esta razón requieren atención psicológica y psiquiátrica:

- Pacientes de reciente diagnóstico.
- Pacientes descompensados psicológicamente por razones de origen psicológico predominantemente.
- Pacientes con dificultades en la adaptación a la enfermedad.
- Situaciones especiales durante el curso de la enfermedad (embarazo, pacientes geriátricos, etc.)
- Pacientes cuya diabetes esté a la par con un trastorno psiquiátrico

Por otra parte se encuentra que la educación sanitaria que posee la población, tanto sana como enferma, es deficiente; situación que favorece la aparición de prejuicios y temores ante la enfermedad. Esto provoca que el diabético de debut se preocupa y angustia por la forma como cree se va a desarrollar su vida a partir de ese momento (Portilla, Romero y Román, 1991).

Por estas razones aparecen con frecuencia en esta etapa síntomas ansiosos y depresivos que requieren tratamiento. La atención psicológica para resolver la problemática de esta fase puede desarrollarse individualmente o en grupos y valorar algunos de los siguientes recursos (Portilla, Romero y Román, 1991):

- Ejercicios de relajación para disminuir la ansiedad.
- Psicoterapia de apoyo para ayudar a su reafirmación.

Técnicas de reestructuración cognitiva que permitan rectificar las ideas, juicios y conceptos establecidos por el paciente.

Hay casos en lo que es recomendable utilizar psicofármacos, ya que hay trastornos que se ven directamente asociados al descontrol metabólico en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, como son:

- Neurosis depresiva
- Neurosis hipocondríaca
- Psicosis maniaco depresiva en fase depresiva.

Por lo que Soriano, Hamilton, Melo de la Cruz y Beras (1989) afirman que la atención de pacientes con tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico se controlan metabólicamente mejor que aquellos que no son tratados también en esta área.

CAPÍTULO 2

Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico, fundamentalmente de tipo conductual, abarca un campo más extenso que el de los problemas mentales más tradicionales, ya que se encarga de la prevención, curación o alivio de cualquier trastorno de la salud en la que intervengan las exigencias ambientales y personales, la manera en que se tiende a valorarlas y afrontarlas. Lo anterior incluye a la Diabetes Mellitus porque se ha observado que la influencia de hábitos perjudiciales propicia la presencia de déficits y excesos en el tratamiento de la enfermedad, y que muchas personas, a pesar de poseer interés por eliminarlos, son incapaces de lograrlo sin ayuda de un psicólogo.

Con fin de describir el objetivo de este proyecto, se define el tipo de trabajo psicológico se le brinda al paciente diabético en la SSPDF; teniendo en cuenta sus características generales.

En cuanto a su capacidad de profundizar y de acuerdo a la clasificación de Szydlo y Beristaín (2005) es una intervención de *nivel intermedio* en la que se utiliza la clasificación del problema, confrontando las defensas y las motivaciones inconscientes cuando es necesario. Ayuda a entender el comportamiento del paciente y la manera en que lo explica, propiamente desde el enfoque cognitivo-conductual con fundamentos de la terapia breve.

Feldman (1997) explica la terapia enfocada en esta corriente de la siguiente forma:

- Terapia conductual: se elabora sobre la base de los procesos fundamentales del aprendizaje expresados por el condicionamiento clásico y el operante. Los enfoques conductuales de tratamiento se apoyan en un supuesto fundamental: tanto el comportamiento normal como el anormal son aprendidos.
- Terapia cognitivo-conductual: supone que las cogniciones equivocadas y desadaptativas se encuentran en la raíz del comportamiento anormal de las personas con relación al mundo y a sí mismas; su objetivo es modificarlas.
- Terapia breve: se les enseña a los pacientes a encontrar por ellos mismos las soluciones a sus problemas. Existen las terapias: breves y las medias, se utilizan dependiendo del caso y de la persona.

Esta última se explica en el siguiente apartado ya que es importante comprender sus características, pues en éstas se basan los principios del Programa de Adherencia Terapéutica. 2.1 Terapia breve

La terapia breve es un modelo que nace en la Escuela de Palo Alto a mediados del siglo XX, en este concepto el psicoterapeuta debe abandonar sus grandiosos proyectos y centrarse en los problemas de la vida cotidiana; su tarea se limita a permitir a los paciente hallar lo más rápidamente posible los medios de continuar su marcha sin encontrarse constantemente con las mismas dificultades (Wittezaele y García, 1994).

La terapia breve puede definirse como una intervención que consta de una a veinte sesiones de tratamiento, no implica que se haga menos que en una terapia de larga duración. De un modo general, la terapia breve ataca unos síntomas claramente definidos, se definen unos objetivos específicos y delimitados.

El papel del terapeuta es fundamentalmente distinto de lo que es en las terapias clásicas; intenta incidir cambios desde la primera sesión. Él es quien debe llevar control de la situación.

La recolección de datos es fundamentalmente diferente que en la terapia a largo plazo, el terapeuta quiere comprender las dificultades vividas actualmente. La pregunta que hace el terapeuta: Dado el pasado de esta persona **¿cuáles son las dificultades que encuentra en su vida actualmente?**

El objetivo no es que el paciente se dé cuenta de las dificultades o de las causas de éstas. El enfoque es ante todo pragmático y de comportamiento. Lo que importa es que el paciente pueda comportarse de otro modo, que los síntomas desaparezcan, aunque no se hayan comprendido los orígenes del padecimiento. Otra característica de las terapias directivas concierne a la actitud del terapeuta para estimular la participación del paciente en el proceso de cambio.

La terapia breve focalizada, dirige su atención a un problema específico y determinado, atendiendo especialmente el circuito interactivo y sostenedor del problema e interviniendo luego en forma deliberada para lograr los cambios deseados. El objetivo es hacer que el problema no persista, para cumplir con éste, se trabaja bajo los siguientes principios (Szprachman, 2005).

- 1) Orientación hacia el problema: no hay que buscar patologías, centrarse en el problema que reporta el cliente, aunque otros problemas parezcan más grandes.
- 2) Problema de interacción. El problema debe considerarse de interacción ó problemas de relación con las personas.
- 3) La solución es el problema.
- 4) Las transiciones naturales de la vida son generadoras de problemas como enfermedades, accidentes, etc.
- 5) La evaluación equivocada del problema, causa otro.
- 6) Soluciones que intensifican la dificultad original: concienciar el problema, resulta de la génesis de una onda positiva de retroalimentación.
- 7) Persistencia del manejo inadecuado: problemas crónicos resultan de esfuerzos sostenidos por un largo periodo en la aplicación de una solución inadecuada.

- 8) Conductas lógicas pero no efectivas: la resolución de problemas en general requiere, como primera medida, una sustitución de las pautas de la conducta que la sostienen por retroalimentación (pautas culturales).
- 9) Cambio efectivo: promover un cambio benéfico aunque nuestra solución parezca ilógico.
- 10) Pequeñas metas: sostiene generalmente que el cambio se efectúa más fácilmente si la meta del cambio es razonablemente pequeña y está claramente establecida.
- 11) Concepción eminentemente pragmática del problema: tratamos de basar nuestras concepciones e interacciones en la observación directa durante el tratamiento.
- 12) Evaluación y resultados obtenidos: evaluar resultados merced a existir más claras y definidas a alcanzar que se comparan con los obtenidos.
- a) según lo planeado.
 - b) alivio del problema en cuestión.
 - c) poco o ningún cambio.

La manera de trabajo en la terapia breve es de acuerdo al siguiente esquema.

- 1) Presentación del encuadre: en el primer contacto entre el consultante y el terapeuta, se le informa todo lo referido al mismo: tecnología empleada, objetivos, ventajas, características. Así mismo, se hace saber el máximo de sesiones.
- 2) Presentación y definición del problema: luego de tomar conocimiento acerca de quien remite el consultante se determina clara y concretamente cuál es el problema a tratar.
- 3) Valoración de las pautas de conducta que mantienen el problema.
- 4) Fijar las metas del tratamiento.
- 5) Selección y elaboración de intervenciones: cuando ya se conoce claramente cual es el diagnóstico y determinado la meta mínima a alcanzar, el paso siguiente será el de intervenir para que lo siguiente sea intervenir.
- 6) Cambio
- 7) Uso de la motivación y de las características idiosincráticas

2.2 Modelo de Interacción Telefónica

El Servicio Público de Localización Telefónica (LOCATEL), organismo desconcentrado del Gobierno del Distrito Federal y adscrito a la Secretaría de Desarrollo Social, atiende anualmente cerca de diez millones de llamadas (Servicio Público de Localización Telefónica, 2000).

El objetivo es proporcionar a la ciudadanía, vía telefónica, información, asesoría y apoyo con relación a temas, problemas o necesidades que surgen de vivir en una ciudad como el Distrito Federal. Dirigidos a todos los grupos de la población, todos los estratos sociales y niveles culturales.

Dada la naturaleza de la atención, se resalta la comunicación oral como el medio para identificar y dar respuesta con eficiencia y calidad a las solicitudes o necesidades de los usuarios. Por esta razón, se desarrollo el Modelo de Interacción Telefónica (MIT) como el proceso para iniciar, mantener y dar cierre a cada una de las llamadas de las personas que lo solicitan.

El MIT es un modelo creado en el 2000 y utilizado actualmente por LOCATEL (Servicio Público de Localización Telefónica, 2006), está diseñado para usuarios de todas las edades, su estructura contempla las esferas de desarrollo del ser humano: afectiva, intelectual y social.

Con la finalidad de que el operador contara con un procedimiento homogéneo que le permitiera conducirse con mayor facilidad y funcionalidad durante la interacción telefónica.

Se basa en un enfoque educativo y en el apoyo emocional, cuando la demanda lo requiere, es flexible, pues permite a los profesionales de la orientación ajustarlo conforme a su formación y necesidades del usuario.

Su objetivo es ofrecer al usuario alternativas institucionales que le permitan el desarrollo de habilidades para tomar decisiones congruentes con su proyecto de vida y ante crisis emocionales ofrecer un espacio de contención que facilite la identificación de sus recursos personales y enlazarlo con los servicios de emergencia.

El modelo se conforma de cuatro fases consecutivas y acumulativas, donde la fase previa es una condición necesaria para el desarrollo de la subsecuente. Cada una de éstas se compone de momentos significativos para la consecución del objetivo general.

- Fase 1 Preparación para la interacción: alude a todas aquellas condiciones ambientales, profesionales, fisiológicas y emotivas que el orientador atiende antes de recibir una llamada con el propósito de sentirse cómodo y dispuesto para interactuar con el usuario.
- Fase 2 Establecimiento del objetivo específico de la demanda del usuario: contiene las acciones que permiten a los interlocutores conocer con claridad y de manera concreta el objetivo específico de la demanda del usuario, y ante situaciones de emergencia reflejar sus implicaciones sobre el curso de vida de éste. Esto para identificar qué plan de acción se llevará a cabo con el usuario.
- Fase 3 Elaboración de un plan de acción para lograr el objetivo específico de la demanda del usuario: esta fase se considera cuando se identifiquen factores de

riesgo en el usuario y donde se necesite una atención inmediata, como las crisis emocionales. Involucra acciones dirigidas a facilitar en el usuario a construcción de un plan de acción congruente con su proyecto de vida, a lograr el objetivo específico de su demanda, así como a desarrollar las habilidades necesarias para llevar a cabo dicho plan.

- Fase 4 Conclusión de la Interacción: está constituida por acciones que permiten concluir la llamada y a realizar un cierre de la comunicación. En caso de haber atendido una crisis y se ofreció contención emocional, rescatar el aprendizaje generado durante el proceso de interacción.

Existen principios para el operador y para el usuario, los cuales rigen a todos los programas y sólo adquieren el matiz característico del tipo de servicio al cual se refiere.

- Escuchar y atender el discurso expresado por los usuarios y considerar con seriedad y respeto todas las llamadas, independientemente de las características de éstas. En ningún momento condena las formas expresivas de las personas y atiende en un marco de respeto.
- Delimitar la interacción a los aspectos relacionados con el motivo de la llamada, es decir, evitar solicitar información personal ajena al caso o que el usuario no esté dispuesto a referir.

- Evitar dar, entre las alternativas de solución, acciones que violen algún derecho o lesionen intencionalmente a terceras personas, y si el usuario lo sugiere es obligación del operador clarificar las implicaciones que pueden tener para él o para otra gente. Si es necesario, canaliza al usuario a otro servicio o institución para que reciba la orientación complementaria.
- Actuar de manera institucional, sin ofrecer servicios a título personal o recomendar servicios privados, productos o marcas especiales.
- Mantener una actitud objetiva frente a los casos que atiende evitando la emisión de juicios de valor acerca de la personalidad, estilo de vida y expectativas de los usuarios.
- Mantener el compromiso y la responsabilidad de actualizarse periódicamente sobre las modificaciones o novedades de la información relacionada con los temas o problemas de consulta, para mejorar el desempeño de sus funciones.
- Detectar los casos que por su naturaleza no competen al área y referirlos a otros servicios de LOCATEL u otras instituciones.
- Contribuir en la búsqueda de soluciones para las problemáticas de los usuarios mediante la exposición creativa de alternativas.

- Brindar atención provista de un marco de respeto a las ideas, la cultura, el sexo, la edad, la clase social, la filiación política, el grupo étnico o credo religioso de las personas

Este esquema, es en el que se fundamentan las llamadas realizadas y atendidas en el área de Medicina a Distancia de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, dentro de la cual se brindan varios servicios de llamadas de entrada y de salida. Los que se mencionan a continuación.

- ILETEL: línea de información acerca de la interrupción legal del embarazo.
- Mascotatel: información y canalización veterinaria.
- Programa Ángel.
- Atención Domiciliaria.
- Gratuidad.
- Información sobre la Influenza H1N1: Información y canalización .
- El único servicio de llamadas de salida es:
- Adherencia Terapéutica: Atención psicológica para el cambio de hábitos y creencias de los pacientes crónicos que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial.

Debido a que este trabajo se basa en la investigación este último servicio, resulta fundamental conocer, más a detalle, sus características.

2.3 Programa de Adherencia Terapéutica

El programa tiene como objetivo que los pacientes se adhieran mejor a su tratamiento médico y modifiquen los hábitos contraindicados a su padecimiento y así mejorar su calidad de vida.

El apoyo telefónico del Programa de Adherencia Terapéutica se inserta en un equipo multidisciplinario de atención al paciente con diabetes o hipertensión colaborando con el trabajo de los médicos, psicólogos y trabajadores sociales de los Centros de Salud. Está basado en un esquema de terapia breve cognitivo-conductual y es un sistema modular que permite al psicólogo abordar cada caso dependiendo del estado emocional del paciente, su percepción de la enfermedad, sus hábitos y su condición familiar. A partir del diagnóstico preliminar, el orientador diseña un plan de tratamiento a corto plazo ordenando los módulos conforme a las necesidades del usuario.

Cada módulo está diseñado para cubrir sus objetivos en un máximo de 4 sesiones telefónicas de 30 a 40 minutos cada una. El psicólogo realiza una o dos llamadas por semana durante tres meses. Al terminar el proceso se da un seguimiento de 4 llamadas cada 15 días durante dos meses y después, una cada mes durante un trimestre.

A continuación se muestran los módulos componentes de dicho programa (Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal, 2009).

Módulo I: Evaluación

Objetivo general:

El orientador elaborará un diagnóstico y pronóstico del paciente acerca del apego al tratamiento.

Objetivos específicos

- El orientador explicará el objetivo de la llamada e invitará al paciente a participar en el Programa de Adherencia Terapéutica.
- El orientador obtendrá información acerca de la adherencia al tratamiento del paciente
- El paciente identificará el grado de adherencia al tratamiento y los factores que interfieren con el apego terapéutico
- El paciente expresará su interés por participar en el programa de adherencia al tratamiento.

Módulo II: Educación para la salud

Objetivo general:

El paciente explicará de manera breve qué es la diabetes e hipertensión y cuáles son sus complicaciones.

Objetivos específicos

- El orientador identificará el conocimiento que tiene el paciente con respecto a la enfermedad y las complicaciones.

- El orientador identificará pensamientos irracionales y los reestructurará.
- Al finalizar la sesión el paciente será capaz de explicar su enfermedad y las complicaciones.

Módulo III: Adherencia al tratamiento médico

Objetivo general:

El paciente explicará de manera breve la función de los medicamentos y elaborará un plan para la toma de los mismos.

Objetivos específicos

- El orientador identificará el conocimiento que tiene el paciente con respecto a la función del medicamento.
- El orientador identificará pensamientos irracionales sobre los medicamentos y los reestructurará.
- Al finalizar la sesión el paciente será capaz de explicar la función del medicamento y realizará un plan para la toma adecuada del mismo.

Módulo IV: Planes y metas para fomentar las conductas orientadas a la salud

Objetivo general:

El paciente realizará un plan de acción para el establecimiento de conductas orientadas a la salud.

Objetivos específicos

- El orientador identificará el conocimiento que tiene el paciente acerca de los planes alimentarios, de ejercicio y de higiene.
- El orientador explicará algunos conocimientos básicos acerca de tales términos.
- Al finalizar la sesión el paciente será capaz de realizar planes de acción para llevar a cabo un régimen alimentario, higiene y ejercicios adecuados.

Módulo V: Manejo emocional

Objetivo general: El paciente empleará técnicas de regulación emocional para disminuir síntomas relacionados con emociones intensas.

Objetivos específicos:

- El paciente expresará la importancia de un manejo adecuado de las emociones para mejorar su estado de salud
- El paciente distinguirá los síntomas relacionados con estados emocionales intensos
- Al finalizar la sesión el paciente realizará los ejercicios de relajación para la disminución de síntomas relacionados con emociones intensas.

Módulo VI: Redes de apoyo

Intervención breve con el familiar

Objetivo general:

La familia o el cuidador primario describirán las características de la diabetes e hipertensión, sus complicaciones y reconocerá la importancia de su participación como cuidador de un enfermo crónico.

Objetivos específicos, el cuidador primario y los demás integrantes de la familia:

- Conocerán los síntomas y causas de la diabetes e hipertensión
- Describirán las complicaciones de la diabetes e hipertensión
- Reconocerán la importancia de apoyar al paciente con enfermedad crónica

Módulo VI: Seguimiento

Objetivo general:

El paciente será capaz de prevenir y resolver las recaídas en la adherencia al tratamiento.

Objetivos específicos

- El orientador realizará la postevaluación de la terapia
- El paciente aprenderá a identificar aquellas situaciones en donde puede haber recaída
- El paciente realizará un plan de acción para prevenir y resolver las recaídas.
- El paciente elaborará un plan de acción para fomentar el mantenimiento de la conducta.

La forma en que el orientador planea su intervención de acuerdo a estos módulos, se basa en la evaluación previa y en la identificación de la fase de cambio en la que se encuentra de acuerdo al modelo propuesto en 1982 por Di Clemente y Prhochaska, que consta de:

Precontemplación. En esta fase la persona no ve, o no quiere ver, ningún problema en su conducta como lo demuestran frases del tipo "de algo hay que morir", "yo soy fuerte y a mí el alcohol no me hace daño"

Contemplación. La persona empieza a tener algunas dudas sobre su conducta. Empieza a sopesar los pros y contras aunque no se ve todavía con ánimo de intentar un cambio: "Tendría que dejar el tabaco porque llevo muchos años fumando", o "Me gustaría hacer más ejercicio pero me aburre".

Determinación. En este momento de la rueda la persona decide intentar un cambio y requiere tener confianza en poder controlar la nueva conducta

Cambios. En esta fase se pone en práctica la decisión tomada.

Mantenimiento. La persona ha de concentrarse activamente en mantener el cambio y consolidarlo ya que las tentaciones (atracción por la conducta antigua) están presentes.

Recaída. Se vuelve a la conducta anterior y a estadios anteriores, pre contemplación o contemplación.

En el 2009, se vio el éxito de esta intervención con los pacientes crónicos con Diabetes e Hipertensión sin embargo, hay un problema que nubla esos niveles de efectividad, y es el nivel de abandono de las llamadas por parte de los pacientes que además repercute al estado de salud del paciente, la presente investigación tiene como objetivo conocer los factores que determinan dicho abandono. Para lograr este objetivo, es necesario conocer los antecedentes sobre el estudio del abandono del apoyo y tratamiento psicológico, (Tabla 1).

Tabla 1. Status de los pacientes que conforman la población del Programa Adherencia Terapéutica.

Tipo de pacientes	Número de pacientes	Porcentajes
En tratamiento	172	22 %
En seguimiento	48	6%
Seguimiento en lista de espera	35	5%
Lista de espera para iniciar tratamiento	92	12%
Bajas	398	52%
Altas	24	3%
Total	769	100%

2.4 Abandono del tratamiento psicológico

Dentro del fenómeno del abandono psicoterapéutico, se ha desatado una controversia en torno al término que define mejor su implicación, ya que el término “abandono” se ve

vinculado con el fracaso de la terapia. Algunos de estos son, *incumplimiento, terminación prematura y discontinuidad*.

Para aclarar a lo que se refiere el problema antes citado, se dan algunas definiciones de “abandono”.

Gavino y Godoy (1993) hacen referencia a este concepto como la interrupción del tratamiento psicológico antes de lograr los objetivos de éste.

Otro de los vocablos utilizados para hacer referencia a esto, es el de incumplimiento, lo cual se cree deja una connotación pasiva para el paciente (Sirvent, 2009), tomando en cuenta también variables del proceso terapéutico y del terapeuta, (Di Matteo, 1993).

Se determina que el término abandono, es el más adecuado, dada su amplitud y las implicaciones que tiene que fueron objetivos de la investigación.

Porcel (2005) identifica una categoría de abandono, que clasifica como parcial, en el que el paciente busca de manera incesante ayuda de diferentes profesionales de la misma disciplina y por otro lado, el abandono total: donde se delimita la situación en la que el sujeto abandona la terapia por completo, sin que el terapeuta esté de acuerdo. La presencia de este tipo de abandono determina el fracaso terapéutico (Castillo y Cols., 1996).

Por su parte, Gaebel (1997) realiza una clasificación similar, en cuanto al incumplimiento del tratamiento psicológico, donde sus conceptos de incumplimiento parcial e incumplimiento total, se refieren a lo mismo que la clasificación de Porcel, pero éste le agrega el rechazo total al tratamiento, donde el paciente no acepta ni la primera entrevista.

Pero para el desencadenamiento de la conducta de abandono por parte del paciente, influyen factores de diversa índole. Se encuentran los siguientes según los autores citados, (Gorfield y Bergin, 1978; Goldstein y Dean, 1966; Gurman y Razon, 1977; Luborsky y Cols., 1977):

Variables demográficas, se refieren al sexo, edad y clase social, de las que parece no existir una relación directa entre estos y los resultados psicoterapéuticos.

Variables en relación al diagnóstico del paciente, referidas a las características de la personalidad de éste, como son inteligencia, habilidad de asociación, flexibilidad, variedad de intereses, sensibilidad al ambiente, profundidad de sentimientos, grado de integración del yo, monto de estrés, productividad verbal, así como la existencia de algún trastorno de personalidad, entre otras.

Expectativas del paciente hacia el tratamiento, ya que estas creencias pueden influir en el resultado y la mejoría percibida por el paciente (Frank 1959).

Disposición personal del paciente, ya que se ha observado que aquel paciente que se muestra negativo y renuente a los avances y lazos que pretende establecer el terapeuta tiene resultados pobres.

Además de existir también variables relacionadas al terapeuta, como son:

La actitud, plantea que el terapeuta debe mantener una actitud que favorezca el cambio, debe incentivar la autoexploración del paciente. Esta actitud básica de respeto se relaciona con las posibilidades que tenga el terapeuta de fuente de satisfacción y satisfacción personal Strupp (1978), (Brammer, 1979).

Rogers (1957), propone las siguientes características que debe tener un terapeuta para obtener mejores resultados en la psicoterapia: Empatía, Calidez, Aceptación, Incondicionalidad, Autenticidad, poniendo a la empatía como la característica de mayor importancia. Ya que la percepción de estas por parte del paciente favorece a los resultados favorables de la terapia.

Por otra parte, hay quien afirma que la personalidad del terapeuta: como son ajuste personal, tacto, integridad y madurez, no implica el éxito de la terapia sin embargo, su ausencia lo obstaculiza (Winkler, 1989).

Dentro de estas variables también se han encontrado las relacionadas con la relación paciente- terapeuta, por lo que es fundamental en el proceso terapéutico, la capacidad de establecer vínculos, libertad emocional, seguridad, integridad, intuición, paciencia,

receptividad, empatía, creatividad e imaginación (Krasner, 1962; Slauson, 1964, Swensen, 1971).

Se considera que existe un tipo de terapeuta que se clasifica como dañino, ya que puede estimular la agresividad por medio de la confrontación, es impaciente y autoritario en su enfrentamiento con el paciente, insiste en la autoexposición inmediata de este así como en su expresión emocional y exige la actitud de cambio.

Por otro lado, con lo que corresponde a las habilidades del terapeuta debe tener sensibilidad clínica que le permita distinguir entre las necesidades neuróticas y no neuróticas del paciente, así como los obstáculos que puede presentar en la solución (Strupp, 1978).

Dicho lo anterior, se podría concluir que la experiencia del terapeuta le permitirá disminuir, dentro de su cartera de pacientes, el abandono, sin embargo algunos estudios demuestran lo contrario (Wincler, 1989). Incluso Berrigan y Garfield, 1981; Burlingame, 1989; Stein y Lambert, 1984, han encontrado que no existe diferencia significativa del nivel de abandono entre terapeutas en formación y terapeutas de plantilla de algunas instituciones.

Aun así, la percepción que tenga el paciente de las herramientas o preparación que tenga el terapeuta sí es relevante para el éxito de la psicoterapia (Nouvilas, 2000).

Además de las variables expuestas, se ha considerado una lista de razones de abandono que propone Gavino y Godoy en 1993. Las cuales se exponen a continuación:

- El motivo de consulta ya no preocupa
- Consejo de otro profesional de otra corriente teórica
- Cambio de ciudad del cliente
- Desmotivación por la terapia
- Incumplimiento de las instrucciones
- Relativizar el problema
- Tardanza en conseguir objetivos
- Negación a tocar algunos temas
- Falta de rapport con el terapeuta
- Cambio de terapeuta

Se puede observar que muchas de las causas expuestas por los diversos autores revisados, tienen que ver con características sociodemográfica del paciente, sin embargo, considera que uno de los factores poco considerados son las expectativas del terapeuta, que pueden estar ampliamente relacionadas con el abandono, al igual que factores más complejos en el paciente como la motivación para el cambio (Sirvent, 2009).

Por su parte, Colom (2001) señala que el gran porcentaje de deserción en un tratamiento psicológico, al mal manejo de la evaluación. Y la mala instrucción del

paciente con respecto al proceso terapéutico, ya que al no ver resultados en poco tiempo abandonan el tratamiento.

En una investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría (Saucedo, Cortés, Salinas y Berlanga, 1997), se encontró que un porcentaje importante de las personas que no acudían a sus citas, habían ya tenido tratamiento en otras instituciones y lo abandonaron.

CAPITULO 3

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE DIABÉTICO

A pesar de los intentos de investigadores para encontrar características de personalidad específicas del paciente diabético, no ha sido posible distinguirlos de la población en general. Sin embargo, hay situaciones particulares que se ven asociadas con el buen o mal control de la enfermedad, ya que el hecho de ser diagnosticado con un mal crónico degenerativo como lo es la Diabetes Mellitus Tipo 2, causa un efecto importante en varias esferas de la vida de las personas, como lo es el ámbito emocional, cognoscitivo y familiar (Simonds, y cok, 1981; Lockington, 1987). Resulta de gran importancia considerar cualquier consecuencia, que puede estar relacionada con la adherencia a su tratamiento médico y probablemente al psicológico, cuando existe.

Uno de estos aspectos considera los esfuerzos cognitivos y conductuales del individuo para "manipular" las demandas de su enfermedad y que exceden los recursos adaptativos que poseía hasta el momento; es decir, los estilos de enfrentamiento a la enfermedad (Portilla y Romero, 1988; Cassem, 1980).

De acuerdo con Garay (2005), uno de los indicadores importantes de que el paciente tenga menos posibilidades de sufrir una complicación de la enfermedad, es cuando cuenta con redes de apoyo fuertes, por parte de amigos o familiares, por lo que en la evaluación es importante considerar su estatus biopsicosocial. La pareja constituye la persona más cercana, su apoyo y comprensión son importantes en la autoestima de

este tipo de pacientes. Las relaciones con compañeros de trabajo o estudio pueden constituir una fuente de apoyo. La aceptación en estos grupos, la comprensión que estas personas puedan mostrar a las necesidades del diabético, así como el apoyo material para cumplir el tratamiento son condiciones deseadas para su mejor desenvolvimiento.

El personal de salud que tiene a su cargo la atención de estos pacientes constituye una importante y prestigiosa fuente de información; misma que disipa temores y prejuicios en relación con la enfermedad, además de ser quien determina el tratamiento a seguir. Si además de lo anterior, esta autoridad es capaz de sumarle un trato adecuado, entonces un valor inestimable como fuente de apoyo cognitivo, afectivo e instrumental (Portilla, Romero y Román, 1991).

Las relaciones sociales en general pueden contribuir a que el diabético logre una identidad social positiva en la medida en que sean capaces de percibirlo como una persona igual a los demás pero que a su vez requiere cumplir un tratamiento: la comprensión, apoyo y aceptación que provenga de los demás confiere a el paciente seguridad y confianza.

El estrés también es un factor importante para el descontrol de la medicación, alimentación y ejercicio, que son fundamentales para el control metabólico del paciente. Se considera que el principal reto es el proceso adaptativo que se lleva a cabo, ya que existe influencia del estrés de la vida diaria y depende de la habilidad del paciente para

enfrentarse con la enfermedad, que a su vez depende del tipo de afrontamiento de cada persona (Jiménez y Dávila, 2007).

Una característica común es la negación, la hostilidad o el enojo ante el diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo 2, lo que lleva al paciente a minimizar los síntomas o atribuirlos a otros factores. Esto debido a la naturaleza de la enfermedad, además de que se ha identificado que este tipo de afrontamiento es común en los primeros cinco años posteriores a la noticia del padecimiento, disminuyendo posteriormente o con la aparición de una complicación (Garay, 2005).

En el estudio de Aguilar (2004) se han relacionado los niveles de ansiedad y depresión con el incremento de complicaciones macro vasculares de la Diabetes Mellitus tipo 2. Entre mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico, mayor es el grado de ansiedad, y entre mayor sea el apoyo familiar hacia el paciente, menor es el grado de depresión.

Otro de los factores que dificultan el control de la Diabetes es la falta de conocimiento por parte del paciente de lo que es su enfermedad así como el mantenimiento de falsas creencias en torno a ésta. La información que se otorga sobre diabetes Mellitus es deficiente en la mayoría de los pacientes diabéticos descompensados (Cervantes, Perea y García, 2000; Jiménez y Dávila, 2007). Lo que lleva a la formación de ideas que interfieren en la aceptación del tratamiento e incapacidad para adoptar nuevas conductas por considerarlas limitaciones excesivas que arruinan un estilo de vida (Lerman, 1998).

Otros factores que limitan o impiden la adopción del plan terapéutico según este autor son:

- Actitudes y creencias del paciente.
- Expectativa de curación.
- Percepción del plan terapéutico como muy difícil.
- Falta de convicción de que el plan terapéutico mejorará o logrará el control de los problemas de salud.

Aún no queda claramente establecido de qué forma las características más estables del sujeto limitan o favorecen cierto tipo de respuesta de enfrentamiento, ni el peso relativo de los rasgos psicológicos y el contexto social en la predisposición a responder en una forma particular, pero es innegable la incidencia de todos estos factores en dicha respuesta (Jenny, 1984; Starfield, 1980).

Con fin de contestar algunas de las preguntas de la presente investigación es necesario conocer sobre los estudios que se han realizado en torno a la personalidad del diabético, que se describen a continuación. A pesar de que no se ha establecido una personalidad diabética, Anarte, López y Esteve (2000), encuentran que rasgos específicos de ésta influyen en la aparición, desarrollo y progresión de la diabetes. Por ejemplo, la

personalidad Tipo A⁵ en relación, a niveles altos de glucosa en niños que no estaban presentes en los de Tipo B⁶.

Por otro lado, un estudio sobre patrón de conducta Tipo C⁷ en pacientes crónicos, se encontró que la gente con diabetes difiere significativamente en comparación con personas sanas, en las dimensiones de control, represión emocional y necesidad de armonía, estos datos se obtuvieron con el Auto informe de personalidad tipo C (Esteve, López, Anarte, Ramírez y Amorós, 1998). Las variables de se manejan en el autoinforme antes mencionado se entienden de la siguiente forma:

- Necesidad de armonía: Indicativo de la inclinación del individuo a velar por el equilibrio de las relaciones interpersonales.

⁵ Los individuos con personalidad tipo A, pueden describirse como personas impacientes, muy competitivos, ambiciosos y que les cuesta mucho relajarse. La personalidad tipo A impulsa a las personas a estar apresuradas todo el tiempo y generalmente son personas que trabajan largas horas y que realizan varias actividades al mismo tiempo. Los individuos con este tipo de personalidad siempre están estresados y casi todo el tiempo se encuentran de mal humor.

⁶ Los individuos de personalidad tipo B, son descritos como personas pacientes, relajadas y fáciles de llevar y la mayoría de las veces ponen las cosas a un lado para terminarlas cuando ellos buenamente se sienten con deseos de completar sus metas. Son personas apáticas y no se envuelven en metas difíciles. Prefieren llevar las cosas con calma antes que llenarse de estrés.

⁷ Los individuos de personalidad tipo C que caracterizan por presentar, depresión, desamparo y desesperanza, percepción de falta de apoyo social y la incapacidad para expresar las emociones negativas.

- Control emocional: Grado en el que el individuo utiliza la razón y la lógica para evitar las emociones negativas que pueden aparecer en las relaciones interpersonales.
- Represión emocional: Inhibición en la expresión de las emociones.

También hay que tomar en cuenta la edad del paciente ya que tiene otras características. Por ejemplo, en personas de la tercera edad se suman preocupaciones por su condición de diabético, lo que puede influir negativamente en su estado psíquico y llevarlo al descontrol metabólico.

En estos casos es necesario el apoyo moral y material, así como estimular la realización de actividades que permitan sus condiciones físicas y le resulten placenteras a la vez que los provean de una identidad social positiva (Portilla, Romero y Román, 1991).

Es por lo expresado, la presente investigación tiene como objetivo general describir los factores que influyen en el abandono al tratamiento psicológico vía telefónica. Con los siguientes objetivos específicos

1. Describir los aspectos psicológicos del paciente diabético que se presentan en los que abandonan el apoyo psicológico vía telefónica.

2. Identificar la presencia de ansiedad en el paciente que abandona el Programa de Adherencia Terapéutica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
3. Identificar la presencia de depresión en el paciente diabético que deserta del apoyo psicológico vía telefónica.
4. Identificar el tipo de locus de control que presenta el paciente diabético que abandona el apoyo psicológico vía telefónica.
5. Identificar la etapa de motivación para el cambio en el paciente diabético que deserta del apoyo psicológico.
6. Describir la percepción de redes de apoyo del paciente diabético que abandona el Programa de Adherencia Terapéutica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
7. Identificar las expectativas del paciente hacia el tratamiento psicológico vía telefónica al inicio del proceso.
8. Identificar las expectativas del paciente hacia el terapeuta al inicio de la intervención.
9. Identificar las expectativas, hacia el orientador y hacia el tratamiento, que no se cumplieron durante el proceso de orientación psicológica.
10. Identificar la percepción hacia la diabetes por parte del paciente.

Y dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Qué factores determinan el abandono del apoyo psicológico vía telefónica?

2. ¿Los pacientes que abandonan el apoyo psicológico vía telefónica presentan depresión?
3. ¿Los pacientes que abandonan el Programa de Adherencia Terapéutica de la Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal presentan ansiedad?
4. ¿Qué tipo de locus de control presentan los pacientes que abandonan el apoyo psicológico vía telefónica?
5. ¿Qué percepción de sus redes de apoyo tienen los pacientes que desertan del Programa de Adherencia Terapéutica?
6. ¿El incumplimiento de las expectativas del paciente con respecto al apoyo psicológico se relaciona con el abandono al mismo?
7. ¿La percepción negativa del paciente hacia el proceso de apoyo psicológico se relacionan con el abandono a éste?
8. ¿La percepción negativa del paciente hacia el psicólogo influye en el abandono del apoyo psicológico?
9. ¿La percepción hacia la diabetes influye en el abandono al tratamiento?
10. ¿En que etapa de motivación para el cambio se encuentra el paciente que deserta del apoyo psicológico vía telefónica?

CAPITULO 4

METODOLOGÍA

Hipótesis de trabajo:

Si se evalúan los aspectos psicológicos del paciente (locus de control, ansiedad, depresión, percepción de redes de apoyo, etapa de motivación para el cambio) y se analizan las expectativas y la percepción hacia el problema a tratar, entonces se conocerán los factores que determinan el abandono al apoyo psicológico vía telefónica (Portilla, Romero y Román, 1991; Aguilar, 2004, Lerman, 1998, Jenny, 1984; Starfield, 1980).

Variables independientes:

Características psicológicas del paciente diabético

- Depresión
- Ansiedad
- Locus de control
- Motivación para el cambio en el estilo de vida
- Expectativas del paciente en torno al orientador y al proceso de apoyo psicológico
- Redes de apoyo percibidas por el paciente por parte de cónyuge, hijos, vecinos, amigos, hermanos, padres, médicos y personal de enfermería.
- Estilo de afrontamiento del paciente hacia la Diabetes Mellitas Tipo 2.

Variables dependientes:

El abandono del apoyo psicológico vía telefónica por parte de los pacientes avisando o no al terapeuta. Considerando abandono después de 4 intentos de llamada.

Diseño de investigación no experimental transversal de alcance descriptivo, ya que no se manipulan las variables independientes para provocar una reacción, más bien la recolección de datos se lleva a cabo en un tiempo determinado, cuando el paciente ha abandonado el tratamiento, y en el contexto natural en que el fenómeno de estudio se presenta (Kerlinger, 1979).

Transversal descriptivo, por que el procedimiento consiste en medir en un grupo de personas y proporcionar su descripción. Este tipo de estudio permite tener un panorama del estado de las variables en el grupo de personas estudiadas (Hernández, 2000).

La muestra a estudiar está conformada por los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Adherencia Terapéutica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la que hasta principios del 2010 está conformada por un total de 729 pacientes el muestreo es no probabilístico de tipo intencional.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que accedan a participar en la encuesta y se encuentren aun en tratamiento
- Pacientes que hayan abandonado el Programa de Adherencia Terapéutica y accedan participar en la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Paciente con problemas auditivos.

Materiales

- Escala Redes de apoyo percibidas por el paciente (Rodríguez y Marín, 1989) confiabilidad de test-retest alfa.69. Cuestionario formado por 3 de escala Likert, que evalúa la percepción de apoyo social, la satisfacción hacia este, las personas que lo brindan y el tipo de apoyo recibido.
- Cuestionario Locus de Control (Wallston y cols, 1976) alfa de Cronbrach .66. Cuestionario con 18 ítems, de escala Likert con 5 opciones de respuesta que van desde el totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Donde se evalúa la percepción
- Inventario de Depresión de Beck (1961) alfa de Crombach 0.76-0.95 está conformado por 21 ítems. Evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas

ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas.

- Inventario de Ansiedad de Beck (1988) alfa de Consistencia interna .86. Esta conformados por 21 items en escala Likert, que va desde el leve hasta severo.
- Entrevista para identificar la percepción del paciente hacia sus síntomas.
- Entrevista para identificar las expectativas del paciente en torno al orientador y el proceso de apoyo psicológico en total 13 preguntas abiertas.

Procedimiento

Se aplicaron los instrumentos a los pacientes de diversos psicólogos del programa de Adherencia Terapéutica, vía telefónica, 25 donde ya se presentó el fenómeno de abandono al tratamiento y 25 que continúan en el, con el fin de identificar los factores que determinan el abandono al apoyo psicológico.

A los pacientes se les informo que los cuestionarios que se les aplicaron eran con fines de investigación. La participación fue voluntaria y se les invito a reiniciar con el tratamiento psicológico vía telefónica si así lo deseaban.

Se consideró el tipo de muestra no probabilística por la diversidad de datos que se pueden obtener de este tipo de muestreo y puede dar pauta para el análisis de estos con respecto a edad, sexo, tiempo de diagnóstico y otras características de los pacientes

diabéticos y así describir una relación entre estos y el abandono al Programa de Adherencia Terapéutica.

Posteriormente se obtuvieron los resultados y se analizaron mediante el programa de SPSS, con t de Student, análisis descriptivo y correlaciones para muestras independientes y así realizar conclusiones que permitirán aportar información útil para el Programa de Adherencia Terapéutica del Distrito Federal.

CAPITULO 5
ANALISIS DE RESULTADOS

Se aplicó un cuestionario donde se recopilaron los siguientes datos sociodemográficos, edad, tiempo transcurrido después del diagnóstico, si cambio o no el paciente de orientador, si acudió o no antes a un servicio de psicología, así como la identificación de la etapa de motivación para el cambio de Di Clemente y Proshaska (1989). Se realizó un análisis descriptivo de los datos, obteniendo los siguientes resultados.

La mayoría de los pacientes del Programa Adherencia Terapéutica son el sexo femenino, con una proporción del 84 %, siendo el 16% del sexo masculino. La mayoría de la población tiene una edad que va de los de los 50 a los 70 años en el grupo que abandono el tratamiento. Y en el de los que continuaron en el programa, la mayoría tiene de 40 a 70 años de edad (Tabla 1).

Tabla 1. Datos Generales

Abandono	Genero	Frecuencia	Porcentaje
	Femenino	21	84%
	Masculino	4	16%
	Edad(50-70 años)	15	60%
Constantes	Genero		
	Femenino	21	84%
	Masculina	4	16%
	Edad (40- 60 años)	12	48%

Los datos indican que el 60% de los pacientes tenían 5 años o menos de haber sido diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2. Mientras que la mayoría de los que continuaron están entre los rangos 2 y 3 lo que indica que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico es de 6 a 15 años sumando el 48% (Tabla 2)

Tabla 2. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2

		Frecuencia	Porcentaje
abandono	1 (0-5)	15	60
	2 (6-10)	4	16
	3(11-15)	2	8
	4(16-20)	2	8
	5(20 o mas)	2	8
	Total	25	100
tratamiento	1 (0-5)	7	28
	2 (6-10)	6	24
	3(11-15)	6	24
	4(16-20)	3	12
	5 (20 o mas)	3	12
	Total	25	100

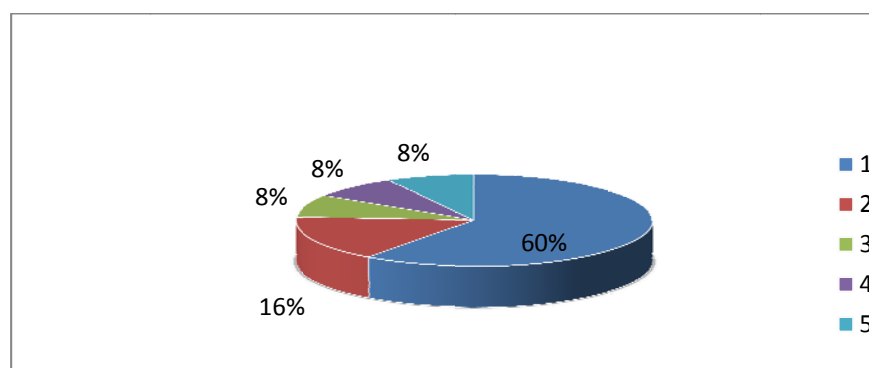


FIGURA 1. LA FIGURA NOS MUESTRA QUE LA MAYORIA DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO TENIAN DE 0 A 5 AÑOS DE HABER SIDO DIAGNOSTICADOS.

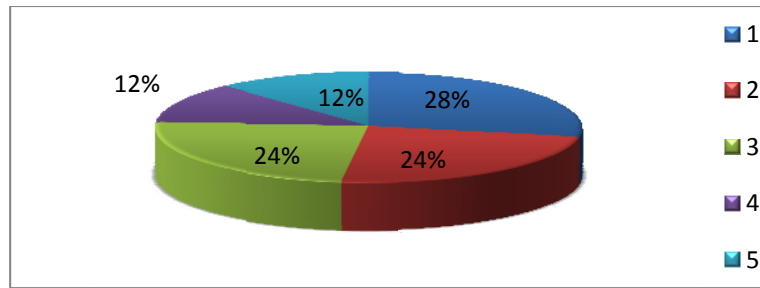


FIGURA 2. SE MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LOS AÑOS DESDE EL DIAGNOSTICO. DONDE EL RANGO 2 Y 3 PREDOMINAN.

Con lo que respecta la etapa de motivación para el cambio en la que se encontraban los pacientes que abandonaron el tratamiento los datos indican que el 32% se encontraba en determinación, sin embargo la presencia de las 2 primeras etapas es importante con 12% en precontemplación y el 24% en contemplación dando un total del 36%.

En contraste se observa que el 48% de los pacientes que continuaron con el tratamiento se encontraban en la etapa de acción. Siendo igual de importante la presencia de las dos primeras etapas que en conjunto dan el 36% (Tabla 3).

Tabla 3. Etapa de motivación al cambio

Abandono	Frecuencia	Porcentaje
1. Sin identificar	2	8
2. Precontemplación	4	16
3. Contemplación	5	20
4. Determinación	8	32
5. Acción	6	24
Total	25	100
Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
1. Precontemplación	3	12
2. Contemplación	6	24
3. Determinación	4	16
4. Acción	12	48
Total	25	100

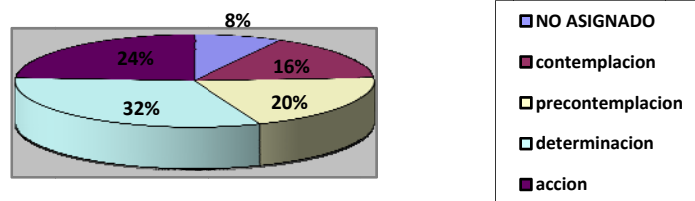


FIGURA 3. ETAPA DE MOTIVACION AL CAMBIO (DICLEMENTE Y PROSHASKA) EN PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

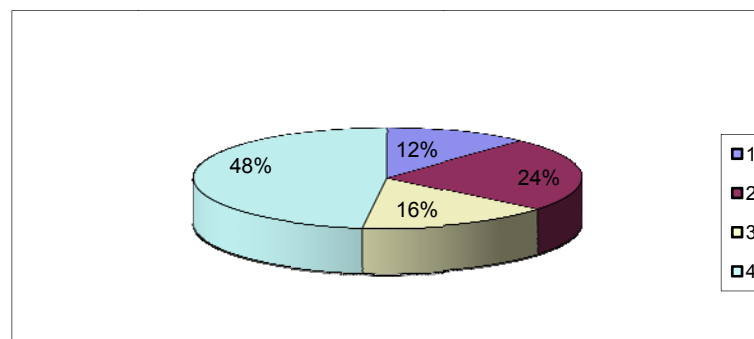


FIGURA 4. ETAPA DE MOTIVACION AL CAMBIO EN PACIENTES QUE CONTINUARON CON TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

La percepción de apoyo que reportan los pacientes que abandonaron el tratamiento los datos arrojan lo siguiente; el 62% se encuentra entre el rango 1 y 1.5 que indica que si perciben el apoyo de sus redes sociales, (pareja, hijos, padres, amigos, etc.). Mientras que en el grupo de los que continuaron en el programa el nivel de percepción de apoyo es el mismo, siendo el 60% de los pacientes.

El nivel de satisfacción sentida por el paciente, sobre el apoyo que recibe, en el grupo de los que abandonaron el tratamiento, los datos indican que el 48% satisfacción en algún grado. En el grupo de los que continuaron en el programa el 56% indicando también satisfacción sobre el apoyo percibido.

Las personas de quien es percibido mayor apoyo, los datos arrojan que en el grupo de los que abandonaron el 88% se agrupan en el rango que va del 0 al 2 lo que indica que los hijos y la pareja son quienes más brindan apoyo de alguna forma. En el grupo de quienes continuaron en el tratamiento como se puede observar, el 52% considera que los padres y hermanos son quienes brindan el mayor apoyo, no dejando atrás a los hijos y pareja con una presencia importante del 48%. Y el tipo de apoyo es motivando con el 52% en los que abandonaron y el 56 % en los que continuaron (Tabla 4).

Tabla 4. Apoyo social percibido

Abandono Percepción de apoyo	Redes de apoyo 1 (Rango de respuesta)	Frecuencia	Porcentaje (%)
	1-1.5	16	62
	1.6-2	9	38
Constantes percepción de apoyo	1-1.5	15	60
	1.6-2	10	40
Abandono Satisfacción del apoyo social percibido	Redes de apoyo 2 (Rango de respuesta)	Frecuencia	Porcentaje
	0.5-1.5	1	4
	1.6-2.5	4	16
	2.6-3.5	9	36
	3.6-4.5	7	28
	4.6-5	4	16
Constantes Satisfacción del apoyo social percibido	0.5-1.5	3	12
	1.6-2.5	7	28
	2.6-3.5	10	40
	3.6-4.5	5	20
	4.6-5	0	0
Abandono Personas que brindan el apoyo social	Redes de apoyo 3 (Rango de respuesta)	Frecuencia	Porcentaje
	0-0.4	5	20
	0.5-1.5	6	24
	1.6-2.5	13	52
	2.5-3.5	1	4
Constantes Personas que brindan el apoyo social	0-0.4	2	8
	0.5-1.5	4	24
	1.6-2.5	14	56
	2.5-3.5	3	12
	3.5-4.5	2	8
Abandono Tipo de apoyo percibido	2	13	52
Constantes tipo de apoyo percibido	2	14	56

FIGURA

5.

PERCEPCION DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

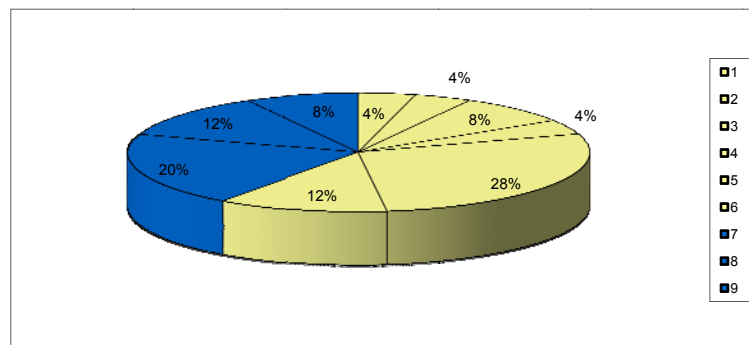


FIGURA 6. PERCEPCION DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES QUE CONTINUARON CON EL APOYO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

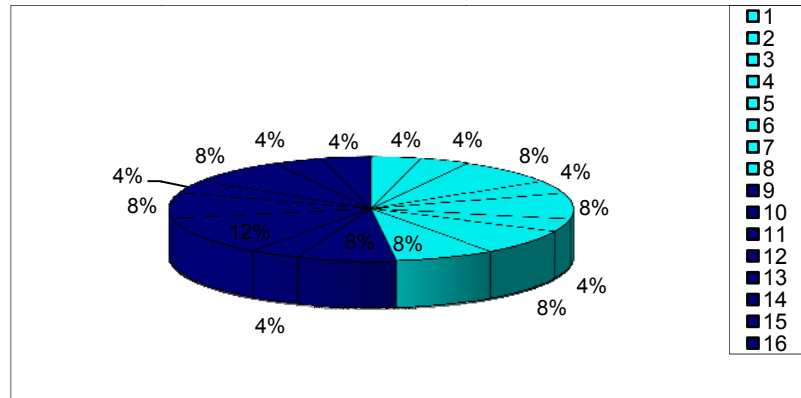


FIGURA 7. STAISFACCION DE APOYO ENPACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO

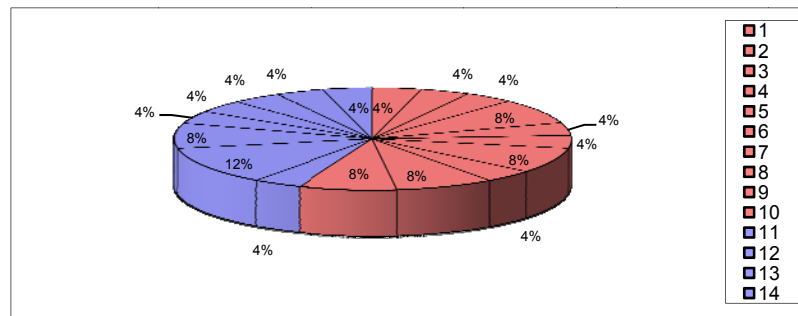


FIGURA 8. SATISFACCION DEL APOYO PERCIBIDO EN PACIENTES CONSTANTES

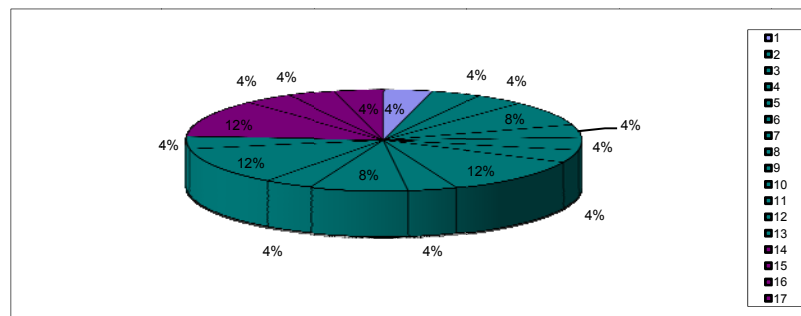


FIGURA 9. PERSONAS QUE BRINDAN EL APOYO SOCIAL QUE PERCIBEN LOS PACIENTES QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

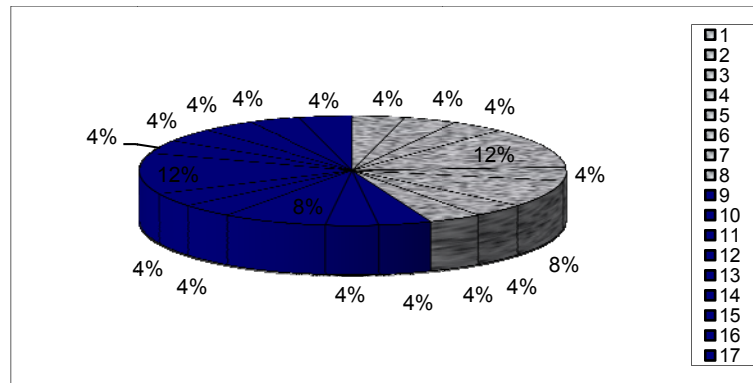


FIGURA 10. PERSONAS QUE BRINDAN EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR LOS PACIENTES QUE FUERON CONSTANTES EN EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

De acuerdo con los resultados en el grupo de los pacientes que abandonaron el tratamiento 68% de los pacientes manifiestan locus de control externo, sin dejar de lado rasgos importantes de locus de control interno con el 32% restante. Teniendo los intervalos del 1 al 2.33 podemos ubicar al 52% de la población de los que continuaron con la orientación telefónica con un locus de control interno (Tabla 5).

Tabla 5. Locus de control

Rango de respuesta		Frecuencia	Porcentaje
Abandono	1	2	8
	1.33	1	4
	1.5	1	4
	1.83	1	4
	2.17	3	12
	2.33	1	4
	2.67	8	32
	3	3	12
	3.17	1	4
	3.33	1	4

	3.5	3	12
	Total	25	100
	Rango de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento	1	3	12
	1.17	1	4
	1.33	3	12
	1.83	3	12
	2	1	4
	2.17	1	4
	2.33	1	4
	2.5	3	12
	2.67	5	20
	2.83	1	4
	3.17	1	4
	3.5	2	8
	Total	25	100

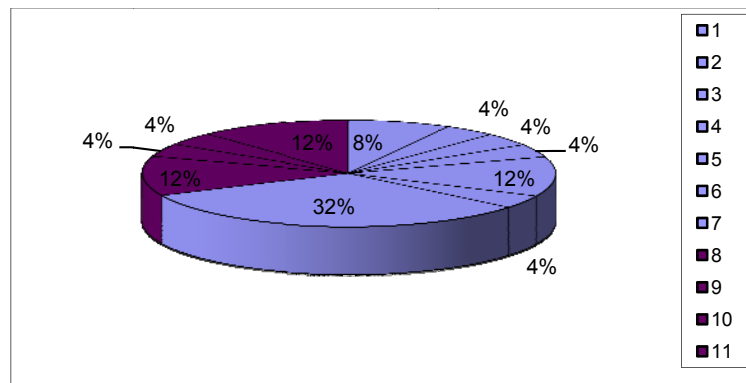


FIGURA 11 LOCUS DE CONTROL EN PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

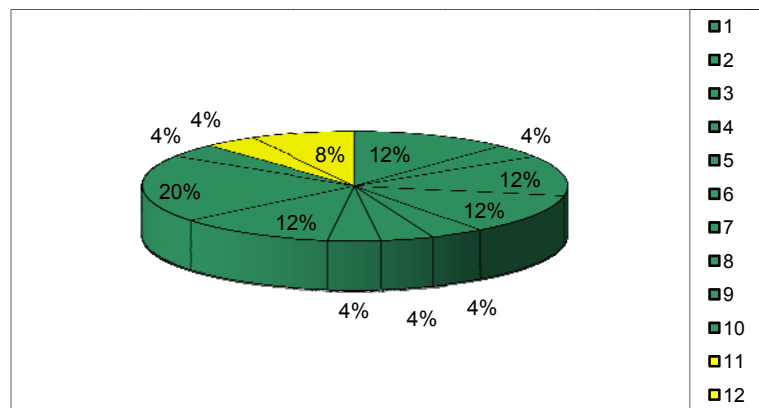


FIGURA 12. LOCUS DE CONTROL EN PACIENTES QUE CONTINUARON CON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

Con respecto a la percepción de los síntomas de la Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes que abandonaron, se observa que el 60% de los pacientes no los perciben. En cuanto a los pacientes que continuaron, se ubica al 44% que indica que no son percibidos los síntomas (Tabla 6).

TABLA 6. Percepción de síntomas

Rango de respuesta		Frecuencia	Porcentaje
Abandono	1	1	4
	1.11	1	4
	1.33	2	8
	1.44	5	20
	1.56	6	24
	1.67	5	20
	1.78	4	16
	2	1	4
	Total	25	100
Rango de respuesta		Frecuencia	Porcentaje
Constantes	1.11	2	8
	1.22	1	4
	1.33	1	4
	1.44	5	20
	1.56	2	8
	1.67	3	12
	1.78	8	32
	1.89	1	4
	2	2	8
	Total	25	100

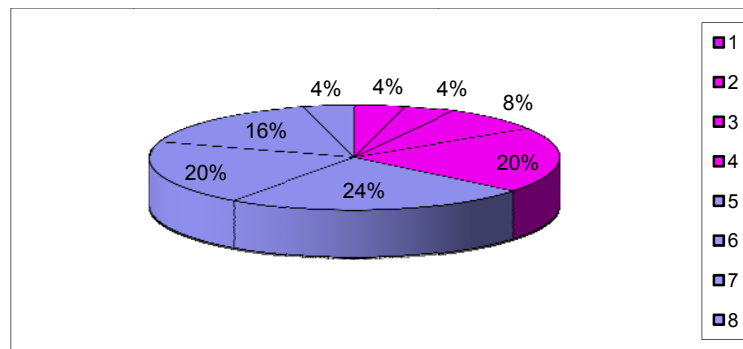


FIGURA 13. PERCEPCION DE SINTOMAS EN PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

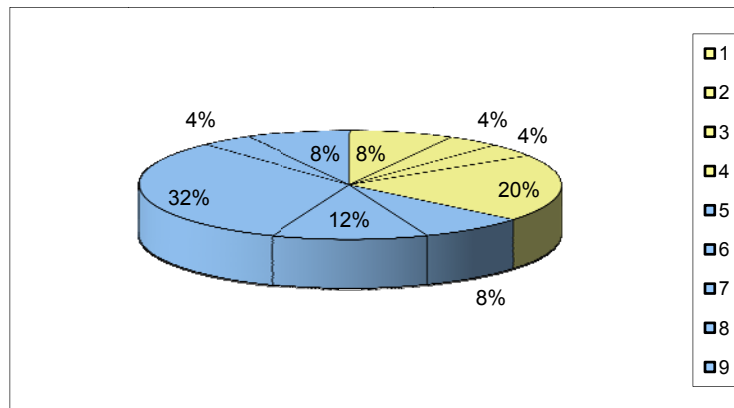


FIGURA 14. PERCEPCION DE SINTOMAS EN PACIENTES QUE CONTINUARON CON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

En cuanto a si los pacientes se preocupan o no por sentir los síntomas en algún momento, en los que abandonaron el 96% afirmo sentir preocupación ante la sintomatología, en los que continuaron con las llamadas, solo el 80% dijo hacerlo.

TABLA 7. Percepción de síntomas 2 Preocupación por sentirlos

		Frecuencia	Porcentaje
Constantes	Si	20	80
	no	5	20
	Total	25	100
		Frecuencia	Porcentaje
Abandono	Si	24	96
	no	1	4
	Total	25	100

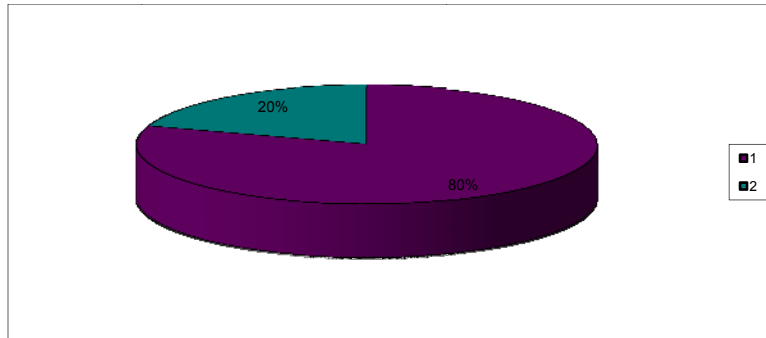


FIGURA 15. PERCEPCION DE SINTOMAS EN PACIENTES CONSTANTES EN EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

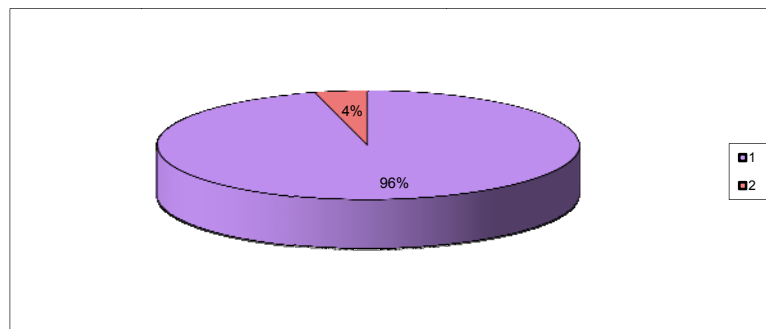


FIGURA 16. PERCEPCION DE SINTOMAS EN PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRTAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

En los resultados arrojados por el Inventario de Depresión de Beck, se muestra que en los pacientes que abandonaron el tratamiento el 24% presenta signos de depresión leve, no difiriendo de los que no abandonaron con el 20%, en los que continuaron con el tratamiento, con un valor de 3.14 como media de respuesta (Tabla 8).

Tabla 8. Resultados del Inventario de Depresión de Beck

	Rango de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Abandono	1	2	8
	1.14	2	8
	1.19	4	16
	1.29	2	8
	1.38	5	20
	1.43	2	8
	1.48	2	8
	1.76	2	8
	1.81	2	8
	1.86	1	4
	2.19	1	4
	Total	25	100
	Rango de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Constantes	1	1	4
	1.1	2	8
	1.14	1	4
	1.19	3	12
	1.24	1	4
	1.29	1	4
	1.33	2	8
	1.38	1	4
	1.43	1	4
	1.52	1	4
	1.57	1	4
	1.67	2	8
	1.71	1	4
	1.76	2	8
	1.86	1	4
	1.9	1	4
	2	1	4
	3.14	1	4
	Total	24	96
Perdidos	Sistema	1	4
Total		25	100

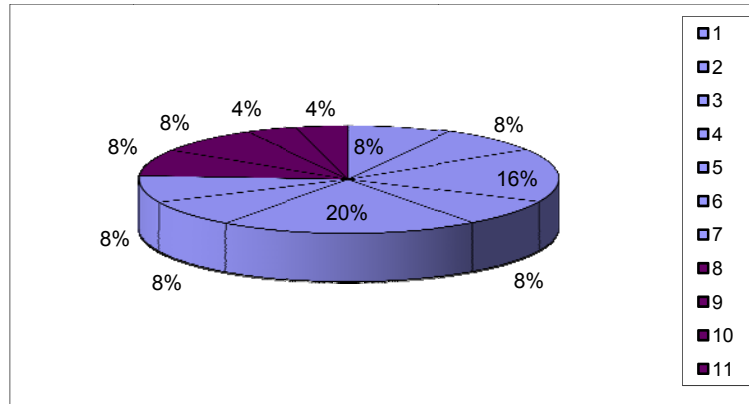


FIGURA 17. NIVEL DE DEPRESION EN PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

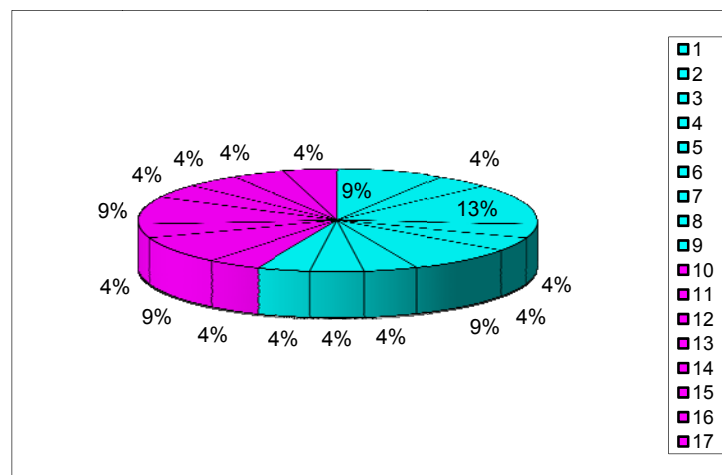


FIGURA 18. NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE FUERON CONSTANTES EN EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VÍA TELEFONICA

De acuerdo con los datos el 72% de los pacientes que abandonaron el tratamiento no presentan síntomas de ansiedad, el 20% presentan un nivel leve de ansiedad, y el 8% restante un nivel moderado en los rangos de respuesta.

Los pacientes que continuaron con las llamadas, el 80% no presento nivel de ansiedad alguno, el 20% restante lo presento solo en forma leve, siendo el rango de respuesta no mayor a 2.19 (Tabla 9).

Tabla 9. Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck

Rango de respuesta		Frecuencia	Porcentaje
Abandono	1.00	3	12.0
	1.05	3	12.0
	1.10	3	12.0
	1.14	4	16.0
	1.19	2	8.0
	1.24	1	4.0
	1.38	1	4.0
	1.48	1	4.0
	1.52	1	4.0
	1.71	1	4.0
	1.90	1	4.0
	2.14	1	4.0
	2.43	1	4.0
	2.67	1	4.0
2.81	1	4.0	
Total	25	100.0	
Rango de respuesta		Frecuencia	Porcentaje
Constantes	1.00	2	8.0
	1.05	5	20.0
	1.10	1	4.0
	1.14	2	8.0
	1.19	1	4.0
	1.24	4	16.0
	1.29	1	4.0
	1.33	2	8.0
	1.38	1	4.0
	1.48	1	4.0
	1.62	1	4.0
	1.67	1	4.0
	1.81	1	4.0
	1.95	1	4.0
2.19	1	4.0	
Total	25	100.0	

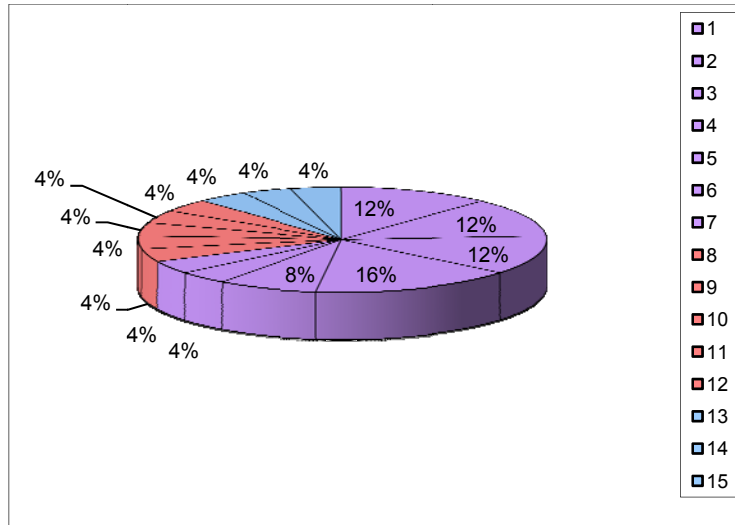


FIGURA 20. NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

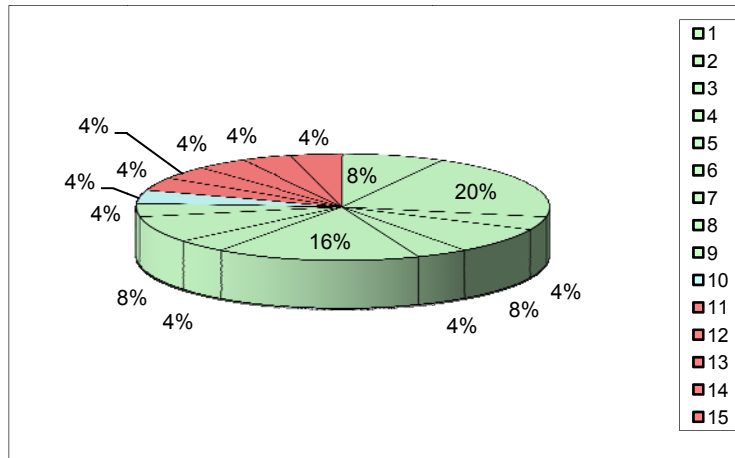


FIGURA 21. NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE CONTINUARON CON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

Se les pregunto directamente a los sujetos el motivo de abandono al tratamiento, obteniendo las siguientes respuestas mostradas en la tabla 14, observando que al 28% dejaron de llamarle, el 20% no considera importante la orientación telefónica por ser repetitiva en cuanto a la información brindada, y el 16% por falta de tiempo, siendo éstas las respuestas más comunes (Tabla 10).

Tabla 10 Motivo de abandono al programa

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No necesita apoyo	1	4%
No vio beneficios	2	8%
Dejaron de llamarle	7	28%
Por cambio de orientador	1	4%
Especialista en el tema	3	12%
Falta de tiempo	4	16%
Cambio de domicilio	1	4%
Le informaron había sido dado de alta	1	4%
No considera importante la orientación (repetitiva)	5	20%
Total	25	100%

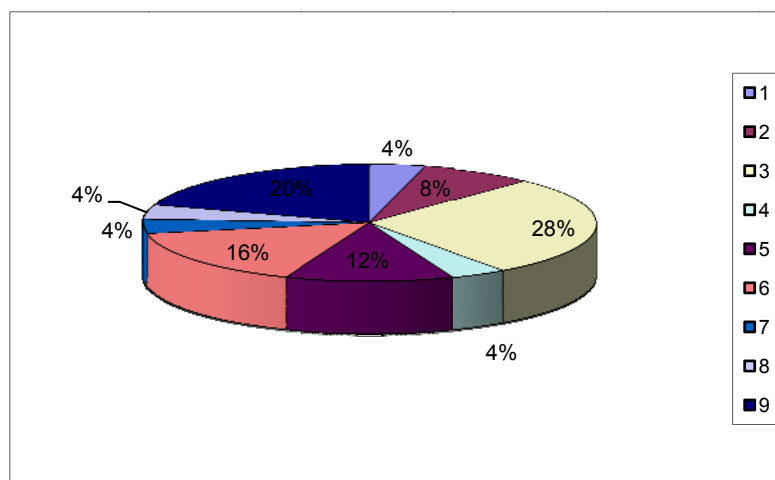


FIGURA 22. MOTIVO DE ABANDONO AL PROGRAMA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA.

Los datos indican que hay diferencias entre los pacientes que abandonaron el tratamiento con los que fueron constantes, en el primer grupo se observa que sólo el 8% deseaban aprender los cuidados adecuados para su padecimiento, el 20% esperaban sentirse mejor de salud, el 44%, es decir la mayoría, esperaba solo información, el 28% no tenía un objetivo concreto, sólo querían experimentar.

Los pacientes que persistieron en el tratamiento, se señala que el 24% deseaban aprender los cuidados necesarios para mejorar su salud, el 36% señalaron sentirse mejor de salud, a diferencia de los pacientes que abandonaron donde el 24% esperaban solo información, con notable minoría solo el 4% no tenía un objetivo específico, el 4% acepto porque se lo recomendó el personal del centro de salud al que acude, el 8% restante acepto por necesidad de escucha o para relajarse (Tabla 11).

Tabla 11 Motivo de participación en el programa

Status	aprender a cuidarme	estar mejor de salud	nada perdía	Para relajarme	para tener con quien hablar	por recomendación del centro de salud.	información
abandono	2	5	7	0	0	0	11
tx	6	9	1	1	1	1	6
abandono	8%	20%	28%	0%	0%	0%	44%
tx	24%	36%	4%	4%	4%	4%	24%

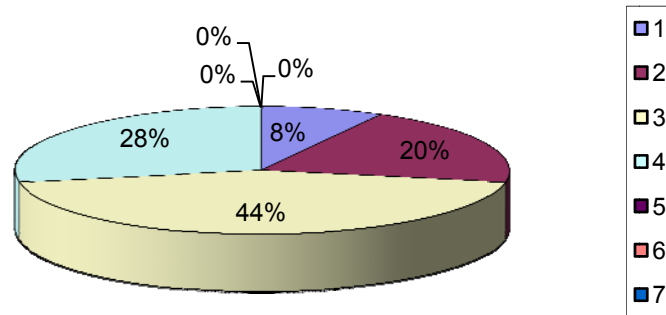


FIGURA 23. PORCENTAJES DE LOS MOTIVOS DE PARTICIPACION EN LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

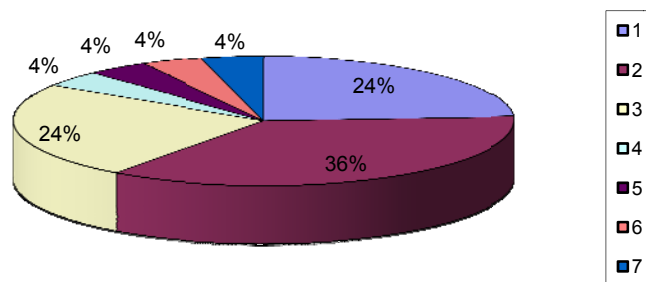


FIGURA 24. PORCENTAJES DE MOTIVO DE PARTICIPACION EN PACIENTES QUE CONTINUARON CON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

Con respecto a si el paciente creía necesitar la orientación psicológica vía telefónica se obtuvieron los siguientes resultados; en los pacientes que abandonaron el tratamiento, el 60% no consideraba necesario dicho servicio, un 40% lo valoró importante. En los pacientes que continuaron con la orientación psicológica, se encontró que sólo el 16% lo considero innecesario y el 84% restante lo vio importante (Tabla 12).

Tabla 12 Percepción de necesidad de la orientación vía telefónica

Status	No	Si	Si por malestares	Si por relajación
abandono	15	8	1	1
Tx	4	21	0	0
abandono	60%	32%	4%	4%
Tx	16%	84%	0%	0%

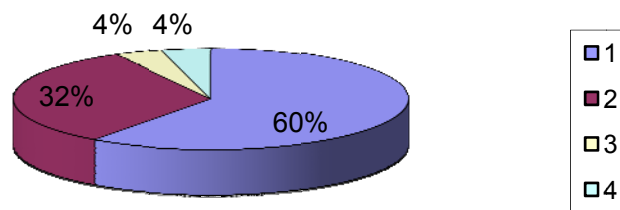


FIGURA 25. PERCEPCION DE NECESIDAD DEL APOYO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA EN LOS PACIENTES QUE ABANDONARON

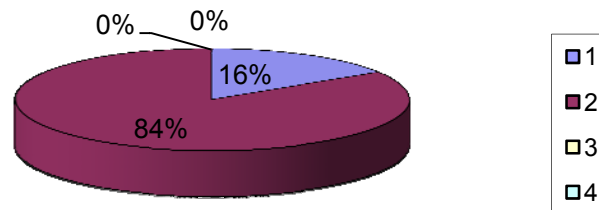


FIGURA 26. PERCEPCION DE NECESIDAD DEL APOYO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA EN PACIENTES CONSTANTES

En cuestión a si el paciente había asistido a algún tipo de atención psicología, en los pacientes que abandonaron el tratamiento se observa que sólo el 16% tenían antecedentes de atención, el 84% restante lo negaron. Y en los pacientes continuaron con la orientación psicológica sólo el 20% afirmaron haber tenido ayuda psicológica anteriormente, el 80% restante afirman no haber tenido (Tabla 13).

Tabla 13 Antecedentes de ayuda psicológica

Status	No	Si
abandono	21	4
Tratamiento	20	5
Abandono	84%	16%
Tramiento	80%	20%

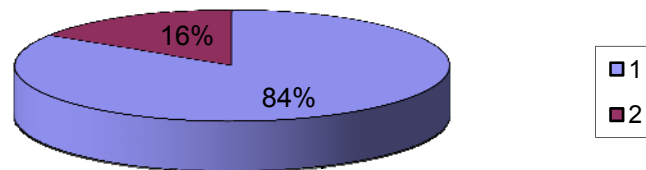


FIGURA 27. ANTECEDENTES DE ATENCION PSICOLOGICA EN PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

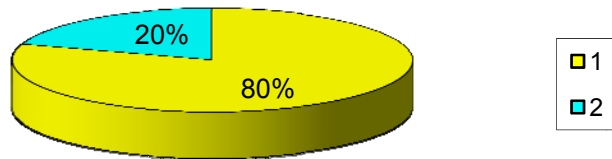


FIGURA 28. ANTECEDENTES DE ATENCION PSICOLOGICA EN PACIENTES CONSTANTES EN EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

Con respecto si las llamadas que recibían por parte del Programa de Adherencia Terapéutica, eran inoportunas, los datos indican que para los pacientes que abandonaron el programa en un 68% no eran inoportunas, contra 32% que opinaron que sí. En los pacientes que continuaron recibiendo continuamente las llamadas, el 84% opino que no le interrumpían, un 12% opino que sí y sólo el 4% respondió que en ocasiones.

Tabla 14 ¿Las llamadas interferían con sus actividades cotidianas?

Status	no	si	a veces 1	total
abandono	17	8	0	25
tx	21	3	1	25
abandono	68%	32%	0%	100%
tx	84%	12%	4%	100%

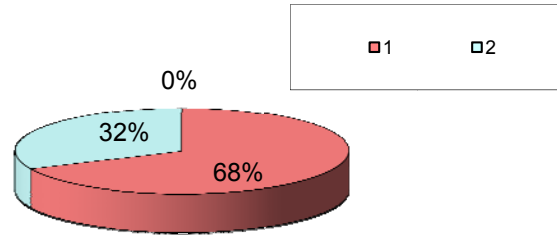


FIGURA 29. PERCEPCION DE INTROMISION EN PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

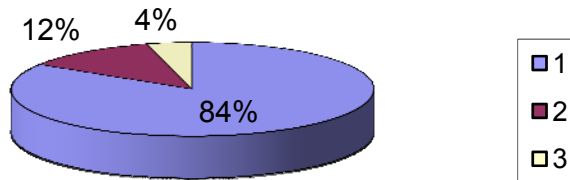
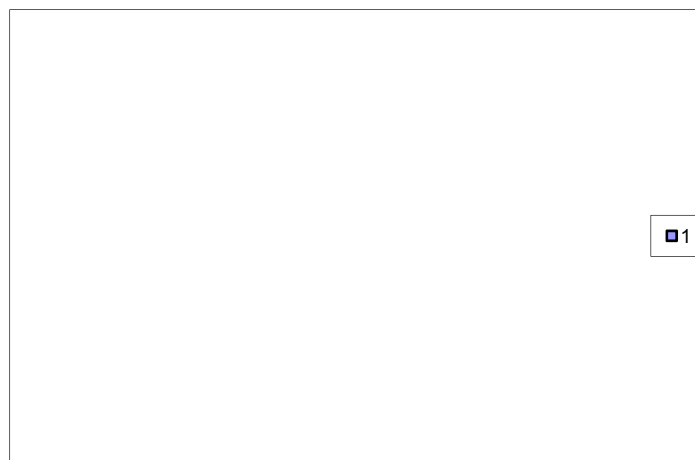


FIGURA 30. PERCEPCION DE INTROMISION EN PACIENTES QUE CONTINUARON CON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA.

Hablando de las características del orientador, y las expectativas que el paciente se formó en torno a aquél y al programa de Adherencia Terapéutica se encontró, que el 100% de los pacientes que abandonaron el tratamiento piensan que su orientador los comprendió, en los pacientes que continuaron con la orientación psicológica, el 94% piensa fue comprendido por su orientador y el 4% no lo sabe (Tabla 15).

Tabla 15 Expectativas 2 ¿Piensa que su orientador lo comprendió?

Status	Si	No	No se	Total
Abandono	25	0	0	25
Tx	24	0	1	25
Abandono	100%	0%	0%	100%
Tx	96%	0%	4%	100%



FIGRA 31. PERCEPCION DE COMPRENCON DEL ORIETADOR HACIA EL PACIENTE EN QUIENES ABANDONARON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

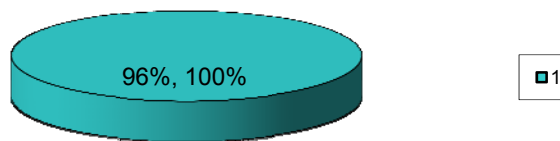


FIGURA 32. PERCEPCION DE COMPRENCON DEL ORIENTADOR HACIA EL PACIENTE EN QUIENES CONTINUARON CON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

La percepción de interés por parte del psicólogo hacia el paciente, el 8% de los pacientes que abandonaron el tratamiento dicen que tal vez, el 92 % que sí. En los pacientes que continuaron con las llamadas, el porcentaje es idéntico (Tabla 16).

Tabla 16 Expectativas 3 ¿Considera que su orientador se interesó por usted?

Status	Tal vez	Si	Total
abandono	2	23	25
tx	2	23	25
abandono	8%	92%	100%
tx	8%	92%	100%

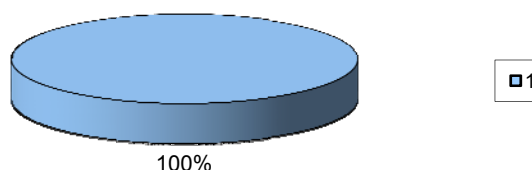


FIGURA 33. PERCEPCION DE INTERES DEL ORIENTADOR HACIA EL PACIENTE EN QUIENES ABANDONARON Y CONTINUARON CON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA.

La percepción del paciente en considerar a su orientador como experto, en los pacientes que abandonaron el Programa de Adherencia Terapéutica, el 80% lo ven como experto, el 8% no experto, un 8% no lo saben y el 4% lo consideran regularmente experto (Tabla 17).

Tabla 17 Expectativas 4 ¿Considera que su orientador es experto?

Status	Si	No	No se	Regular	Total
abandono	20	2	2	1	25
tx	22	0	2	1	25
abandono	80%	8%	8%	4%	100%
tx	88%	0%	8%	4%	100%

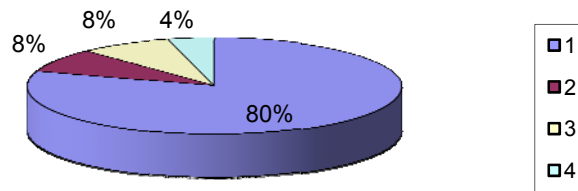


FIGURA 34. PERCEPCION DEL PACIENTE HACIA EL ORIENTADOR COMO EXPERTO DE QUIENES ABANDONARON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA.

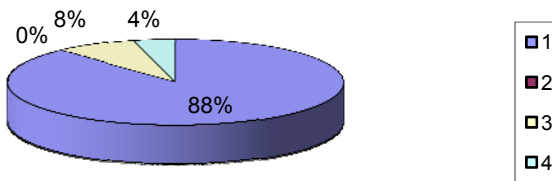


FIGURA 35 PERCEPCION DEL PACIENTE HACIA EL ORIENTADOR COMO EXPERTO DE QUIENES CONTINUARON EN EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

Expectativas del paciente en cuestión de los resultados a obtener a lo largo de la intervención, el 36% de los pacientes que abandonaron la orientación, esperaban mejorar su salud, el 20% mejorar su cuidado, el 12% no esperaban nada concreto, el 4% buscaban mejorar su estado de ánimo, el 24% deseaba sólo información, el 4% sólo ser escuchado.

En los pacientes que continuaron con las llamadas, el 52% querían mejorar su estado de salud, el 12% mejorar su salud, el 32% información y el 4% ser escuchado (Tabla 18).

Tabla 18 Expectativas 5 ¿Qué resultados espera obtener a lo largo de las llamadas?

Status	Mejorar mi estado de salud	Mejorar mi cuidado	Nada	Mejorar mi ánimo	Información	Ser escuchado	Total
abandono	9	5	3	1	6	1	25
Tx	13	3	0	0	8	1	25
abandono	36%	20%	12%	4%	24%	4%	100%
Tx	52%	12%	0%	0%	32%	4%	100%

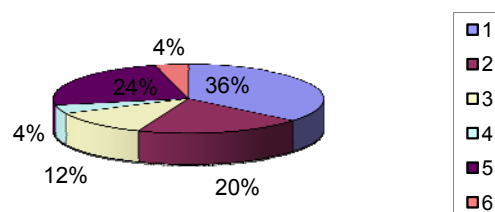


FIGURA 36. EXPECTATIVAS DE RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA EN PACIENTES DESERTORES

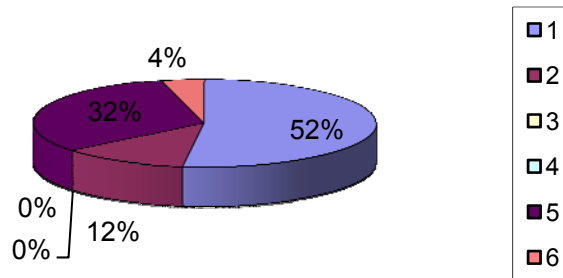


FIGURA 37. EXPECTATIVAS DE RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA EN PACIENTES CONSTANTES

Con respecto al tiempo en el que los pacientes deseaban obtener los resultados imaginados, en los que abandonaron el tratamiento, el 4% mencionan que el tiempo depende de cada persona, el 68% “no imagino en cuanto tiempo los verían”, el 8% “creyeron sería tardado”, el 12% “lo esperaba en 2 meses”, el 4% “sólo quería ser escuchado sin importar por cuanto tiempo”, el 4% “creyó tener resultados en 6 meses”.

En los pacientes que continuaron con el tratamiento el 32% no imaginaban en cuanto tiempo obtendrían resultados, el 20 por ciento creyeron que en 2 meses, el 8% esperaba que en 6 meses terminarían, el 12% dijo qué en 3 meses, el 8% que en una llamada, un 4% pensó en un año, el 8% dijo que con cada llamada sin especificar tiempo y otro 4 % que en 15 días (Tabla 19).

Tabla 19 Expectativas 6 ¿En cuanto tiempo imagina obtendrá esos resultados?

Status	el tiempo depende de uno mismo	no imagina cuanto	tardado	2 meses	no importaba solo quería ser Eschchado	6 meses	3 meses	con cada llamada	una llamada	1 año	1 semana	15 días	total
abandonado	1	17	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	25
tx	0	8	0	5	0	2	3	2	2	1	1	1	25
abandonado	4%	68%	8%	12%	4%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
tx	0%	32%	0%	20%	0%	8%	12%	8%	8%	4%	4%	4%	100%

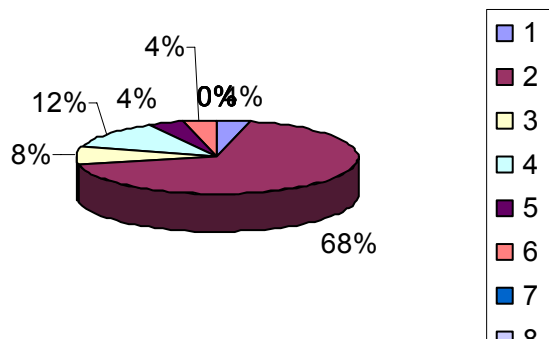


FIGURA 38. EXPECTATIVAS DE TIEMPO DE OBTENCION DE RESULTADOS DE LA ORIENTACION PSICOLOGICA VIA TELEFONICA EN PACIENTES QUE ABANDONARON

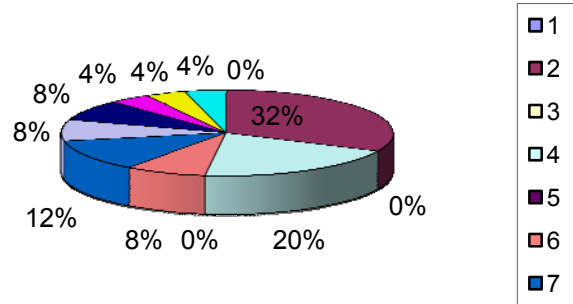


FIGURA 39. EXPECTATIVAS DE TIEMPO DE OBTENCION DE RESULTADOS DE LA ORIENTACION PSICOLOGICA VIA TELEFONICA EN PACIENTES COSNTANTES

Sobre la manera en que obtendrían los resultados esperados, en los pacientes que abandonaron el tratamiento un 16% dijo que llevando a cabo lo acordado con el orientador, un 36% no lo supo, un 28% menciona que siguiendo los consejos, un 20% sólo escuchando.

Pacientes que continuaron con el tratamiento, un 32% menciona que realizando lo acordado con el orientador, el 4% no lo sabía, el 32% dijo que siguiendo consejos del psicólogo, el 28% sólo escuchando, y el 4% siendo activo en la intervención (Tabla 20).

Tabla 20 Expectativas 7 ¿Cómo piensa que obtendrá esos resultados?

Status	Llevando a cabo lo acordado	No se	Siguiendo los consejos	Escuchando	Siendo activo	Total
abandono	4	9	7	5	0	25
tx	8	1	8	7	1	25
abandono	16%	36%	28%	20%	0%	100%
tx	32%	4%	32%	28%	4%	100%

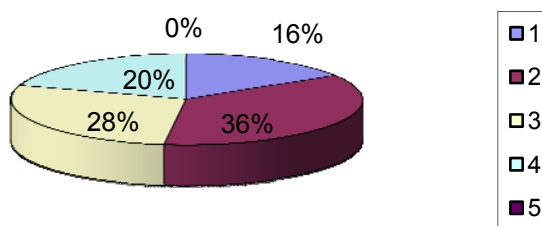


FIGURA 40. EXPECTATIVA DE LA FORMA EN QUE SE OBTENDRIAN LOS RESULTADOS EN LA INTERVENCION PSICOLOGICA VIA TELEFONICA EN QUIENES ABANDONARON LO ABANDONARON

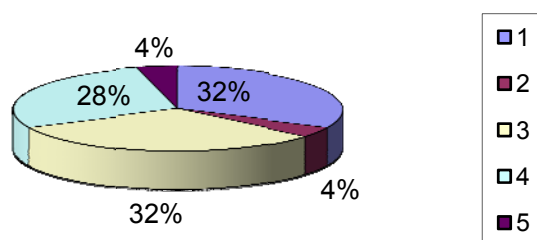


FIGURA 41 EXPECTATIVA DE LA FORMA EN QUE SE OBTENDRIAN LOS RESULTADOS EN LA INTERVENCION PSICOLOGICA VIA TELEFONICA EN QUIENES CONTINUARON

Lo que el paciente esperaba obtener del orientador en cada una de las sesiones, en los pacientes que abandonaron la orientación, el 16% no lo sabían, el 44% sólo que le informara sobre el padecimiento, el 12% que le aclara dudas, el 4% que se involucrara en sus problemas, el 12% que le aconsejara, el 4% que le quitaría el tiempo, el 8% que le preguntaría sobre su salud.

Los pacientes que continuaron con las llamadas, el 8% no lo sabia, el 16% que le informara, el 24% que le aclara dudas, el 16% que le aconsejara sobre el cuidado, y el 36% esperaba escuchar (Tabla 21).

Tabla 21 Expectativas 8 ¿Qué se imagina que hará su orientador a lo largo de las sesiones?

Status	no se	informarme	aclarar mis dudas	involucrarse en mis problemas	aconsejarme	quitarme el tiempo	preguntarme	escucharme	total
abandono	4	11	3	1	3	1	2	0	25
tx	2	4	6	0	4	0	0	9	25
abandono	16%	44%	12%	4%	12%	4%	8%	0%	100%
tx	8%	16%	24%	0%	16%	0%	0%	36%	100%

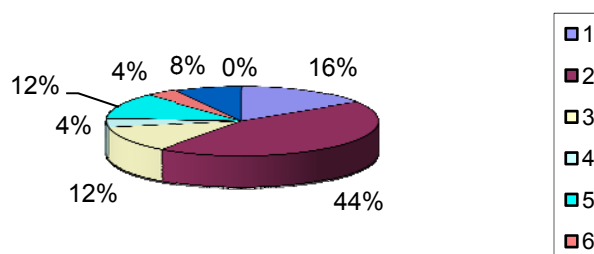


FIGURA 42. EXPECTATIVA DEL PAPEL DEL ORIENTADOR EN LOS PACIENTES QUE ABANDONARON LA INTERVENCION PSICOLOGICA VIA TELEFONICA

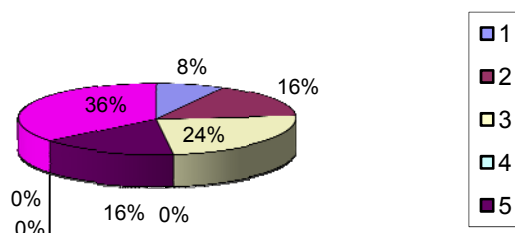


FIGURA 43. EXPECTATIVAS DEL PAPEL DEL ORIENTADOR EN LA INTERVENCION PSICOLOGICA VIA TELEFONICA EN PACIENTES CONSISTENTES

El papel o rol que desempeñaría el paciente durante la orientación, en los que abandonaron el tratamiento el 20% no lo imaginaba, otro 20% imagino su papel como escucha, el 4% como investigador conjunto, otro 4% esperaba sólo registrar información, un 4% pensó que contestando el teléfono cumplía con su rol, el 20% platicar, un 24% exponer dudas y un 4% seguir instrucciones.

En los pacientes que continuaron con las llamadas, un 12% no lo sabía, un 16% sólo escuchar, un 32% platicar, un 40% exponer sus dudas (Tabla 22).

Tabla 22. Expectativas 9 ¿Qué imagina que hará usted a lo largo de las sesiones?

Status	no se	escuchar	investigar	un registro	contestar el teléfono	platicar	exponer mis dudas	seguir instrucciones	Total
abandono	5	5	1	1	1	5	6	1	25
tx	3	4	0	0	0	8	10	0	25
abandono	20%	20%	4%	4%	4%	20%	24%	4%	100%
tx	12%	16%	0%	0%	0%	32%	40%	0%	100%

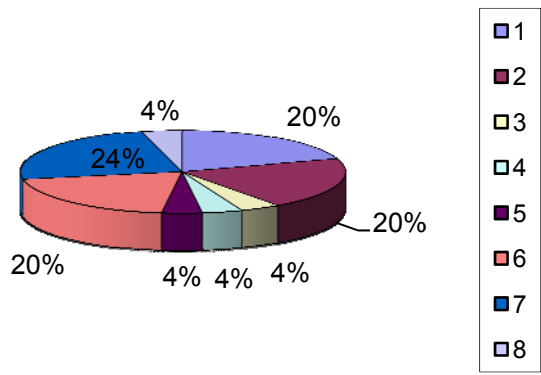


FIGURA 44. PAPEL DEL PACIENTE EN LA INTERVENCION PSICOLOGICA VIA TELEFONICA EN QUIENES ABANDONARON

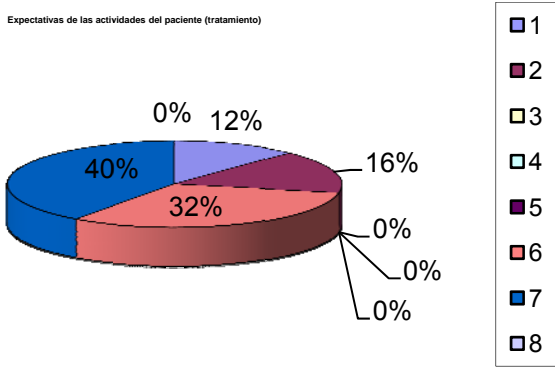


FIGURA 45 PAPEL DEL PACIENTE EN LA INTERVENCION PSICOLOGICA VIA TELEFONICA EN QUIENES FUERON CONSTANTES

Las expectativas de la relación que se tuvieron con el orientador, en los pacientes que abandonaron, el 32 % esperaba que la relación fuera de amigos, un 24%, de escucha y comprensión, un 28 % de confianza y respeto, un 8 % no lo sabía y al 8 % restante le hubiera gustado fuera presencial la atención.

En los pacientes que continuaron, el 16 % imaginaba de amigos la relación, un 16 % de escucha y comprensión, un 28 % de confianza y respeto, un 64 % no lo sabía

Tabla 23 ¿Cómo le gustaría que fuera la relación con su orientador?

Status	De amigos	De escucha y comprensión	De confianza y respeto	No se	Personal	Total
abandono	8	6	7	2	2	25
tx	4	4	16	1	0	25
abandono	32%	24%	28%	8%	8%	100%
tx	16%	16%	64%	4%	0%	100%

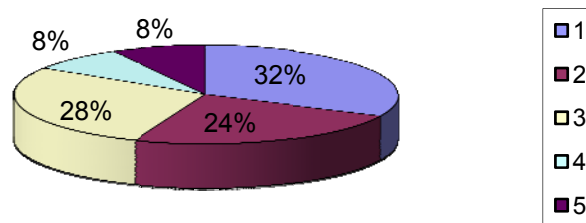


FIGURA 46. EXPECTATIVAS SOBRE LA RELACION TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO VIA TELEFONICA

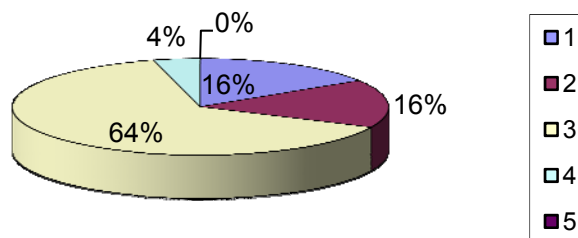


FIGURA 47. EXPECTATIVAS SOBRE LA RELACION TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CONSTANTES

Con respecto a la expectativa de curación de la enfermedad, el 68% de los pacientes no la esperaban, el 20% sí, y el 12% no sabían si era posible. Dentro de los pacientes que continuaron, el 76% no lo esperaban, y el 24% restante sí lo deseaban (Tabla 24).

Tabla 24 Expectativa de curación de la DM2

Status	no	si	no se	Total
abandono	17	5	3	25
tx	19	6	0	25
abandono	68%	20%	12%	100%
tx	76%	24%	0%	100%

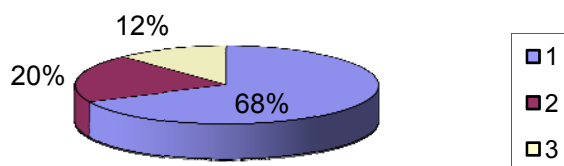


FIGURA 48. EXPECTATIVAS DE CURACION EN LOS PACIENTES QUE ABANDONARON LA ORIENTACION PSICOLOGICA V IA TELEFONICA

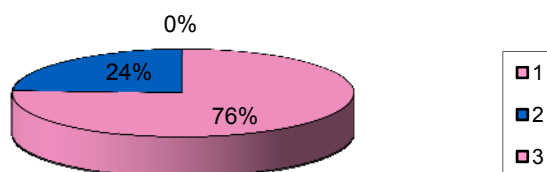


FIGURA 49. EXPECTATIVAS DE CURACION EN LOS PACIENTES QUE ABANDONARON LA ORIENTACION PSICOLOGICA VIA TELEFONICA

La comparación de medias poblacionales de la variable de ansiedad entre los sujetos que abandonaron el tratamiento y los que no, se utilizó la prueba T de Student donde la prueba de Levene muestra un valor de significancia del .022, lo que indica que las

varianzas no son iguales, por lo que el valor de t es igual a $-.911$ con una significancia bilateral de $.398$, siendo este valor mayor a $.05$, se puede concluir que las medias de las muestras en cuanto a nivel de ansiedad es él mismo. No hay diferencia significativa (Tabla 25).

Tabla 25. Prueba T de Student de muestras independientes: Ansiedad

Ansiedad total		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	5.614	.022	-.911	48	.367	-.11429	.12540	-.36643	.13786	
No se han asumido varianzas iguales			-.911	38.457	.368	-.11429	.12540	-.36805	.13948	

Los niveles de depresión la Prueba de Levene arroja un valor de significancia de 0.184 , indica igualdad de varianzas, por lo que el valor de t es igual a $-.913$ con una significancia bilateral de $.366$, lo que señala igualdad de medias en el nivel de depresión entre los pacientes que abandonaron el tratamiento y los que no (Tabla 26).

Tabla 26 Prueba T de Student de muestras independientes: Depresión

Depresión total	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
Se han asumido varianzas iguales	1.821	.184	-.913	47	.366	-.09889	.10827	-.31670	.11892	
No se han asumido varianzas iguales			-.906	39.461	.371	-.09889	.10917	-.31963	.12185	

En el locus de control se observó lo siguiente. La prueba de Levene proporciona un nivel de significancia de .512, que indica igualdad de varianzas entre las muestras, por lo que t es igual a 1.688 que apunta a que no existe diferencia significativa entre las medias de las muestras (Tabla 27).

Tabla 27. Prueba T de Student Locus de control

Locus de control total	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	.437	.512	1.668	48	.102	.35333	.21178	-.07248	.77915
No se han asumido varianzas iguales			1.668	47.877	.102	.35333	.21178	-.07251	.77918

En las redes de apoyo, la percepción de si existe por parte de las personas que rodean a los sujetos se observó lo siguiente. En la prueba de igualdad de varianzas da un nivel de significancia de .394 por lo que se asume igualdad, así que t es igual a 1.162 con un nivel de significancia de .251, que permite verificar que no existe diferencia significativa entre los grupos (Tabla 28).

Tabla 28 Prueba T de Student de muestras independientes: Red de apoyo 1

Red de apoyo1	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	.740	.394	1.162	48	.251	.08400	.07227	-.06130	.22930
No se han asumido varianzas iguales			1.162	46.156	.251	.08400	.07227	-.06145	.22945

Y en cuanto a la satisfacción de los pacientes en cuanto al apoyo recibido la prueba de Levene da un valor de significancia de .898 por lo que toman los valores de igualdad de varianzas, donde t es igual a 2.126 con una significancia de .039, lo que señala que sí existe diferencia significativa en las medias (Tabla 29).

Tabla 29 Prueba T de Student de muestras independientes: Red de apoyo 2

redapoyo2	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	.017	.898	2.126	48	.039	.62800	.29542	.03402	1.22198
No se han asumido varianzas iguales			2.126	47.383	.039	.62800	.29542	.03382	1.22218

La prueba de Levene para igualdad de varianzas no arroja una significancia de .448 indicando igualdad de varianzas por lo que t tiene un valor de -2.787 y un nivel de significancia de .008, lo que indica diferencia significativa entre las medias de los grupos. Por lo tanto los pacientes que abandonaron el tratamiento están insatisfechos con el apoyo social que perciben (Tabla 30).

Tabla 30 Redes de apoyo 3, Personas que brindan el apoyo social

redapoyo3	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	.584	.448	-2.787	48	.008	-.70333	.25238	-1.21077	-.19589
No se han asumido varianzas iguales			-2.787	43.741	.008	-.70333	.25238	-1.21205	-.19461

La prueba de Levene da una significancia de .214 lo que indica varianzas iguales, por lo que t es igual a -1.079 y una significancia de .286, lo que indica igualdad de medias (Tabla 31).

Tabla 31 Prueba de muestras independientes

fechadedx	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	1.588	.214	-1.079	48	.286	-2.44800	2.26864	-7.00941	2.11341
No se han asumido varianzas iguales			-1.079	43.817	.286	-2.44800	2.26864	-7.02068	2.12468

La prueba de Levene, da una significancia de .546 que indica igualdad de varianzas por lo que t es igual -1.542 con una significancia de .130 esto muestra igualdad de medias en los grupos (Tabla 32).

Tabla 32. Etapa de motivación al cambio

etapdemot		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
	Se han asumido varianzas iguales	.370	.546	-1.542	48	.130	-.520	.337	-1.198	.158
	No se han asumido varianzas iguales			-1.542	47.310	.130	-.520	.337	-1.198	.158

Se realizó la correlación entre las variable de depresión, ansiedad, y red de apoyo, obteniendo lo siguiente. La correlación positiva es la que corresponde a la de depresión en relación al nivel de ansiedad, es decir a mayor ansiedad mayor depresión y viceversa, ya que el nivel de significancia bilateral es de .000 en depresión y ansiedad total (Tabla 33).

Tabla 33 Correlaciones

		redapoyo1	redapoyo3	ansiedadtot	depresiontot
redapoyo1	Correlación de Pearson	1	-.060	.005	.136
	Sig. (bilateral)		.681	.972	.352
	N	50	50	50	49
redapoyo3	Correlación de Pearson	-.060	1	.096	.021
	Sig. (bilateral)	.681		.506	.889
	N	50	50	50	49
ansiedadtot	Correlación de Pearson	.005	.096	1	.657**
	Sig. (bilateral)	.972	.506		.000
	N	50	50	50	49
depresiontot	Correlación de Pearson	.136	.021	.657**	1
	Sig. (bilateral)	.352	.889	.000	
	N	49	49	49	49

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Una vez presentados de manera gráfica los datos obtenidos y analizados los resultados durante el desarrollo de la investigación, se concluye que éstos son importantes para identificar y comprender los factores en el proceso del abandono al apoyo psicológico vía telefónica en pacientes diabéticos y que pertenecen al Programa de Adherencia Terapéutica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Y así propiciar la investigaciones futuras en diversas áreas de estudio que se promueven en instituciones de salud pública y que ayudarían a complementar el conocimiento y establecer alternativas de solución al abandono de este proceso terapéutico. Cumpliendo con los siguientes objetivos de investigación:

- Describir los aspectos psicológicos del paciente diabético que se presentan en los que abandonan el apoyo psicológico vía telefónica.
- Identificar la presencia de ansiedad en el paciente que abandona el Programa de Adherencia Terapéutica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- Identificar la presencia de depresión en el paciente diabético que deserta del apoyo psicológico vía telefónica.
- Identificar el tipo de locus de control que presenta el paciente diabético que abandona el apoyo psicológico vía telefónica.
- Identificar la etapa de motivación para el cambio en el paciente diabético que deserta del apoyo psicológico.
- Describir la percepción de redes de apoyo del paciente diabético que abandona el Programa de Adherencia Terapéutica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- Identificar las expectativas del paciente hacia el tratamiento psicológico vía telefónica al inicio del proceso.

- Identificar las expectativas, hacia el orientador y hacia el tratamiento
- Identificar la percepción hacia la diabetes por parte del paciente.
- Enumerando las siguientes conclusiones:

1. Se encontró que la edad que predomina en la población desertora va de los 50 a los 70 años y por lo tanto, debe tomarse en cuenta las variantes psicológicas y fisiológicas que se presentan a estas edades, ya que varían mucho de una etapa a otra, por ejemplo, en la tercera edad, se tienen preocupaciones y pensamientos de otra índole en comparación con otras etapas de vida, y las estrategias deben ser acordes a sus necesidades, para generar una identidad social positiva (Portilla, Romero y Roman, 1991).

2. El tiempo entre el diagnóstico del padecimiento crónico y la intervención es de menos de 5 años, corroborando lo que Garay (2005) propone, él afirma que en ese periodo de tiempo se presenta un proceso de adaptación que incluyen emociones como el enojo, la frustración, la hostilidad y la negación, lo que le impide al paciente apegarse al tratamiento. Es una variable a la que se le debe dar importancia al momento de planear la intervención vía telefónica.

3. Las etapas de motivación para el cambio en la que se ubicaron a los sujetos que abandonaron el tratamiento son contemplación y precontemplación. A diferencia de los pacientes que prosiguieron con el tratamiento en los que predominó la de acción. Siendo congruente con las características de estas etapas de motivación al cambio de acuerdo a la descripción de Di Clemente y Proshaska (1982), donde en la precontemplación la persona no ve, o no quiere ver, ningún problema en su conducta y en la contemplación,

la persona empieza a tener algunas dudas sobre su conducta. Empieza a sopesar los pros y contras aunque no se ve todavía con motivación de intentar un cambio. De acuerdo a lo anterior se piensa que probablemente no se tenga un manejo de acuerdo a las necesidades motivacionales de los pacientes.

4. El apoyo social percibido por los desertores del apoyo psicológico vía telefónica es la misma que en los pacientes que continuaron en el tratamiento. Sin embargo, existe diferencia en el grado de satisfacción del apoyo recibido ya que en los pacientes que continuaron en el programa es mayor la satisfacción que en los que no siguieron con el tratamiento.

5. Los desertores perciben el apoyo social de la pareja y los hijos, en cambio en los que continuaron con el tratamiento además de la pareja e hijos, aprecian el apoyo dado por otros familiares. Siendo esto congruente con la teoría. Garay (2005) menciona que entre más aceptación de las personas que rodean al paciente y más demuestren su apoyo, la autoestima del paciente crece y por lo tanto es menos susceptible a presentar complicaciones de la enfermedad, pues tendrán mejores herramientas para llevar a cabo un tratamiento.

6. El locus de control externo predomina en las personas que abandonaron el tratamiento a diferencia de los que continuaron en quienes predomina el locus de control interno, lo que explicaría la falta de adherencia al tratamiento médico y por lo tanto también al psicológico, pues no perciben sus malestares como algo que esté dentro de su poder o control para cambiarlo. Concluyendo, el manejo adecuado de estos pacientes en cuanto al empoderamiento, serviría para que puedan cambiar su

percepción de complejidad o factibilidad del tratamiento y por lo tanto comenzar a cambiar conductas perjudiciales.

7. La percepción de síntomas de Diabetes Mellitus tipo 2, en ambos grupos de pacientes es nula o no se perciben. Esto no coincide con las causas conocidas de la no adherencia al tratamiento médico; la percepción de gravedad de su situación, puede coadyuvar a una percepción de inutilidad a los cambios de hábitos. Una explicación estaría en la naturaleza del padecimiento crónico, pues los pacientes pueden llegar a “naturalizar” los síntomas, es decir, su percepción es que los síntomas son naturales.

8. La preocupación hacia la presencia de malestares físicos es mayor en los desertores que en los fueron constantes en las llamadas. En este sentido parece haber una incongruencia que la literatura citada al respecto dado que la percepción de no gravedad del problema es un factor para no adherirse al tratamiento.

9. Los niveles de depresión son iguales en ambos grupos de pacientes, teniendo puntajes en el Inventario de Depresión de Beck que indican depresión leve, confirmando así la teoría en cuanto a características del paciente con Diabetes, pero sin mayor relevancia para la explicación del abandono al tratamiento.

10. El nivel de ansiedad que encontrado en los dos grupos de pacientes es leve. Lo que permite concluir que es característica propia del padecimiento pero que no se encontró posible relación con el abandono al tratamiento psicológico vía telefónica.

11. Los motivos de deserción al tratamiento más frecuentes expresados directamente por los pacientes fueron: a) que les dejaron de llamar sin previo aviso, b) que sus

actividades no les permitía continuar en el Programa de Adherencia Terapéutica, c) no considerar importante la atención ya que la mayoría de los pacientes acuden a grupos de ayuda mutua y ven la intervención como repetitiva y sin razón, esto debido a que sólo recibían información. Esto permite concluir que el compromiso de los orientadores con los pacientes podría no existir pues no se cumple con lo establecido desde la primera sesión. Además de encontrar la parte de la disposición del paciente con respecto al proceso de orientación como un factor de incumplimiento al tratamiento de acuerdo con Gorfield y Bergin, 1978; Goldstein y Dean, 1966; Gurman y Razon, 1977; Luborsky y Cols., 1977.

12. El motivo por el que, los sujetos desertores, participaron en el programa, fue la información que recibirían, en cambio en los pacientes que continuaron en el programa se encontró que dentro de sus principales razones estaba el mejorar su salud, motivantes muy diferentes, además de que se concluye que no le queda al paciente su papel activo dentro de la intervención, que a su vez indica que el encuadre realizado por el orientador en la primera sesión puede estar mal elaborado.

13. En la percepción de necesitar o no el apoyo psicológico vía telefónica, se identificó que los que no continuaron en el tratamiento no lo consideraban necesario, sin embargo en constantes la mayoría lo consideraban importante. Esto coincide con lo propuesto por Lerman (1998), quien propone que si el paciente no tiene la convicción de que un tratamiento pueda funcionar, lo deja. Sugiriendo que sea un factor a tomar en cuenta en la evaluación inicial del paciente, para así poder tener un plan de tratamiento adecuado

o incluso tener en cuenta que el paciente es susceptible a abandonar el tratamiento en cualquier momento.

14. Los antecedentes de ayuda psicológica de los pacientes son similares en ambos grupos ya que en su mayoría no habían tenido orientación o tratamiento psicológico, por lo que no se considera un factor relevante en el fenómeno estudiado, ya que en la literatura se menciona que un factor de abandono presente en los pacientes es el haber abandonado tratamientos anteriores. Destacando la necesidad del paciente por requerir la opinión de varios terapeutas (Saucedo, Cortés, Salinas y Berlanga (1997).

15. Las llamadas recibidas no fueron percibidas como intrusivas en los dos grupos, este dato se analizó, dada la naturaleza del inicio de atención donde es el terapeuta quien invita al sujeto a la intervención, y se tenía la inquietud de saberlo para mejorar en tanto el servicio del Programa de Adherencia Terapéutica.

16. La percepción de comprensión por parte del orientador hacia el paciente: al igual que el interés percibido por el paciente de su orientador, en su mayoría creyeron tenerlo. Concluyendo que en general la empatía esta presente en un grado adecuado, no siendo por lo tanto un factor determinante del abandono.

17. La creencia de si el orientador era experto o no, en los pacientes que abandonaron como en los que continuaron creía que si lo era, siendo esto inconsistente con la teoría, donde menciona que sin importar el grado de experiencia del terapeuta, la percepción del paciente hacia él como experto si influye en el abandono. Lo anterior se le puede

atribuir al hecho de que la intervención es vía telefónica y al no ver el paciente la juventud del orientador no lo puede juzgar de inexperto.

18. Los resultados que el paciente desertor esperaba obtener de la intervención, era sólo información sobre su padecimiento, en cambio los que continuaron esperaban mejorar su salud, concluyendo que la autopercepción del paciente que abandona es de agente o rol pasivo dentro de la intervención, lo que indica una deficiencia en las primeras sesiones, donde se debe incitar al paciente a ser activo durante el proceso terapéutico.

19. La expectativa del tiempo en el que los pacientes esperaban lograr los resultados esperados tanto en el grupo de los que abandonaron como en el de constantes, no es claro, ya que no se tenía expectativa alguna en cuanto a tiempo, sin embargo, está presente el tiempo promedio de la intervención entre los dos a tres meses. Siendo esto incongruente con la teoría donde Gabino y Godoy en 1993 quienes explican que al no cumplirse el deseo de que los resultados se presenten en poco tiempo los pacientes abandonan el tratamiento psicológico, por lo que al no crear dicha expectativa, ya que el tiempo que los pacientes tienen en mente es el que se les menciona al inicio de la intervención, no se toma a ésta como un factor para el abandono.

20. La manera en la que se esperaba obtener los resultados en los pacientes que abandonaron el tratamiento, era escuchando o incluso el no saber cómo los obtendrían por otra parte, en el grupo de los que fueron constantes, esperaban ser más activos, llevando a cabo lo acordado en las sesiones o siguiendo los “consejos” del orientador.

Reiterando, lo concluido en apartados anteriores, donde se ve marcada la percepción del paciente como ente pasivo, siendo este un factor de abandono,

21. La expectativa acerca del papel del orientador durante el proceso terapéutico en los que abandonaron fue sólo de informador, en cambio en los que continuaron en el programa esperaban, escucha, consejos e información. Encontrando congruencia con la expectativa de resultados, lo que podría indicar que al verse cumplida su expectativa el paciente abandonaba, pues las sesiones perdían sentido para él.

22. Las expectativas en torno a la relación que se tendría con el psicólogo, los pacientes que abandonaron esperaban una relación de amigos, confianza, respeto y escucha. En los pacientes que continuaron con las llamadas las respuestas más frecuentes fue que “no sabía o imaginaba como sería”. Concluyendo que durante el proceso no se logró el cumplimiento de dicha expectativa, siendo un factor para el abandono, corroborando lo expuesto por Rogers en 1957; Krasner, 1962; Slauson, 1964, Swensen, 1971

23. La expectativa de curación del padecimiento, no difirió entre los grupos ya que no existía esta expectativa. Contrastado con la teoría donde se menciona que un factor para la no adherencia es la expectativa de curación.

24. Existe una correlación positiva entre ansiedad y depresión, señalando así, que entre mayor nivel de depresión presente un paciente, mayor será el nivel de ansiedad y viceversa. Siendo un dato relevante pues no se encontró en la literatura dato similar.

Un aspecto que no se refleja en los datos pero que resulta importante mencionar, es que algunos de los pacientes que abandonaron el tratamiento eran expertos en Adherencia

Terapéutica (3 sujetos) y se notaron molestos al contestar el cuestionario, argumentando que se sintieron subestimados cuando el orientador intento enseñarles algo en lo que ellos se desarrollaban. O por que el orientador los regañaba durante las sesiones. Situación que debe solucionarse con una supervisión más estricta de los orientadores.

Dentro de las dificultades presentadas durante el desarrollo de la investigación, fue que fue difícil completar la muestra ya que las personas no deseaban participar en la investigación y se notaron molestos al recibir la llamada.

Los aspectos considerados anteriormente dan pie a próximas investigaciones, para conocer más ampliamente sobre cada uno de los factores encontrados, las características del paciente y del modo de intervención vía telefónica.

Hay que considerar la importancia de insertar en la formación académica del psicólogo la forma de intervención vía telefónica, ya que se necesitan habilidades específicas para este tipo de atención. La enseñanza de esta disciplina está basada en la intervención presencial y se hace énfasis en la habilidades necesarias para tal propósito. además de se deberían insertar materias que permitan desarrollar habilidades para la evaluación-intervención en los procesos implicados en la diada salud-enfermedad , ya sea física o emocional, considerando que esta diada es integral, dinámica, sistémica y sus peculiaridades relativas importante para la psicología contemporánea, sobre todo por el rol del psicólogo en el control y prevención de enfermedades en grandes sectores de la población, generalmente los más desprotegidos en el cuidado de su salud.

Dentro de los conocimientos que permitieron mejorar la atención psicológica vía telefónica, fueron: conocimiento de los procesos de duelo ante la pérdida de la salud en

diferentes padecimientos, aprendizaje en teorías de motivación al cambio, entrevista motivacional y adherencia terapéutica. Así como el reconocimiento de las características propias del psicólogo, por ejemplo, tolerancia a la frustración, la actitud de servicio, escucha activa, para fomentar un papel activo en el pacientes, los principios de terapia breve y los de la postura cognitivo conductual favorecen la atención por este medio y de acuerdo a las necesidades del programa Adherencia Terapéutica, es indispensable conocer la psicología del adulto mayor y de los padecimientos tratados, por lo que se sugiere los orientadores sean psicólogos clínicos y ahora, psicólogos de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alcázar Olan Raúl (2007), La primera entrevista y su relación con la asistencia de los pacientes a las sesiones, Tesis para obtener el grado de doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
2. Anarte Ma. Teresa, López Alicia E. Esteve Rosa (2000), Evaluación del patrón de conducta tipo c en pacientes crónicos, *Revista de psicología* 16(2);133-141
3. Barreto Martín Pilar, Gil Martínez José, Toledo Aliaga Mercedes (1998), *Intervención en Psicología Clínica y de la Salud*, España, Promo libro Valencia,(1); 111-145
4. Beck, A.T. Mendensohn M. Mack J., Y Erbaugh J. (1961), An inventory for mausurin depression, *Archives of genera Psychiatry*, 4;561-571
5. Bolaños E. y Sarria-Santamera A., Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo II y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo, *Aren, primaria* 2003;32(4);195-202
6. Brazier David (1997), Mas allá de Carl Rogers, Biblioteca de Psicología Descleé de Brouwer, España
7. Buceta José María y Bueno Ana María (1996), Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades, Ediciones Pirámide, España.
8. Cervantes Manzanilla Manuelita de J, Perea Teyes Judith I., Garcia Morales Eva, Paciente diabetico e información sobre su enfermedad, *Revista Enfermedades, IMSS*, 2000;8(2);101-103
9. De la Fuente Ramón (2004), Psicología Médica, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 326-388
10. Díaz Nieto Laura, Galán Cuevas Sergio, Fernández Pardo Gustavo, Grupo de autocuidado de Diabetes Tipo II, *Salud Publica México* 1993;35(2);169-176
11. Ehrenzceig Sánchez Yamilet, Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer, *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, Colombia,2007: 25(1);7-21

12. Fernandez Ballesteros Rocío (1994), Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud, Edit. Pirámide, España
13. Fernández S. Pita (1996), Investigación: Elementos básicos en el diseño de un estudio, Cadena de Atención Primaria, 3:83-85, España, <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/1diseño/1diseno2.pdf> (Enero 2010, 16:30 hrs)
14. Garay Sevilla Maria E. El mundo emocional del paciente diabético, Universidad de Guanajuato, Instituto de Investigaciones médicas. http://octi.guanajuato.gob.mx/octigto/formularios/ideasConcyteg/Archivos/03022006_MUNDO_EMOCIONAL_PACIENTE_DIABETICO.pdf (Febrero 2010, 13:15 hrs)
15. Gavino A. Y Godoy A., Motivos de abandono en terapia de conducta, Análisis y modificación de conducta, 1993:19(166);511-536
16. Hewit Ramírez Noelia y Gantiva Díaz Carlos, La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. Avances en Psicología Latinoamericana, Colombia, 2009:27(1);165-176
17. Hillson Rowan (2006), Guía completa de la diabetes: causas, síntomas y tratamiento, editorial Lectorum, México
18. Jenny, J. L. (1984). A comparison of four age groups adaptations to diabetes. *Canadian Journal of Public Health*, 75, pp.237-244.
19. Jiménez Chafey Maria I, Dávila Manuel . Psicodiabetes, Avances en Psicología Latinoamericana, Colombia, 2007:25(1);126-143
20. Lam Díaz Rosa María(2005), Metodología para la confección de un proyecto de investigación, <http://www.bus.sid.w/revistas/hih/vol.21-2-05/hlh07205.pdf> (Enero 2010, 16:20 hrs)
21. Lerman Garber Israel, La atención del paciente más allá del primer nivel de atención, Salud Pública de México vol. 49
22. Lerman Garber Israel (2003), Atención integral al paciente diabético, México, Mc Graw Hill Interamericana.
23. Libertad Martin Alfonso (2004) Acerca del concepto de adherencia terapéutica, Revista Cubana de Salud Publica 2004; 30(4). [Http//www.medicinageriatrica.com.ar/cgi-](http://www.medicinageriatrica.com.ar/cgi-)

bin/coranto/viewnews.cgi?id=EpAEyZEZFEpgQjygpB&style=autoex&tmpl=viewnews

(Octubre 2009, 18:23 hrs)

24. Lifshitz Alberto (2007) Importancia y Complejidad de la adherencia terapéutica, Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social 2007; 45(4) pp.309-310. <http://www.medigraphic.com/espanolle-htms/e-imss/e-im2007/e-im07-4/em-im074a.htm> (Octubre 2009, 16:19 hrs)
25. López, Blanco Betsabe, (2009) Módulos Adherencia Terapéutica, manuscrito no publicado,
26. Marrón Muñoz Elena (2004), Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indefensión aprendida, Tesis para doctorado en psicología, Universidad Complutense de Madrid.
27. Méndez Carrillo Javier, Belendez Vázquez Marina, Variables emocionales implicadas e el control de la diabetes: estrategias de intervención, Anales de Psicología, 1994:10(2);189-198
28. Modelo de Interacción Telefónica, LOCATEL, manuscrito no publicado
29. Moreno R. Rafael, Martínez Cervantes Rafael, Chacón Moscoso Salvador (2000), Fundamentos metodológicos en psicología y ciencias afines, España, editorial Pirámide
30. Pardo Merino Antonio y Ruíz Díaz Miguel A. (2002), SPSS 11: Guía para el análisis de datos, Ed. Mc Graw Hill, México.
31. Pineda N, Bermudez V, Cano C. Ambard M. Leal E., Martinez E.; Aspectos psicológicos y personales del manejo de la Diabetes Mellitus, Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 2004:23(1)
32. Porcel Medina M. El abandono en terapias psicológicas, Aposta Revista de Ciencias Sociales No. 14, Enero 2005
33. Porcel Medina Manuel (2005), El abandono en las terapias psicológicas, Revista Ciencias Sociales, [http:// www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/porcel.pdf](http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/porcel.pdf) (Septiembre 2009, 16:25 hrs)
34. Portilla Lila, Romera Ma. Isabel, Román Jorge (1991), El paciente diabético: aspectos psicologicos de su manejo, Revista Latinoamericana de Psicología 23(2) ;199-205

35. Prochaska J. , DiClemente C. (1982), Transtheoretical Therapy: toward a more integrativa model of change, *Psychoterapy theory Research and Practice*, 270-288
36. Roca Perara Miguel A. (2002), Autoeficacia: su valor para la psicoterapia cognitivo-conductual, Revista Cubana de Psicología, 19(3) pp.195-200. <http://pepsic.buspsi.org.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s0257-43222002000300001&lng=pt&nrm=150> (Noviembre 2009, 15:00 hrs)
37. Rodríguez Marcelo, El counseling y la psicoterapia breve, <http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/5.pdf>. (Septiembre 2009, 22:30 hrs)
38. Rodríguez Ortega Graciela (1999), Fortalecimiento de la adherencia terapéutica, UNAM, Facultad de Psicología, Edit. Porrúa, México.
39. Saucedo Ávila Martha E. Costes Rosales Maria E. Salinas García Fernando, Berlanga Cisneros Carlos, Frecuencia y causas de deserción en pacientes que asisten a consulta subsecuente de la División de Servicios Clínicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría, *Revista Salud Mental* Vol. 20, Octubre 1997
40. Secretaria de Salud (2001), Programa de Acción; Enfermedades cardiovasculares e Hipertensión Arterial
41. Simonds, J. Goldstein, D. Walker. B., y Rawlings, S. (1981). The relationship between psicológical factors and blood glucose regulation in insulindependent diabetic adolescent, *Diabetes Care*, 4, pp. 610-615.
42. Sirvent Ruiz Carlos, Fracaso abandono y cumplimiento terapéutico, *Norte de Salud Mental* 2009,33;51-58
43. Soriano Romero Juan, Hamilton Severino Felipe, Melo de la Cruz Ramón, Beras Cívico Máximo, Trastornos psicológicos y psiquiátricos en pacientes diabéticos, *Acta medica Dominicana*, Marzo-Abril 1989, 11(2)
44. Szprachaman de Hubsher Regina (2005), Terapia Beve: Teoria de la tecnica, Argenitana, Lugar Editorial
45. Szyldo David y Beristaín Cecilia (2005), El valor de la psicoterapia, Edit. Trillas, México.

46. Torres Torija Javier y Laura Muñoz (2002), Apego al tratamiento psicoterapéutico y resultados de una intervención breve en pacientes de consulta externa psiquiátrica. Salud Mental 5(6) pp.27-34
47. Trinajstic M. Edgardo, Tratamiento farmacológico oral de la diabetes mellitus tipo II, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Cuyo [http://www.scob.intramed.net/DIABETES\(2\)-2.pdf](http://www.scob.intramed.net/DIABETES(2)-2.pdf) (Septiembre 2009, 22:10 hrs)
48. Vallejo Maite(2002), El diseño de Investigación: una breve revisión metodológica. Archivo de Cardiología México 2002;72:8-12, <http://www.medigraphic.com/espanoile-htms/e-archi/e-ac20002/e-aco2-1/em-ac02/b-htm> (Diciembre 2009, 8:30 hrs)
49. Winkler M. María Inés y Cols. (1989) Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización, Revista de Terapia Psicológica, 8(11) pp.35-40

ANEXOS

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Redes de apoyo percibidas por el paciente (Rodríguez y Marín, 1989)

Objetivo: Conocer el grado de apoyo social con el cual cuenta el paciente

Desde que tiene esta enfermedad ¿alguna de las siguientes personas le ha ayudado de alguna forma en esta situación?

	Si	No
a) Mi esposa	1	2
b) Mis hijos	1	2
c) Mis padres	1	2
d) Mis hermanos	1	2
e) Mis Compañeros de trabajo	1	2
f) Mis amigos	1	2
g) Mis vecinos	1	2
h) Mis médicos	1	2
i) El personal de enfermería	1	2
j) Otros	1	2

En que medida le ha satisfecho el apoyo recibido de cada una de las personas anteriores

	Muy satisfecho	Medianamente satisfecho	satisfecho	Medianamente insatisfecho	Muy insatisfecho
a) Mi esposa	1	2	3	4	5
b) Mis hijos	1	2	3	4	5
c) Mis padres	1	2	3	4	5
d) Mis hermanos	1	2	3	4	5
e) Mis Compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
f) Mis amigos	1	2	3	4	5
g) Mis vecinos	1	2	3	4	5
h) Mis médicos	1	2	3	4	5
El personal de enfermería	1	2	3	4	5
i) Otros	1	2	3	4	5

¿De que forma le han apoyado?

	Escuchán dole	Animán dole	Distrayén dole	Informán dole	Aconsejan dole	Visitán dole	Ofrécien dose	Haciendo tareas por usted	Económi camente	Inte resá ndos e	Acom pañánd ole	De otra manera ¿Cuál?
Mi esposa												
Mis hijos												
Mis padres												
Mis hermanos												
Mis Compañe ros de trabajo												
Mis amigos												
Mis vecinos												
Mis médicos												
El personal de enfermería												
Otros												

Inventario de Depresión de Beck (1961)

1. No me siento triste.
- Me siento triste.
- Siempre me siento triste y no puedo quitarme la tristeza de encima.
- Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desalentado ante el futuro.
- Me siento desalentado ante el futuro.
- Siento que no hay nada que me haga ilusión.
- Siento que no tengo ninguna esperanza en el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
3. No me siento fracasado.
- Me siento más fracasado que la mayoría de las personas.
- Al mirar atrás, en mi vida veo muchos fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso absoluto.
4. Las cosas me siguen satisfaciendo igual que antes.
- Las cosas no me hacen disfrutar como antes.
- Ya no encuentro verdadera satisfacción en nada.
- Todo me incomoda o aburre.
5. No me siento particularmente culpable.
- Me siento culpable en muchas ocasiones.
- Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
- Siempre me siento culpable.
6. No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siendo que estoy siendo castigado.
7. No me siento decepcionado conmigo mismo.
- Me siento decepcionado conmigo mismo.
- Estoy asqueado conmigo mismo.
- Me odio.
8. No creo que sea peor que cualquier otra persona.
- Soy crítico conmigo mismo acerca de mis debilidades o errores.
- Siempre me estoy culpabilizando por mis fallos.
- Me culpabilizo de todo lo malo que sucede.
9. No pienso en suicidarme.
- Pienso en el suicidio, pero no lo llevaría a término.
- Quisiera suicidarme.
- Me suicidaría si tuviera oportunidad de ello.
10. No lloro más de habitual.
- Lloro más de lo que solía.
- Ahora siempre estoy llorando.
- Antes solía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque lo desee.
11. Las cosas no me irritan más de lo que me irritaban antes.
- Estoy algo más irritado que de costumbre.
- Estoy irritado gran parte del tiempo.
- Siempre estoy irritado.
12. No he perdido el interés por las demás personas.
- Estoy menos interesado en las otras personas de lo que solía estarlo.

- He perdido gran parte de mi interés en las otras personas.
- He perdido todo mi interés en las otras personas.
13. No tengo ningún problema en seguir tomando decisiones.
- Pospongo tomar decisiones más de lo que solía hacerlo.
- Tengo mucha más dificultad que antes en tomar decisiones.
- Soy incapaz de tomar decisiones.
14. No creo que tenga peor aspecto que antes.
- Me preocupa el hecho de volverme viejo o poco atractivo.
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo.
- Creo que soy feo.
15. Puedo realizar mis tareas como antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra ponerme a hacer algo.
- Tengo que esforzarme mucho si quiero hacer algo.
- No puedo hacer ningún trabajo.
16. Puedo dormir tan bien como siempre.
- No puedo dormir tan bien como antes.
- Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.
17. No me canso más de lo habitual.
- Me canso con más facilidad de la acostumbrada.
- Me canso si hago cualquier cosa, por pequeña que sea.
- Estoy demasiado cansado para hacer algo.
18. Sigo teniendo el mismo apetito.
- Mi apetito ha disminuido.
- Apenas tengo apetito.
- Ya no tengo ningún apetito.
19. No he perdido nada de peso.
- He perdido más de 2 kilos de peso.
- He perdido más de 5 kilos de peso.
- He perdido más de 7 kilos de peso.
20. No estoy más preocupado de lo habitual por mi salud.
- Me preocupan mis problemas físicos como dolores, malestar en el estómago o estreñimiento.
- Me preocupan tanto mis problemas físicos que me resulta difícil pensar en otra cosa.
- Me preocupan tanto mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa.
21. Recientemente no he notado cambios en mi interés por el sexo.
- Tengo menos interés por el sexo del que solía tener.
- Casi no tengo interés por el sexo.

Inventario de Ansiedad de Beck (1988)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los items atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la **última semana** incluyendo **hoy**.

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Acalorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Inestable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Nervioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Con temor a morir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Con miedo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Con rubor facial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Percepción de síntomas

En las últimas semanas ha sentido algún malestar

	Si	No
a) Sed		
b) Cansancio		
c) Hambre aunque ya haya comido		
d) Dolor de cabeza		
e) Constante necesidad de orinar		
f) Temblores		
g) Sudoración fría		

Estos síntomas están relacionados con la Diabetes Si No

En caso negativo, ¿a que se deben sus síntomas?

Le preocupa el sentirse de esa forma

Si No

ESCALA MULTIDIMENSIONAL PARA LOCUS DE CONTROL EN SALUD (MHLC)

Instrucción: Las siguientes frases expresan lo que las personas piensan y/o hacen en asuntos de salud. Colocando un círculo en uno de los números que están al frente de cada afirmación, dé su opinión, de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1 = Totalmente de acuerdo
- 2 = De acuerdo en su mayor parte
- 3 = En duda
- 4 = En desacuerdo en su mayor parte
- 5 = Totalmente en desacuerdo

No existen respuestas correctas o erradas; lo que importa es su opinión. Por favor conteste todos.

- | | |
|---|-----------|
| 1- Si yo estuviera enfermo, la recuperación rápida va a depender de mi comportamiento. | 1—2—3—4—5 |
| 2- No importa lo que yo haga; si fuera para estar enfermo, enfermo de todas maneras. | 1—2—3—4—5 |
| 3- Para mí, la mejor manera de evitar enfermedades es hacer consultas regulares con un médico. | 1—2—3—4—5 |
| 4- Muchas cosas que afectan mi salud ocurren por casualidad. | 1—2—3—4—5 |
| 5- Todas las veces que no me siento bien de salud, consulto un médico. | 1—2—3—4—5 |
| 6- Yo puedo controlar mi salud. | 1—2—3—4—5 |
| 7- Si estoy enferma o con salud, mi familia tiene mucho que ver con eso. | 1—2—3—4—5 |
| 8- Cuando enfermo, normalmente yo soy el culpable. | 1—2—3—4—5 |
| 9- La suerte es muy importante para recuperarme de una enfermedad. | 1—2—3—4—5 |
| 10- Quienes controlan mi salud, son los médicos. | 1—2—3—4—5 |
| 11- Mi salud es principalmente una cuestión de suerte y azar. | 1—2—3—4—5 |
| 12- La principal cosa que afecta mi salud, es lo que yo mismo hago. | 1—2—3—4—5 |
| 13- Si yo me cuidara bien, puedo evitar enfermedades. | 1—2—3—4—5 |
| 14- Cuando sano de una enfermedad, es porque las personas cuidaron bien de mí. (mi médico, mi esposa, la enfermera, los amigos, la familia, etc.) | 1—2—3—4—5 |
| 15- No importa lo que yo haga, siempre es posible que esté enfermo. | 1—2—3—4—5 |
| 16- Si fuera por mi destino, yo tendría salud. | 1—2—3—4—5 |
| 17- Si yo hiciera las cosas bien, podría mantenerme saludable. | 1—2—3—4—5 |
| 18- Para tener salud, solo tengo que obedecer a mi médico. | 1—2—3—4—5 |